

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



TESIS

ACTITUD MATERNA HACIA EL TRATAMIENTO DE
ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES DE EDAD DEL CENTRO
DE SALUD FILA ALTA- JAÉN, 2024

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

KARLA ELIANA LOZANO MEGO

ASESOR:

EMILIANO VERA LARA

JAÉN, PERÚ

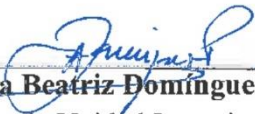
2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **LOZANO MEGO KARLA ELIANA**
DNI: N° **76157706**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ENFERMERÍA FILIAL JAÉN**
2. Asesor (a): **DR. EMILIANO VERA LARA**
Facultad/Unidad: **CIENCIAS DE LA SALUD / ENFERMERÍA FILIAL JAÉN**
3. Grado académico o Título profesional al que accede:
Bachiller ☐ Título profesional ☒ Segunda especialidad ☐
Maestro ☐ Doctor ☐
4. Tipo de Investigación:
Tesis ☒ Trabajo de ☐ Trabajo de suficiencia ☐
investigación profesional
Trabajo ☐
académico
5. Título de Trabajo de Investigación: **ACTITUD MATERNA HACIA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD FILA ALTA - JAEN, 2024**
6. Fecha de evaluación del antiplagio: **19 dic 2025, 10:43 a.m. GMT-5**
7. Software antiplagio:
☒ TURNITIN ☐ URKUND (OURIGINAL)*
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **4%**
9. Código Documento: OID: 3117: **542204511**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 15/01/2026




Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Delegada Unidad Investigación
Enfermería Jaén

COPYRIGHT © 2025

KARLA ELIANA LOZANO MEGO

Todos los derechos reservados

Lozano K. 2025. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta- Jaén, 2024. Karla Eliana Lozano Mego/. 80 páginas.

Asesor: Emiliano Vera Lara

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería-UNC 2025.

ACTITUD MATERNA HACIA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS
DE 6-24 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD FILA ALTA- JAÉN,
2024.

AUTORA: Karla Eliana Lozano Mego

ASESOR: Emiliano Vera Lara

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título Profesional de Licenciado
en Enfermería, en la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes
jurados:

JURADO EVALUADOR



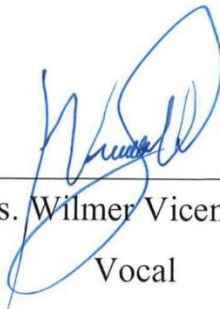
Dra. Francisca Edita Diaz Villanueva

Presidente



M.Cs. Doris Elizabeth Bringas Abanto

Secretario



M.Cs. Wilmer Vicente Abad

Vocal

Jaén, Cajamarca, Perú, 2025

Este trabajo de tesis está dedicado:

A mis padres, por ser el impulso fundamental en mi vida, su amor incondicional, y guía constante me enseñaron la importancia de la responsabilidad, la humildad y el esfuerzo. Gracias por creer en mí incluso en los momentos en que yo dudaba de mí misma, por su paciencia infinita y por acompañarme siempre con palabras de aliento y actos de amor.

A mi hija, por ser la luz que ilumina mis días y la fuerza que me impulsa a seguir adelante, por recordarme, cada día el verdadero sentido de mis esfuerzos. Este logro es también tuyo.

A mi hermana, compañera de vida y cómplice de innumerables momentos, gracias por tu apoyo inquebrantable y fortaleza en los días difíciles. Tu confianza ha sido un estímulo constante para seguir.

Mi agradecimiento:

A Dios, por regalarme el don de la vida, por ser mi guía en cada paso, y por brindarme la fortaleza espiritual para seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Su presencia ha sido mi mayor sostén a lo largo de este camino.

A mi asesor, el Dr. Emiliano Vera Lara, por ser más que un guía académico, su paciencia, dedicación y compromiso al compartir sus conocimientos, así como su exigencia académica, me impulsó a dar lo mejor de mí en cada etapa de esta investigación.

A las madres de los niños del Centro de Salud Fila Alta, por su tiempo, confianza y disposición. Su participación activa y sincera fue fundamental para esta investigación. Gracias por permitirme conocer sus experiencias y por contribuir con esta labor.

A mis docentes, por ser fuente de inspiración y conocimiento. A través de ustedes, descubrí la importancia de la excelencia, la ética y el compromiso en el quehacer académico y en la vida misma.

¡Gracias!

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE ANEXOS.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Objetivos	5
1.2.1. Objetivo general.....	5
1.2.2. Objetivos específicos	5
1.3. Justificación.....	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes del estudio.....	8
Internacional.....	8
Nacional	9
A nivel local	10
2.2. Bases conceptuales.....	11
2.2.1. Anemia ferropénica	11
2.2.2. Actitud	15
2.3. Teorías relacionadas al tema	17
Teoría de Promoción de la Salud	17
2.4. Variable de estudio.....	18
2.5. Operacionalización de variables.....	18
CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO	20
3.1. Tipo y diseño de estudio.....	20

3.2.	Población.....	20
3.3.	Criterio de inclusión y exclusión.....	20
3.4.	Muestra.....	20
3.5.	Unidad de análisis	21
3.6.	Marco muestral.....	21
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
3.8.	Validación y confiabilidad	22
3.9.	Procedimiento de recolección de datos	22
3.10.	Procesamiento y análisis de la información	23
3.11.	Criterios éticos de la investigación.....	23
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN		24
4.1.	RESULTADOS.....	24
4.1.	DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES		37
RECOMENDACIONES.....		38
ANEXOS		47

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Tabla 1. Actitud materna global hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén, 2025	24
Tabla 2.	Tabla 2. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión cognitiva en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén 2025.	25
Tabla 3	Tabla 3. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión afectiva en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén 2025.	25
Tabla 4	Tabla 4. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión conductual en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén 2025.	26

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1	Matriz de consistencia: Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del centro de salud fila alta, 2025.
Anexo 2:	Cuestionario: actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del centro de salud fila alta, 2025.
Anexo 3:	Consentimiento informado
Anexo 4	Solicitud de aplicación de cuestionario
Anexo 5	Autorización de aplicación de cuestionario
Anexo 6	Datos complementarios
Anexo 7	Formulario de autorización del repositorio digital institucional

RESUMEN

Título: Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta- Jaén, 2024.

Autora: Karla Eliana Lozano Mego¹

Asesor: Emiliano Vera Lara²

Objetivo: Determinar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo tipo descriptivo y corte transversal. Se realizó en una muestra de estudio integrada por 115 madres con niños de 6 a 24 meses que reciben tratamiento de anemia. Se aplicó el cuestionario actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses, diseñado y validado por Sotelo, incorpora datos generales y 27 ítems, divididos en 3 dimensiones: cognitiva (12 ítems), conductual (8 ítems) y afectiva (7 ítems). **Resultados:** El 60% de las madres de niños de 6-24 meses de edad tienen una actitud indiferente hacia el tratamiento de la anemia, seguido de una actitud desfavorable y favorable ambas con 20%. Respecto a la actitud materna en las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual, resultó indiferente en todas con 53%, 53,9% y 71,3% respectivamente, seguido de una actitud desfavorable y favorable. **Conclusión:** El patrón porcentual de 60–20–20 encontrado describe un resultado típico de programas donde se asume la indicación para la anemia, pero no se ha internalizado en la rutina familiar.

Palabras clave: Actitud materna, anemia, niños.

¹ Aspirante a Licenciado en Enfermería [Bach. Enf. Karla Eliana Lozano Mego, UNC]

² Emiliano Vera Lara. [Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad - PhD. en Filosofía e Investigación Multidisciplinaria de la Educación. Profesor Principal de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú].

ABSTRACT

Title: Maternal attitudes toward the treatment of anemia in children aged 6-24 months at the Fila Alta Health Center, Jaén, 2024.

Author: Karla Eliana Lozano Meg³

Advisor: Emiliano Vera Lara⁴

Objective: To determine maternal attitudes toward the treatment of anemia in children aged 6-24 months at the Fila Alta Health Center. Methodology: A descriptive, cross-sectional quantitative study was conducted on a sample of 115 mothers with children aged 6-24 months receiving treatment for anemia. The questionnaire on maternal attitudes toward the treatment of anemia in children aged 6-24 months, designed and validated by Sotelo, was applied. It incorporates general data and 27 items, divided into three dimensions: cognitive (12 items), behavioral (8 items), and affective (7 items). Results: Sixty percent of mothers of children aged 6-24 months have an indifferent attitude toward anemia treatment, followed by an unfavorable and favorable attitude, both at 20%. Regarding maternal attitudes in the cognitive, affective, and behavioral dimensions, indifference was the most common attitude in all three dimensions, with 53%, 53.9%, and 71.3%, respectively, followed by unfavorable and favorable attitudes. Conclusion: The 60–20–20 percentage pattern found describes a typical result of programs where the indication for anemia is assumed but has not been internalized into the family routine.

Keywords: Maternal attitude, anemia, children.

³ Aspiring Bachelor's Degree in Nursing [Bach. Enf. Karla Eliana Lozano Meg, UNC].

⁴ Emiliano Vera Lara. [Doctor in Public Management and Governance - PhD. in Philosophy and Multidisciplinary Research in Education. Principal Professor of the Faculty of Health Sciences of the National University of Cajamarca, Peru].].

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro constituye uno de los problemas de salud pública más prevalentes en la infancia temprana, afectando de manera significativa el desarrollo integral de los niños. A nivel mundial, se estima que más del 40% de los menores de cinco años presentan anemia, con mayor incidencia en países de ingresos bajos y medianos, donde la deficiencia nutricional y la limitada adherencia a programas de suplementación constituyen factores determinantes¹.

En América Latina, la anemia infantil sigue siendo un desafío persistente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la suplementación diaria de hierro en niños de 6 a 23 meses es una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la prevalencia y prevenir las secuelas del déficit de hierro, especialmente en contextos de alta carga de enfermedad². El impacto negativo de la anemia en este grupo etario incluye retraso en el crecimiento, alteraciones en el desarrollo neurocognitivo y mayor vulnerabilidad a infecciones, lo cual repercute en la calidad de vida futura y en el capital humano de las comunidades³.

En el Perú, la anemia en niños menores de tres años se mantiene como un problema crítico. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 reportó una prevalencia nacional de 43,6% en menores de 36 meses, con mayor afectación en la franja de 6 a 23 meses de edad⁴. Ante esta situación, el Ministerio de Salud (MINSA) ha implementado normativas específicas, como la Norma Técnica de Salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes, aprobada en 2024, que enfatiza la suplementación y tratamiento oportuno con hierro, así como la consejería alimentaria dirigida a las familias⁵.

Sin embargo, pese a la disponibilidad de suplementos e implementación de programas sociales, los indicadores de reducción de anemia avanzan lentamente. La literatura evidencia que la adherencia al tratamiento en la infancia no depende únicamente de la oferta de servicios, sino de factores psicosociales y culturales asociados a la madre o cuidadora principal. Dentro de estos factores, la actitud materna —concebida como la predisposición cognitiva, afectiva y conductual hacia el cuidado y tratamiento del niño— es determinante para la aceptación, continuidad y efectividad de las intervenciones sanitarias⁶.

Estudios en contextos latinoamericanos y en el Perú han señalado que las madres suelen presentar actitudes ambivalentes frente al tratamiento con hierro: mientras reconocen la importancia de prevenir la anemia, experimentan desconfianza frente a los suplementos, dificultades en la incorporación de alimentos ricos en hierro en la dieta familiar y emociones de desinterés o cansancio ante la administración diaria⁷. Esto refuerza la necesidad de abordar el problema desde un enfoque integral que considere las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual de la actitud materna.

En el ámbito local, la provincia de Jaén, en Cajamarca, presenta un contexto sociodemográfico caracterizado por limitaciones económicas y educativas, lo que impacta directamente en las prácticas de salud familiar. La identificación de la actitud materna hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6 a 24 meses en el Centro de Salud Fila Alta permitirá no solo comprender el grado de implicancia de las madres en el cuidado de sus hijos, sino también generar evidencias que orienten estrategias de intervención más eficaces y culturalmente pertinentes.

En este marco, la presente investigación tiene como objetivo determinar la actitud global materna hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6 a 24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta – Jaén, 2024, así como en sus dimensiones cognitiva, afectiva y conductual, con el propósito de aportar al diseño de políticas y prácticas en salud infantil orientadas a la reducción de la anemia en la primera infancia.

La investigación se estructura en cuatro capítulos fundamentales. El primero aborda el problema de estudio, presentando su definición, formulación, la pregunta central, los objetivos y la justificación que respalda su importancia. El segundo desarrolla el marco teórico, ofreciendo el contexto general, los fundamentos conceptuales, la hipótesis y las variables de análisis. En el tercero se describe la metodología, detallando el enfoque adoptado, las características de la población y la muestra, así como los métodos e instrumentos utilizados para la recolección, procesamiento y análisis de los datos. Finalmente, el cuarto capítulo expone los hallazgos, analiza y discute los resultados, y plantea conclusiones junto con recomendaciones orientadas a futuras investigaciones.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La anemia es un grave problema de salud pública en el mundo que afecta particularmente a los niños pequeños que viven en entornos rurales, en hogares pobres y sin acceso a la educación formal. Son los países de ingresos bajos y medianos quienes soportan la mayor carga de esta enfermedad¹. Es considerada una amenaza para el desarrollo infantil temprano en los primeros años de vida, puede afectar negativamente el desarrollo cognitivo, motor y emocional de los niños y niñas⁸.

La Organización Mundial de la Salud calcula que a nivel mundial la anemia presenta una prevalencia del 40% en los niños menores de 5 años¹. Los países donde existe mayor prevalencia de anemia en infantes se encuentran en África (62%) y el sureste de Asia (53%), en el Mediterráneo Oriental la prevalencia es de 46% y 20% en las demás regiones como América, Europa y Pacífico Occidental⁹. En Latinoamérica y el Caribe, se estima que existen 22,5 millones de menores que padecen de anemia, siendo la edad más crítica desde los 6 a los 24 meses¹⁰.

El Perú no es ajeno a esta realidad y de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 (ENDES), la cobertura de suplementación se incrementó desde un 14% el año 2009 hasta el 33,4% en el año 2022, sin embargo, este incremento no ha tenido impacto en la reducción de la prevalencia de anemia, dado que en ese año se alcanzó el 42,4%, manteniéndose los mismos niveles durante la última década¹¹.

Según la ENDES, en el año 2023 se le detectó anemia al 43,1% de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad, en relación a la zona de residencia la anemia fue más frecuente entre niñas y niños residentes en el área rural (50,3%) que en el área urbana (40,2%). En comparación con el año anterior, la prevalencia de anemia en niñas y niños de este grupo de edad se incrementó en 0,7 puntos porcentuales⁴. En Cajamarca el 34,9% de niños y niñas entre 6 y 35 meses de edad tiene anemia¹².

La incidencia de esta enfermedad, ocurre principalmente en los primeros 24 meses de vida, ya que es la etapa de mayor velocidad de crecimiento y desarrollo y los requerimientos para cubrir las necesidades del organismo va en aumento, sobre todo de

las células cerebrales, fundamental para formar el potencial físico e intelectual de cada individuo¹³. Para revertir esta situación se necesita la acción multisectorial, además de la participación activa de las madres en la selección de alimentos con fuentes de hierro y vitamina C y brindar a sus niños el suplemento de hierro¹⁴.

Muchos de los niños y niñas con anemia se encuentran en tratamiento durante más tiempo del previsto o incluso lo abandonan, y pese a contar con un tratamiento de fácil aplicación aún no se ha reducido significativamente las estadísticas de anemia, destacando la participación de las madres al brindar el tratamiento a sus hijos para su recuperación, ya que son ellas quienes garantizan la efectividad del tratamiento por su actitud y compromiso, jugando un rol fundamental en su cumplimiento y seguimiento¹⁵.

Sin embargo, a pesar del rol destacado de las madres, existen factores como el nivel educativo, edad, creencias culturales, conocimientos y actitudes, la percepción de efectividad y los efectos secundarios del tratamiento, así como las experiencias previas con el sistema de salud, que afectan su disposición para continuar con los tratamientos de hierro¹⁶.

En ese contexto, diversos estudios señalan que la actitud materna es desfavorable o de indiferencia hacia el tratamiento de anemia que llevan sus niños, tratando de dilucidar si esto sea debido a la edad de la madre, que tal vez las madres jóvenes por inestabilidad o indecisión y desinterés no conozca el adecuado cuidado del niño y por ende las consecuencias que tenga la anemia en el desarrollo infantil^{17,18}.

Así mismo, Sánchez et al.¹⁹ señala que la actitud de las madres de familia van a variar de acuerdo a los ámbitos territoriales donde residan, de los estilos de vida, nivel económico y de escolaridad, factores culturales, y otros factores determinantes, por lo que las actividades que plantea el Ministerio de Salud mediante las políticas de intervención no se pueden extender y aplicar en las diferentes DIRESAS, GERESAS, Redes de salud y establecimientos, puesto que cada población tiene características diferentes.

La disminución de la prevalencia de anemia al 19% como se establecía en el Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021, no se ha podido alcanzar, por lo que se ha aprobado el Plan Multisectorial para la prevención y reducción de la anemia materno infantil en el Perú 2024-2030²⁰, que establece las formas de abordar las causas directas,

los factores de riesgo y las amplias desigualdades sociales, que son factores fundamentales de la anemia.

La diversificación y el mejoramiento de la dieta son una parte esencial de los planteamientos y la clave para el éxito y la sostenibilidad a largo plazo para controlar la anemia ferropénica. El tratamiento de la anemia, la adecuada adherencia a éste y su culminación se hace imprescindible para poder evitar severas consecuencias, que no solo se evidencian durante la infancia y la etapa escolar sino también repercute en la adultez.

Así mismo, la actitud que presente la madre hacia el tratamiento de la anemia ferropénica es importante, ya que de ello dependerá la recuperación rápida del niño con anemia disminuyendo el riesgo neurológico al que los expone esta enfermedad. En el marco de todo lo expuesto y teniendo en cuenta que a nivel local el 29,5% de niños menores de 3 años presentan anemia en el distrito de Jaén²¹, resulta importante conocer la actitud materna frente al tratamiento de anemia.

Ante esta situación se ha formulado la siguiente interrogante: ¿Cuál es la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, 2024?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

- Determinar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión cognitiva.
- Identificar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión afectiva.
- Identificar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión conductual.

1.3. Justificación

La anemia resulta ser una de las carencias nutricionales más comunes encontradas a nivel mundial y nacional, afecta sobre manera a las poblaciones más vulnerables. A pesar de las diversas intervenciones aplicadas, no se evidencia una disminución significativa.

Relevancia social

La anemia infantil es un problema de salud pública prioritario en el Perú, donde la prevalencia alcanza niveles de alarma en niños menores de 24 meses, comprometiendo su desarrollo físico, cognitivo y emocional. En este contexto, las actitudes maternas hacia el tratamiento desempeñan un papel fundamental, ya que influyen directamente en la adherencia al tratamiento y en la implementación de medidas preventivas. Esta investigación permitirá comprender cómo las percepciones y comportamientos de las madres impactan en el manejo de esta condición, proporcionando una base sólida para intervenciones comunitarias y políticas públicas efectivas.

Implicaciones prácticas

El estudio contribuirá a identificar barreras culturales, educativas y otras que limitan la adherencia al tratamiento de anemia en niños pequeños. Al hacerlo, permitirá diseñar estrategias adaptadas a la realidad local, como programas de educación sanitaria dirigidos a madres, capacitación del personal de salud para brindar acompañamientos más efectivos y el fortalecimiento de campañas de sensibilización, reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas a la anemia y promoviendo un desarrollo infantil saludable.

Valor teórico o metodológico

Aunque existen investigaciones sobre anemia infantil y factores asociados, los estudios que abordan específicamente las actitudes maternas hacia el tratamiento son escasos, especialmente en el ámbito de Jaén, por lo que esta investigación se posicionará como un aporte novedoso al abordar un aspecto poco explorado, ampliando el conocimiento y proporcionando una visión más holística del problema. Asimismo, la metodología empleada servirá como referencia para futuras investigaciones en contextos similares, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los sistemas de salud locales y nacionales.

En conclusión, la importancia de esta investigación radica en su capacidad para generar conocimientos aplicables, relevantes y teóricamente significativos en un contexto donde la anemia infantil sigue siendo una amenaza crítica para el bienestar infantil. Al resolver

esta problemática, se contribuirá al desarrollo de una sociedad más saludable y al fortalecimiento del sistema de salud en una de las regiones más vulnerables del país.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Internacional

Afshari G, et al.²² en el 2025, realizaron un estudio en Teherán, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos y prácticas de las madres con hijos de entre 12 y 24 meses, así como evaluar el papel mediador de la alfabetización sanitaria en esta relación. Este estudio transversal realizado en 435 madres de niños (de entre 12 y 24 meses) derivados a centros de salud de Teherán. Los resultados muestran que, de las participantes, el 18,4% tenía conocimientos deficientes, el 47,4% tenía conocimientos moderados y el 34,2% tenía buenos conocimientos. La puntuación respecto a la práctica de la administración de gotas de hierro fue moderada ($8,22 \pm 2,27$). Un total del 37,9%, el 54,7% y el 7,4% tenían un rendimiento bueno, moderado y deficiente, respectivamente. El coeficiente de correlación de Pearson indicó una asociación positiva significativa entre la comprensión de las madres sobre la administración de gotas de hierro y sus prácticas correspondientes, así como las prácticas de las madres con hijos de 12 a 24 meses ($P < 0,001$, $r = 0,421$). Concluyendo que, teniendo en cuenta el efecto de la anemia en la salud de los niños, es esencial prestar atención a la alfabetización sanitaria de las madres como factor importante para mejorar su rendimiento.

Tesema G, et al.²³ realizaron un estudio en el 2021, con el objetivo de investigar la prevalencia y los factores determinantes de gravedad de la anemia entre niños de 6 a 59 meses en el África subsahariana. Estudio descriptivo, basado en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de 32 países del África subsahariana, y realizado en 135 619 niños de 6 a 59 meses. Se encontró que la prevalencia global de la anemia en los niños fue del 64,1 %. De ellos, el 26,2 % presentaba anemia leve, el 34,9 % anemia moderada y el 3 % anemia grave. El bajo nivel educativo de la madre, el bajo nivel de riqueza del hogar, el tamaño elevado de la familia, ser niño varón, los partos múltiples, haber tenido fiebre y diarrea en las últimas dos semanas, ser de orden superior, la anemia materna, el bajo peso, la emaciación y el retraso en el crecimiento se asociaron significativamente con un aumento de las probabilidades de presentar niveles más elevados de anemia. Por el contrario, tener entre 24 y 59 meses de edad, tomar medicamentos para los parásitos

intestinales y haber nacido de madres de ≥ 20 años se asociaron significativamente con una menor probabilidad de padecer niveles más altos de anemia. Concluyendo que los niveles de gravedad de la anemia en los niños constituyen un problema de salud pública, se recomienda mejorar la educación materna, desparasitación, diseñar intervenciones que aborden la anemia materna, las enfermedades febriles y las enfermedades diarreicas, y fortalecer la situación económica de la familia para reducir la anemia infantil.

Díaz J., et al.²⁴ en el año 2020, realizaron en Cuba un estudio con el objetivo de identificar factores de riesgo para el desarrollo de anemia ferropénica en niños menores de dos años de edad. Estudio descriptivo de corte transversal. Los resultados muestran que predominó la anemia en Predominó el grupo de niños entre 6 y 9 meses (49.5 %), el sexo masculino (56.4 %), los hijos de madres con anemia anteparto (67.3%), sin lactancia materna exclusiva en primer semestre (71.3 %) y sin suplementación (68.3 %). Al relacionar la anemia ferropénica con el estado nutricional, existió predominio en niños normopeso (42.6 %); sobresalió la anemia ligera (71.3 %). Concluyendo que la presencia de anemia en niños está vinculada con factores de riesgo maternos y propios del infante que deben ser tratados en la puericultura, con actividades de promoción y prevención de salud.

Nacional

Arco²⁵ en el año 2022 realizó en Lima un estudio con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos sobre el tratamiento de anemia con las prácticas y actitudes de los padres del distrito de Ricardo Palma. Estudio correlacional de corte transversal. Resultados: el 90% de participantes fueron madres; el 75,9% de niños eran menores a dos años; el 58,1% de padres tenía un buen nivel de conocimientos; un 54,8% tenía buenas prácticas y el 53,2%, una actitud regular frente al tratamiento. Concluyó que no existe correlación entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre el tratamiento de anemia.

Sánchez, et al.¹⁹ en el año 2020 realizaron en Huancavelica un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre la actitud y práctica en el manejo de anemia en madres de niños (as) menores de 5 años del distrito de Lircay. Estudio descriptivo correlacional de corte transversal. Obtuvieron como resultados que el 39% de madres presentaron buenas prácticas en el manejo de la anemia, un 42% mala práctica y 19% presenta muy malas prácticas. Respecto a la actitud en el manejo de anemia, el 85% presenta una actitud

positiva y un 15% una actitud negativa. Se determinó que existe una relación ínfima entre la actitud y práctica en el manejo de anemia en madres de niños (as) menores de 5 años del distrito de Lircay. Concluyeron que una buena actitud de la madre no significa que ejerza buenas prácticas.

Sotelo¹⁷ en el año 2020 realizó en Lima un estudio con el objetivo de determinar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud de Lima. Estudio descriptivo de corte transversal. Entre los resultados se encuentra que el 89,5% de las madres tienen entre 18 y 29 años de edad, en relación al grado de instrucción el 66,6% tienen educación secundaria, el 45,8%. Con respecto a la actitud de las madres frente a la anemia, en el componente cognitivo el 52% presentan una actitud de indiferencia, en el componente conductual el 64,6% presentan actitud de indiferencia y en el componente afectivo el 70,8% presentan una actitud de indiferencia hacia la anemia ferropénica. Concluyó que las madres tienen una actitud indiferente hacia el tratamiento de la anemia ferropénica.

Condezo y Meza²⁶ en el año 2019 realizaron en Cerro de Pasco un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la actitud y el cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba. Estudio descriptivo correlacional de corte transversal. Resultados: la actitud de las madres en el componente cognitivo es poco favorable en el 51,2% y de ellas el 33,7% no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico. La actitud de las madres en el componente afectivo es poco favorable en el 59,3% y de ellas el 41,8% no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños. Concluyeron que la actitud de las madres frente al cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses es poco favorable (74,4%) y el 52,3% no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico.

A nivel local

Luego de una búsqueda rigurosa no se identificó investigaciones respecto al tema de estudio.

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Anemia ferropénica

A. Definición

La anemia se define como una disminución de la concentración de hemoglobina en sangre, a valores que están por debajo del valor límite determinado por la Organización Mundial de la Salud, según edad, género, embarazo y ciertos factores ambientales, como la altitud²⁷.

La anemia por deficiencia de hierro es el problema nutricional deficitario más frecuente en la actualidad (afecta cerca de la mitad de todas las anemias de mundo), presentándose tanto en países en vías de desarrollo como industrializados²⁷.

B. Importancia del hierro

El hierro constituye un micronutriente esencial en la composición de la hemoglobina, responsable de transportar el oxígeno hacia todos los tejidos del organismo, garantizando así un adecuado crecimiento y funcionamiento corporal. Su deficiencia limita el suministro de oxígeno celular y puede desencadenar anemia ferropénica, condición que afecta con frecuencia a gestantes y a la población infantil. En niños menores de 3 años, este mineral favorece la formación de nuevas células, fortalece el sistema inmunológico y contribuye al desarrollo cognitivo e intelectual²⁸.

C. Causas de la anemia ferropénica

Entre las principales condiciones que pueden causar anemia y dar origen a una patología crónica, con múltiples consecuencias en el desarrollo del niño, son las siguientes:

- Inadecuada suplementación durante la gestación y corte precoz del cordón umbilical, que impide que se transfiera más hierro al recién nacido, ocasionando que las reservas de hierro al nacimiento sean menores y se agoten antes de los 6 meses de edad²⁹.
- Prematuridad y bajo peso al nacer, al no completar su desarrollo intrauterino existen bajas reservas de hierro, y disminución del consumo de lactancia materna exclusiva, que a pesar del bajo contenido de hierro (0,3 a 0,4 mg/L) la

leche materna suministra hierro suficiente para satisfacer las necesidades de hierro de los lactantes²⁹.

- Deficiente ingesta de hierro en la dieta, evidenciado por consumo de alimentos pobres en hierro, carencia de alimentos ricos en hierro de origen animal y dieta a base de carbohidratos. Así como disminución de la absorción, por ingesta de té, café, mates y afecciones como diarreas y parasitosis²⁹.

D. Signos y síntomas de la anemia

- Síntomas generales: Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal³⁰.
- Piel seca y mucosas pálidas, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas o curvatura inversa; y alteraciones de conducta alimentaria como ingesta de tierra, uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros³⁰.
- Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo (presentes en hemoglobina <5d/dLI); y alteraciones digestivas (queilitis angular, estomatitis, glositis). Defectos en la inmunidad celular y alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje, alteraciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

E. Diagnóstico

El diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro se basa en el criterio clínico y exámenes de apoyo al diagnóstico.

Criterio clínico

- Anamnesis:

Se realiza la revisión de la historia neonatal: Edad gestacional, grupo sanguíneo (del/de la paciente y su madre), prematuridad y/o bajo peso al nacer, déficit de hierro de la madre durante el embarazo, embarazo múltiple, patología perinatal. Evaluar la lactancia materna exclusiva, consumo de fórmula láctea, leche animal o mixta en menores de 1 año y la frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro, así mismo evaluar si recibe suplementación preventiva y la presencia de enfermedades previas o concomitantes infecciosas⁵.

- Examen físico

Realizado para identificar la presencia de signos y/o síntomas de la anemia⁵.

La realización de exámenes de apoyo al diagnóstico, incorpora la medición de la hemoglobina con hemoglobinómetro portátil, según nivel de atención.

La OMS ha publicado el presente año una nueva guía sobre los puntos de corte para definir anemia y también recomienda un ajuste de Hb por altura con una nueva ecuación que modifica los puntos de corte desde los 500 msnm. Esta nueva fórmula aumenta el factor de ajuste para alturas de 500 a 3000 msnm y lo reduce para altitudes por encima de 3500 msnm³¹.

El ministerio de salud modifica la norma técnica para la atención de la anemia y señala que el niño o niña de 6 a 23 meses de edad no tiene anemia si su valor de hemoglobina es ≥ 10.5 y es considerada anemia según niveles de hemoglobina (g/dL), siguientes: Anemia leve: 9.5 a 10.4, anemia moderada: 7.0 – 9.4 y anemia severa: < 7.0 ⁵

Cuando el nivel de la hemoglobina es menor al valor normal se solicitará los siguientes análisis de laboratorio:

- Hemograma completo de tercera generación: Hb, hematocrito, glóbulos rojos, leucocitos, volumen corpuscular medio (VCM), hemoglobina corpuscular media (HMC), concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM), recuento de plaquetas⁵.
- Recuento de reticulocitos: en niños menores de 23 meses de edad se considera anemia ferropénica confirmada si la ferritina es < 12 . Proteína C Reactiva (descarte de infección o proceso inflamatorio) y frotis sanguíneo (microcitosis, hipocromía y anisocitosis)⁵.
- Examen parasitológico seriado en heces; gota gruesa en residentes o provenientes de zonas endémicas de malaria y dosaje de plomo en sangre en zonas de riesgo de contaminación⁵.

F. Tratamiento

El tratamiento de anemia en niños de 6 a 23 meses de edad se basa en suplementación de hierro (sulfato ferroso, complejo polimaltosado férrico en gotas o jarabe) a una dosis de 3mg/kg/día, durante 6 meses continuos⁵.

Dosis estandarizada de suplementos de hierro y micronutrientes en niños de 4 a 59 meses de edad sin y con anemia, en situaciones de emergencia⁵

Edad (meses)	Sin Anemia				Con Anemia		
	Complejo polimatosado férrico	Sulfato ferroso	Micronutrientes	Tiempo de duración	Complejo polimaltoado férrico	Sulfato ferroso	Tiempo de duración
	Dosis por día				Dosis por día		
4-5 m	6 gotas	11 gotas		2 meses	8 gotas	17 gotas	6 meses
6-8 m	7 gotas	13 gotas	1 sobre	6 meses	10 gotas	20 gotas	
9-11 m	8 gotas	15 gotas	1 sobre		11 gotas	23 gotas	
12-18 m	9 gotas	17 gotas	1 sobre		13 gotas	26 gotas	
19-23 m	11 gotas	19 gotas	1 sobre		14 gotas	29 gotas	
24-35 m	3 ml jarabe	10 mL de jarabe	2 sobres	6 meses	4 mL jarabe	13 mL jarabe	
36-59 m			2 sobres		5mL jarabe	16 mL jarabe	

Fuente: Adaptado de Guideline: Dally Iron supplementation In Infants and children. Geneva World Health Organization, 2016.

G. Consecuencias de la anemia

El hierro pese a encontrarse en cantidades escasas en el ser humano participa en procesos indispensables para la vida tales como el transporte de oxígeno, la fosforilación oxidativa y la mielinización de las neuronas³².

El hierro forma parte de la síntesis de mielina en el cerebro, por tanto, un déficit de hierro afecta negativamente las funciones cognitivas y motoras. La hipomielinización provoca una conducción más pausada principalmente en los sistemas auditivo y visual, y ambos se mielinizan los primeros años de vida. El hierro forma parte del metabolismo de los neurotransmisores específicamente de la dopamina y la serotonina, procesos que se llevan a cabo en el hipocampo³².

El área motora alude a la capacidad de los niños para realizar el movimiento de sus músculos, diferenciándolo en habilidades motoras finas y gruesas. Si el niño presenta anemia durante los primeros años de vida va a influir en el desarrollo motor del niño ya que este es resultado de su entorno y factores personales³³.

H. Medidas de prevención

Suplementación preventiva

El niño y la niña con bajo peso al nacer y/o prematuro/a inicia la suplementación preventiva a los 30 días de nacido/a y termina a los 5 meses 29 días. El niño y la niña nacido/a a término y con buen peso al nacer inicia la suplementación preventiva a los 4 meses de edad. La dosis a administrar es 2mg/kg/día de hierro en gotas⁵.

En el caso de niños de 6 a 11 meses de edad, la suplementación de hierro, se inicia si la Hb es ≥ 10.5 g/dL, de forma diaria durante 6 meses continuos, la dosis de hierro es de 2mg/kg/día en gotas o jarabe o administrar un sobre de micronutrientes.

En niños de 12 a 23 meses de edad, se realiza la medición de hemoglobina a los 12 meses y si es ≥ 10.5 g/dL tiene un periodo de descanso de la suplementación por 3 meses, luego de este periodo se realiza medición de Hb, si el valor es ≥ 10.5 g/dL se indica suplementación preventiva con hierro por un periodo de 6 meses. La dosis de hierro es de 2mg/kg/día o 1 sobre de micronutrientes diariamente⁵.

Alimentación complementaria

Promover la alimentación complementaria rica en hierro de origen animal, variada y frutas y verduras. Se tiene en cuenta la consistencia de los alimentos, que cambia de acuerdo la edad del infante y su desarrollo neuromuscular, ya que el infante debe consumir alimentos condensados por su mayor contenido calórico y nutritivo, de igual forma la cantidad y frecuencia³⁴. Los alimentos con mayor aporte de hierro son: sangre de pollo, bazo de res, riñón de res, hígado de pollo, etc.

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, a pesar que la concentración de hierro en leche materna es relativamente baja de 0,2 a 0,4 mg/l de hierro, su absorción por parte del organismo del lactante es óptima³⁵.
- Acceso a agua segura y lavado de manos y manipulación adecuada de alimentos⁵.

2.2.2. Actitud

A. Definición

Según Rodríguez citado por Barra³⁶, una actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Para Morales citado por Del Valle³⁷, la actitud es una predisposición aprendida, no innata y estable, aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto.

Por lo tanto, las actitudes son predisposiciones de un sujeto para la valoración con reacciones favorables o desfavorables un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro

sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal³⁸.

B. Características

- La actitud es adquirida de acuerdo a las interacciones realizadas durante el proceso de socialización; son susceptibles de ser modificadas dado que son aprendidas; están compuestos por una carga afectiva que refleja los sentimientos, deseos y voluntad; generan respuestas de aceptación o rechazo hacia el objeto; son consideradas como estructuras compuestas, pues incluyen respuestas de naturaleza afectiva, cognitiva y conductual; y se analizan a través de sus respuestas observables³⁹.

C. Dimensiones

La concepción tripartita de las actitudes, hace que se dimensione en tres, siendo estas:

Dimensión cognitiva: El sentido común nos indica que nuestras actitudes están directamente relacionadas con los pensamientos o creencias que desarrollamos sobre el objeto de actitud vinculado a ellas. Así, basamos nuestros juicios sobre lo que nos gusta, o con lo que estamos de acuerdo, en función de lo que pensemos acerca de las cualidades positivas o negativas que posea el objeto de actitud o bien, de cómo puede ayudarnos a conseguir nuestras metas⁴⁰.

Componente conductual: Es la predisposición a la acción del individuo. Es una tendencia inconsciente a comportarse de una forma determinada, lo que diferencia de la intención, que es un acto consciente, voluntario. Es aquel relacionado con el comportamiento guiado por la actitud, en tal sentido el componente conductual puede ser muy importante en actitudes de negatividad o marginalidad social, tanto como generadoras potenciales de actitudes de rechazo; por ello, frenar el plano conductual de la actitud, estimulando el plano emocional, suele ser la técnica más usada para modificar favorablemente la conducta. Modificado el plano emocional se tiene mejor acceso a los planos cognitivos y conductuales⁴¹.

Dimensión afectiva: Otro de los procesos que influye sobre las evaluaciones que desarrollamos acerca de un objeto de actitud es el afecto y como es sabido, a través de nuestras experiencias asociamos determinadas emociones a personas, objetos o situaciones y ello, relativamente al margen de las creencias que poseamos sobre el objeto evaluado, numerosos son los mecanismos que permiten explicar la influencia de los

afectos en la formación de actitudes. Esta expresado en los sentimientos o emociones, los cuales van a favorecer o contradecir nuestras creencias⁴².

D. Medición de las actitudes

Generalmente se realiza a través de la escala tipo Likert, el cual se basa en un grupo de enunciados presentados en forma de proposiciones donde se pide la respuesta de los individuos a los que se les aplicará la encuesta. Es decir, se pide a la persona que “exteriorice” su “reacción” eligiendo una de las categorías de la escala. Las actitudes pueden ser medidas o valoradas de la siguiente manera¹⁷:

- Actitud favorable: Es cuando la persona tiene una inclinación positiva, de aceptación de apoyo hacia el objeto
- Actitud desfavorable: Cuando la persona tiene una inclinación negativa, de distanciamiento, incompatibilidad por tanto provoca un rechazo hacia el objeto.
- Actitud de indiferencia: Se manifiesta neutralidad, ambivalencia por tanto prevalece el desinterés¹⁷.

2.3. Teorías relacionadas al tema

Teoría de Promoción de la Salud

La Teoría de Pender, se sustenta en tres teorías, la primera es la de Acción Razonada basada en Fishen y Aizen, quienes explicaron que la intensión de algún individuo se da en el momento en que ejecuta alguna conducta con el fin de obtener algún resultado. La segunda teoría está relacionada a la conducta de las personas según la probabilidad de sentirse seguro con sus propias conductas y la tercera es la teoría social-cognitiva de Albert Bandura, quien planteó la definición de autoeficacia como parte de la confianza del individuo para que con sus capacidades y habilidades tengan éxito en determinada actividad⁴³.

La Teoría de Promoción de la Salud, expone la interacción de las personas con el entorno para lograr un buen estado de salud. Además, explica de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud⁴³.

Este modelo permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, con el propósito de inducir comportamientos o conductas saludables por medio de las intervenciones educativas de parte de enfermería para fortalecer el conocimiento de las familias para fomentar conductas que ayude a mejorar el bienestar de sus niños, las cuales son desarrolladas a lo largo de la vida para que de esta manera pueda motivar a las personas en actuar de forma positiva y así logre tener estados de salud óptimos para ellos mismos y su entorno, también este modelo identifica aquellos factores cognitivos y perceptuales como pueden ser los principales determinantes de la conducta de la promoción de salud⁴⁴

En el estudio se adoptó la Teoría de Pender, dado que trasciende la mera explicación de las conductas preventivas frente a la enfermedad, abarcando aquellos comportamientos orientados al fortalecimiento del bienestar. Este paradigma posee la capacidad de transformar e incluso generar nuevos estilos de vida y entornos propicios para el desarrollo integral del ser humano, constituyéndose en una herramienta fundamental en la práctica de enfermería durante la consejería nutricional dirigida a las madres.

2.4.Variable de estudio

Variable 1: Actitud materna hacia el tratamiento de anemia

2.5.Operacionalización de variables

Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta- Jaén, 2024

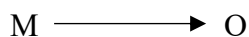
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Medición	Escala de medición	Instrumento
Actitud materna hacia el tratamiento de anemia.	Es la predisposición que tienen las madres, integrada por opiniones o creencias, sentimientos y las conductas respecto al tratamiento de anemia ⁴¹ .	Es la forma en que las madres muestran una predisposición hacia el tratamiento de anemia a través de la medición de la dimensión cognitiva, conductual y afectiva.	Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Causas - Signos y síntomas - Consecuencias - Diagnóstico - Tratamiento - Prevención 	Favorable: 99-135 Indiferente:63-98 Desfavorable 27-62	Nominal	Cuestionario
			Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de alimentación - Cantidad de alimentos con hierro - Administración de tratamiento - Aporte de hierro 			
			Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de anemia - Consumo de alimentos ricos en hierro - Tratamiento de la anemia 			

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de estudio

La investigación tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y corte transversal. Es cuantitativa, porque se encarga de indagar información basada en medidas numéricas y análisis estadísticos, aquí se recopiló y analizó los datos de todo lo obtenido mediante distintas fuentes. Es de tipo descriptivo porque solo se basó en observar el fenómeno a estudiar conforme sucede sin realizar alguna intervención o manipulación de la variable, y es de corte transversal porque la información fue recolectada en un solo momento⁴⁵.



M: Representa la muestra

O: Observación de las características de la muestra

3.2. Población

Estuvo constituida por 165 madres con niños de 6 a 24 meses que reciben tratamiento de anemia, en el Centro de Salud Fila Alta, 2024.

3.3. Criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Madres que llevan a sus niños a sus controles Cred y aceptan participar en el estudio
- Niños con diagnóstico de anemia ferropénica
- Niños de ambos sexos

Criterios de exclusión

- Madres que presenten algún tipo de limitación para comunicarse.

3.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por 115 madres con niños de 6 a 24 meses, que reciben tratamiento de anemia en el Centro de Salud Fila Alta. Las madres tuvieron la misma posibilidad de ser elegidas mediante un muestreo probabilístico. Asimismo, se tuvieron en cuenta los criterios de elegibilidad, para la selección de la muestra.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PQN}{E^2 (117 - 1) + Z^2 PQ}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0,5 * 0,5 * N}{0,05^2 (165 - 1) + (1,96)^2 0,5 * 0,5}$$
$$n = 115$$

Donde:

n : Tamaño de la muestra

N : Total de la población

Z : Coeficiente de confiabilidad (1.96)

P : Probabilidad de ocurrencia del suceso (0.5%)

Q : Probabilidad de no ocurrencia del suceso (0.5%)

E : Error de muestreo (0.05)

3.5. Unidad de análisis

Cada una de las madres de niños de 6-24 meses de edad que reciben tratamiento de anemia en el C.S. Fila Alta.

3.6. Marco muestral

Estuvo constituido por el padrón nominal de niños que reciben tratamiento de anemia en el C.S. Fila Alta, 2024.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como técnica se utilizó la encuesta y como instrumento un cuestionario tipo Likert validado por Sotelo¹⁷ en Lima, con un Alfa de Cronbach de 0,72. El instrumento está compuesto por 2 partes, la primera consta de datos generales del participante del estudio y la segunda parte el contenido propiamente dicho relacionada a la variable de estudio, que tiene 3 dimensiones y 27 preguntas, con alternativas de respuestas que van de 1 a 5 puntos.

La primera dimensión es el componente cognitivo, integrada por 12 preguntas, categorizándose esta dimensión en actitud favorable: 44-60 puntos, actitud indiferente:

28- 43 puntos y actitud desfavorable: 12- 27 puntos. Los enunciados que corresponde son 1,2,3,6,10,12,15,21,22,23,25 y 27.

La segunda dimensión es el componente conductual, constituida por 8 *preguntas*, categorizándose esta dimensión en actitud favorable: 30-40 puntos, actitud indiferente: 19-29 puntos y actitud desfavorable: 8-18 puntos. Los enunciados que corresponde son: 4,5,9,11,13,18,24 y 26.

La tercera dimensión es el componente afectivo, incorpora 7 *preguntas*, categorizándose en: Actitud favorable: 27-35 puntos; actitud indiferente: 17-26 puntos, y actitud desfavorable: 7-16 puntos. Los enunciados que corresponde son: 7,8,14,16,17,19 y 20

La variable actitud global de las madres hacia el tratamiento de anemia ferropénica, quedó categorizada como: Actitud favorable: 99- 135, Actitud indiferente: 63-98 y Actitud desfavorable: 27- 62 puntos

Cabe indicar que los ítems que expresan una actitud positiva son los siguientes: 2,4,5,6,9,10,12,13,14,15,17,20,21,23,25,27 (donde el puntaje será de totalmente de acuerdo: 5 puntos a totalmente en desacuerdo: 1 punto) y los que expresan actitud negativa: 1,3,7,8,11,16,18,19,22,24,26 (donde el puntaje será de totalmente de acuerdo: 1 punto a totalmente en desacuerdo: 5 puntos).

3.8. Validación y confiabilidad

No se realizó una validación externa ni confiabilidad, considerando que se utilizó un instrumento validado en Perú con alto nivel de validez y confiabilidad.

3.9. Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó autorización al jefe del Centro de Salud Fila Alta, para la aplicación del instrumento, coordinando con la responsable de Curso de Vida Niño para que nos brinde el padrón nominal de niños con anemia que acuden a sus controles CRED.

Se recolectó la información durante el control CRED, aplicando el instrumento a las madres en un tiempo de 15 minutos, previa explicación del objetivo de la investigación y luego de la suscripción del consentimiento informado. Así mismo se precisó que la información recogida es solo con fines de la investigación, por lo cual se mantendrá su identidad de las participantes en el anonimato.

3.10. Procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento de datos y análisis de la información se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 26 y Microsoft Excel. Los resultados son presentados en tablas simples en relación a los objetivos.

3.11. Criterios éticos de la investigación

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios éticos durante el desarrollo del estudio.

- Respeto a las personas: deben ser tratadas como seres autónomos, protegiendo aquellas con autonomía disminuida⁴⁶. En el estudio se aceptó la decisión de participar o no en el estudio previa suscripción del consentimiento informado.
- Beneficencia: durante el desarrollo del estudio se buscó maximizar los beneficios y minimizar los daños posibles para el individuo, protegiendo su integridad física y mental de las participantes⁴⁶.
- Justicia: Los participantes del estudio fueron tratados con amabilidad, respeto, sin prejuicios y ni discriminaciones⁴⁶.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1. Actitud materna global hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén, 2025

Tipo de actitud materna hacia el tratamiento de anemia	N	%
Desfavorable	23	20
Indiferente	69	60
Favorable	23	20
Total	115	100,0

En la tabla 1, se muestra que el 60% (69) de las madres de niños de 6-24 meses de edad tienen una actitud indiferente, seguido de una actitud desfavorable y favorable ambas con 20%.

Tabla 2. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión cognitiva en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén 2025.

Actitud en la dimensión cognitiva	N	%
Desfavorable	29	25,2
Indiferente	61	53,0
Favorable	25	21,8
Total	115	100,0

En la tabla 2, se evidencio que la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión cognitiva en niños de 6-24 meses de edad atendidos en el establecimiento de salud del estudio, es Indiferente en el 53% (61), seguido de un nivel desfavorable con 25,2% (29), y un nivel favorable con 21,8% (25).

Tabla 3. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión afectiva en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén 2025.

Actitud en la dimensión afectiva	N	%
Desfavorable	26	22,6
Indiferente	62	53,9
Favorable	27	23,5
Total	115	100,0

En la tabla 3, se evidencia que la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión afectiva en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén, es Indiferente en el 53,9% (62), seguido de una actitud favorable con 23,5% (27), y una actitud desfavorable con 22,6% (26).

Tabla 4. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión conductual en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén 2025.

Actitud en la dimensión conductual	N	%
Desfavorable	23	20,0
Indiferente	82	71,3
Favorable	10	8,7
Total	115	100,0

En la tabla 4, se evidencia que la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en la dimensión conductual en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, Jaén, es Indiferente en el 71,3% (82), seguido de una actitud desfavorable con 20,0% (23), y una actitud favorable con 8,7% (10).

4.1. DISCUSIÓN

Las participantes del estudio son madres atendidas en el establecimiento de salud Fila Alta, cuyas características de predominio muestran que la edad oscila entre 31-35 años (26%), su estado civil es conviviente (62,6%), su grado de instrucción es secundaria (61,7%), no tiene un trabajo remunerado (77,4%). Respecto a los niños, en su mayoría son varones (61,7%), sus edades están entre 6-10 meses (48,7%), su nivel de hemoglobina oscila entre 10-10.9 gr/dl (78,4%) y 9-9.9 (20,9%).

En la población evaluada del Centro de Salud Fila Alta - Jaén, la actitud materna global hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6–24 meses se concentró mayoritariamente en la indiferencia: 60% (n=69); mientras que las actitudes favorable y desfavorable alcanzaron 20% cada una.

Estos resultados sugieren un patrón de ambivalencia práctica: las madres no se posicionan abiertamente en contra del tratamiento, pero tampoco muestran un compromiso activo con su seguimiento, un hallazgo coherente con lo observado en contextos latinoamericanos donde el conocimiento básico sobre la anemia coexiste con dudas sobre la utilidad, la tolerabilidad y la forma correcta de administrar el hierro o los multimicronutrientes⁴⁷.

Desde el punto de vista sociodemográfico, la muestra se caracterizó por madres entre jóvenes y adultas (15–35 años), con educación secundaria como nivel más frecuente, convivientes/casadas en su mayoría y condición de no trabajadoras remuneradas como situación laboral predominante. En los niños, predominó el sexo masculino y se observó que la mayor proporción de hemoglobinas se ubicó en el rango 10–10,9 g/dL (anemia leve), con una fracción menor en 7–9,9 g/dL (moderada).

Estos rasgos son importantes, pues la anemia leve tiende a percibirse como “no urgente”, lo que favorece actitudes neutras o de baja prioridad frente al tratamiento. Asimismo, la menor escolaridad materna y las limitaciones económicas suelen asociarse a menor adherencia y peor actitud hacia intervenciones preventivo-terapéuticas, tal como han documentado análisis recientes de inequidades en anemia infantil en el Perú⁴⁸.

En el plano conductual y de servicios, la literatura reciente identifica barreras individuales, interpersonales y organizacionales, que explican actitudes indiferentes y/o

desfavorables: sabor y efectos adversos percibidos del hierro o de los polvos de multimicronutrientes, instrucciones confusas sobre administración, comentarios disuasorios de pares/familia, y tiempos de consejería insuficientes durante los controles⁴⁹.

En el contexto peruano, estudios cualitativos han reportado exactamente estas trabas y proponen reforzar consejería práctica, acompañamiento comunitario y mensajería en medios para contrarrestar dudas y mitos. Tales hallazgos encajan con la proporción alta de actitud indiferente: cuando la consejería no resuelve dudas y la experiencia cotidiana (sabor, estreñimiento, vómitos) no se maneja proactivamente, la madre suele “no oponerse” pero pospone o interrumpe el tratamiento⁵⁰.

A nivel normativo, las guías de la OMS actualizadas para la alimentación complementaria y para la suplementación de hierro en lactantes/niños pequeños, indican que, en contextos de alta prevalencia, se recomiendan esquemas diarios de hierro (o uso de micronutrientes en polvo) con acompañamiento educativo y seguimiento, subrayando que la calidad de la consejería y la continuidad del suministro condicionan los resultados⁵¹.

La identificación de una actitud mayoritaria indiferente en la muestra evidencia que el principal desafío no radica en persuadir sobre la importancia del hierro (el por qué), sino en brindar pautas prácticas sobre cómo administrarlo de manera efectiva. Esto implica orientar en aspectos como mezclas adecuadas, manejo de efectos adversos, uso de recordatorios y la aplicación de estrategias de refuerzo conductual⁵².

En este marco de inequidades, la evidencia peruana del año 2023 muestra que la educación materna y el entorno geográfico contribuyen sustantivamente a la desigualdad de la anemia infantil⁵⁴. Por tanto, en Jaén—donde predominan madres jóvenes con secundaria—es esperable hallar actitudes tibias si los mensajes se perciben técnicos o lejanos a la realidad cotidiana.

Las intervenciones deben segmentarse: utilizando materiales simples y visuales para quienes tienen menos años de estudio, realizando demostraciones prácticas (cómo preparar/administrar), y desarrollando acompañamiento comunitario (agentes

comunitarios, visitas domiciliarias cortas) para transformar la indiferencia en intención y acción sostenida⁴⁹.

Por último, habiendo encontrado 20% de actitud desfavorable merece una lectura diferenciada: suele asociarse a experiencias negativas previas (estreñimiento, vómitos, rechazo por sabor) y a mensajes contradictorios en el entorno social. La recomendación basada en evidencia reciente es implementar microintervenciones conductuales: acuerdos de pequeños pasos (reinicio gradual tras efectos adversos), recordatorios (calendarios/WhatsApp), retroalimentación positiva en controles, y eliminación de mitos (p. ej., el hierro no “engrosa la sangre” ni “daña el estómago” si se usa adecuadamente). Estas medidas han mostrado mejorar la disposición y la adherencia en programas con multimicronutrientes en la región⁵¹.

En síntesis, el patrón 60–20–20 encontrado describe un techo conductual típico de programas donde el racional biomédico está asumido, pero no internalizado en la rutina familiar. Para mover a la mayoría indiferente hacia una actitud favorable, las estrategias deben: resolver barreras prácticas y sensoriales; aumentar la intensidad y calidad de la consejería con demostraciones y guías paso a paso; aprovechar redes sociales y promotores comunitarios; y ajustar mensajes a nivel educativo y contexto local. Con ello, es plausible mejorar no solo la actitud, sino la adherencia y, en consecuencia, los indicadores de hemoglobina en el corto y mediano plazo⁴⁹.

Al desarrollar el análisis de la ***actitud materna hacia el tratamiento de la anemia en su dimensión cognitiva***, encontramos que el puntaje global en esta dimensión mostró una actitud predominantemente indiferente (53,0%; n=61), seguida de desfavorable (25,2%; n=29) y favorable (21,8%; n=25) en 115 madres evaluadas. Este perfil sugiere *conocimientos fragmentados y creencias ambivalentes*, ya que evidencian nociones correctas sobre la importancia y consecuencias de la anemia, pero conviven con dudas o desaciertos en prácticas concretas de tamizaje, dosificación y alimentación rica en hierro.

Sin embargo, se han identificado *fortalezas cognitivas importantes*, donde la mayoría reconoce que la anemia “no duele” pero es perjudicial para el cerebro del niño (95,7% de acuerdo o totalmente de acuerdo), lo que denota una comprensión adecuada del daño neurocognitivo asociado a la deficiencia de hierro en la primera infancia. Esto se alinea

con lineamientos de organismos internacionales que subrayan los efectos sobre el desarrollo infantil⁵³.

Otra fortaleza identificada es la *necesidad de descartar*: 87,8% está en desacuerdo con que es “innecesario realizar el descartar”, es decir, sí consideran necesario el tamizaje; esta disposición es una base valiosa para mejorar la demanda de servicios preventivos. Asimismo, la *jerarquía de alimentos*: 77,4% rechaza la idea de que “da igual” ofrecer hígado, sangrecita, pescado o huevo (“lo importante es que coma”), sugiriendo que muchas madres sí distinguen alimentos con mayor densidad de hierro, congruente con estrategias nacionales que priorizan alimentos de origen animal (heme-hierro)⁵⁷.

También se han identificado *brechas y contradicciones cognitivas clave*, como el *medio de detección* (hemoglobina): llama la atención que 99,1% discrepa con la afirmación “el examen de sangre es una buena opción para detectar la anemia” (60% en desacuerdo; 39,1% totalmente en desacuerdo). Este dato revela una brecha crítica: pese a considerar “necesario” el descartar, no asocian el tamizaje con la prueba de hemoglobina, que es el estándar para diagnosticar anemia en lactantes. Ello contradice recomendaciones pediátricas internacionales que respaldan el tamizaje de hemoglobina a los 12 meses y cuando hay factores de riesgo⁵⁸.

Asimismo, respecto a la *frecuencia de la ingesta de alimentos ricos en hierro*: 79,1% está en desacuerdo con “dar mínimo tres veces por semana” alimentos ricos en hierro; esto sugiere subestimación de la frecuencia necesaria o dificultades prácticas para lograrla. Programas sociales como Cuna Más, han documentado barreras de acceso y preparación de vísceras/carnes en hogares, pese a estrategias exitosas en centros infantiles⁵⁹.

De igual manera, en las *interacciones alimento-hierro*: predominan dudas sobre evitar mates/agüitas junto con menestras (solo 26,1% de acuerdo; 53,9% indecisos), a pesar de la evidencia robusta de que polifenoles/taninos del té y otras infusiones inhiben la absorción de hierro de alimentos vegetales. Este es un punto débil cognitivo frecuente en la región andina por la alta ingesta de infusiones⁵⁹.

En relación al *esquema de dosificación*: solo 21,7% está de acuerdo con dar el jarabe alejado de los alimentos; la mayoría discrepa o está indecisa. En la práctica, la indicación varía por formulación y tolerancia: muchos lineamientos aceptan administrar con las

comidas para mejorar adherencia si hay efectos adversos, pero es clave evitar inhibidores (p. ej., té/infusiones) y favorecer el consumo de vitamina C. La confusión detectada sugiere mensajes no estandarizados en consejería⁵⁷.

Sobre *la importancia de las menestras*: 72,2% discrepa con que las menestras “mejoran la hemoglobina”. Si bien el hierro no hemo tiene menor biodisponibilidad, sí contribuye y mejora cuando se combina con fuentes de vitamina C; negar su utilidad refleja exagerada simplificación y abre espacio hacia una educación más personalizada⁵⁸.

El análisis del *contexto de políticas y evidencia reciente*, permite señalar que el Perú mantiene una alta prevalencia de anemia en menores de 2 años en varios ámbitos, por lo que las guías de OMS recomiendan suplementación diaria de hierro en 6–23 meses cuando la prevalencia $\geq 40\%$ ⁵; por lo que nuestro país ha actualizado su Norma Técnica de Salud para la suplementación y tratamiento en el 2024⁵⁶. Sin embargo, los vacíos cognitivos encontrados —especialmente sobre tamizaje con hemoglobina e interacciones alimento-hierro— dificultan la traducción de estas políticas en conductas efectivas en el hogar.

Estudios cualitativos recientes en Perú (programa Cuna Más) describen facilitadores (porciones pequeñas, estofados con vísceras, recordatorios para el jarabe, refuerzo positivo) y barreras (acceso a alimentos, dudas sobre suplementos), dando un marco práctico para intervenir sobre las creencias y rutinas familiares. Integrar estas tácticas a la consejería del primer nivel de atención puede mejorar comprensión y adherencia materna⁵⁹.

En suma, la “indiferencia” cognitiva observada no implica desinterés, sino zonas de incertidumbre concreta (cómo detectar, cómo y cuándo dar el hierro, qué combinar o evitar en la dieta). Abordarlas con consejería estructurada, mensajes anti-mitos y micro-tácticas de adherencia —apoyadas en la NTS 213-2024 y en prácticas exitosas tipo Cuna Más— puede desplazar el perfil cognitivo hacia una actitud más informada y favorable, con potencial impacto sobre la adherencia y el control de la anemia en esta ventana crítica de 6–24 meses.

El análisis de la actitud materna afectiva hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6–24 meses, encontró que es en su mayoría indiferente en 53,9% (n=62), seguido de favorable en 23,5% (n=27) y desfavorable en 22,6% (n=26) (N=115).

Los ítems evaluados recogen respuestas emocionales (alegría, fastidio, angustia, desinterés, agrado), observándose patrones contradictorios, como: Baja activación emocional ante el riesgo/beneficio, donde la mayoría discrepa con sentir alegría porque “la anemia se cura” (71,3% totalmente en desacuerdo) y angustiarse si el niño no completa el tratamiento (84,3% en desacuerdo). Esto sugiere aplanamiento afectivo (ni emociones positivas por la posibilidad de curación, ni emociones negativas ante el incumplimiento), compatible con el perfil “indiferente” global.

Se evidencia una ambivalencia hedónica (respuestas emocionales mixtas) ante el tratamiento, cuya evidencia muestra que, el 93% discrepa con que “es fastidioso” dar el jarabe a diario (lo que parecería favorable), 96,5% discrepa con que “le agrada cumplir” lo indicado por el médico (claramente desfavorable). En conjunto, esto sugiere baja experiencia de satisfacción asociada al tratamiento y, a la vez, ausencia de malestar intenso—una combinación típica de indiferencia afectiva.

Respecto al *afecto y alimentos/micronutrientes*: Predomina el desacuerdo con que “debe” consumir micronutrientes (“chispitas”) y con la importancia de porciones diarias de alimentos ricos en hierro. Aunque estos enunciados rozan lo cognitivo-normativo, su evaluación afectiva (agrado/desagrado) parece tibia o negativa, reforzando la clasificación indiferente/desfavorable en una fracción de madres.

La afectividad es un determinante potente de la conducta en salud, estudios diversos, muestran que el agrado y las reacciones afectivas anticipadas predicen intención y mantenimiento de conductas terapéuticas; elevar el afecto positivo durante la conducta (p. ej., rituales de refuerzo al dar el jarabe) potencia la adherencia a largo plazo⁶⁰.

En el Perú, estudios cualitativos y revisiones sobre micronutrientes en polvo (chispitas) subrayan que la aceptabilidad mejora cuando el personal de salud adapta la consejería, resuelve dudas y ayuda a insertar la práctica en la rutina familiar; esto modula el tono afectivo (menos rechazo, más agrado) y eleva el uso⁶¹.

En cuidadores pediátricos, la ansiedad y creencias sobre los medicamentos, influyen en la adherencia; un clima emocional familiar positivo y apoyos prácticos reducen barreras (sabor, malestares, organización diaria). Aunque no son estudios peruanos de anemia exclusivamente, los mecanismos son transferibles a la suplementación con hierro en lactantes⁶².

Todo ello ocurre bajo marcos normativos que exigen suplementación y tratamiento oportunos en 6–23 meses, como la Norma Técnica 213-2024 MINSA/DGIESP⁵ del Ministerio de Salud y la OMS⁵¹. Por lo tanto, si el componente afectivo permanece indiferente, la implementación de dichas normas es inaplicable, pese a la disponibilidad de insumos y protocolos.

Es importante entender *¿por qué predomina la indiferencia?*, encontrando la respuesta en la normalización del problema. Si la anemia se percibe como “común” o “no urgente”, disminuyen las emociones movilizadoras (alegría/temor), quedando un tono neutro. Estudios cualitativos en Perú describen esta normalización y la importancia del encuadre que da el personal de salud⁶³.

Las respuestas evidencian aspectos discordantes, como el displacer práctico vs. falta de malestar, donde los datos sugieren poco agrado por “cumplir todo lo indicado”, pero sin reportar que el jarabe sea “fastidioso”. Es decir, no molesta, pero tampoco gusta—un punto muerto afectivo que no empuja a la adherencia.

Por lo tanto, se necesita una consejería centrada en lo técnico, para lo cual debe considerarse que, cuando el consejo enfatiza el qué (dosis, frecuencia) sin trabajar el cómo se siente la madre al hacerlo, se pierde la palanca afectiva que sostiene la acción cotidiana. La literatura resalta que interacciones empáticas, demostrativas y culturalmente situadas elevan el agrado y reducen la ansiedad⁶⁴.

En el contexto analizado se han identificado algunas implicancias para la intervención (primer nivel – CS Fila Alta), que incorpora: El reencuadre emocional de la anemia y del tratamiento, mediante micro-mensajes que generen alivio y orgullo (“cada toma protege su cerebro”) y eviten culpa; usar elogio inmediato al binomio madre-niño para asociar afecto positivo a la rutina del jarabe/alimentos⁶⁵.

Ritualización placentera de la toma, para tal logro debe fijar o anclar el jarabe a un momento agradable preexistente (canción breve, abrazo, juego corto). El objetivo es aumentar el “agrado” percibido y la memoria afectiva de éxito⁶⁵.

La consejería breve, empática y demostrativa, debe mostrar cómo mezclar/servir y qué hacer ante eventos adversos leves (sabor, estreñimiento), con mensajes consistentes. La aceptabilidad a chispitas y hierro mejora cuando se resuelven dudas concretas y se adapta a la rutina⁵.

Asimismo, el alineamiento a la norma vigente y apoyo para el clima emocional familiar, haciendo uso de recordatorios visuales, participación de otro cuidador, y metas semanales con refuerzo positivo (p. ej., “semanas completas”) reducen estrés y sostienen la práctica, así como asegurando disponibilidad y mensajes unificados sobre suplementación y tratamiento^{66,5}.

En conclusión, el patrón mayoritariamente indiferente (y con señales de ambivalencia) revela una necesidad potencial de mejora no solo informativa, sino emocional: sin agrado y orgullo incorporados al acto de tratar/prevenir la anemia, la adherencia cotidiana es frágil. Intervenciones breves, empáticas y ritualizadas—alineadas con la NTS 213-2024 y la OMS—pueden mover la aguja afectiva hacia lo favorable y, con ello, sostener las conductas que reducen la anemia en esta ventana crítica de 6–24 meses^{5,67}.

Al analizar la *actitud materna frente al tratamiento de la anemia en la dimensión conductual* en niños de 6 a 24 meses, los hallazgos revelan que el 71,3% de las madres presentan una actitud indiferente, seguida por un 20,0% con actitud desfavorable y apenas un 8,7% con actitud favorable.

Esta distribución es preocupante, considerando que la anemia infantil representa un problema de salud pública severo en el Perú, cuya prevalencia en niños de 6 a 35 meses ha experimentado fluctuaciones en los últimos años, con una ligera reducción del 40% en 2020 al 38,8% en 2021, y un incremento a 42,4% en 2022 y a 43.6% en el primer semestre de 2023^{5,68}.

La actitud indiferente se refleja en respuestas como el desacuerdo con afirmaciones sobre la importancia de alimentos ricos en hierro, el uso de micronutrientes, y el cumplimiento

del tratamiento médico. Por ejemplo, el 93% de las madres considera “fastidioso” administrar el jarabe de hierro diariamente, y el 96,5% no se siente agradada al cumplir con el tratamiento médico indicado. Estos datos sugieren una resistencia conductual activa, más allá de la simple desinformación.

Los datos generales del documento muestran que el 77,4% de las madres no trabaja, y el 61,7% tiene solo educación secundaria. Estos factores se correlacionan con estudios recientes que indican que el nivel educativo y la autonomía económica influyen directamente en la actitud preventiva materna⁵⁴.

Además, el hecho de que el 62,6% de las madres sean convivientes y no casadas podría reflejar dinámicas familiares menos estructuradas, lo que puede afectar la adherencia a tratamientos prolongados y la priorización de la salud infantil.

Un estudio realizado en el año 2024 en Lima Norte por De la Cruz y Ponce⁶⁹, encontró una correlación positiva alta ($r = 0.702$, $p = 0.000$) entre actitud materna y prácticas nutricionales para prevenir la anemia. Esto refuerza la idea de que una actitud indiferente o desfavorable no solo limita el tratamiento, sino también la prevención.

Asimismo, otra investigación realizada en el año 2024, por Tarazona⁵⁴ halló que el 49% de las madres tenía actitudes preventivas regulares y el 28% deficientes, lo que coincide con los resultados encontrados y sugiere una tendencia nacional preocupante. Asimismo, el Plan Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil 2024-2030, reconoce que la actitud materna es un determinante social clave para el éxito de las intervenciones nutricionales y médicas. Sin embargo, los resultados de esta tesis evidencian que las estrategias actuales no están logrando modificar conductas profundamente arraigadas⁶⁹²⁰.

Por lo tanto, es urgente implementar intervenciones educativas conductuales, como talleres vivenciales, consejería personalizada y campañas comunicacionales culturalmente adaptadas. La simple entrega de micronutrientes o suplementos no es suficiente si no se acompaña de un cambio en la percepción y conducta materna.

Concluimos precisando que, la investigación se sustenta en la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender, dado que proporciona un marco explicativo para comprender y potenciar las conductas de salud en la población materna⁴³.

Pender plantea que la promoción de la salud no se limita a la prevención de la enfermedad, sino que se orienta al fortalecimiento de conductas positivas mediante la modificación de creencias, actitudes y motivaciones individuales. Bajo este enfoque, las madres constituyen el eje fundamental en el cuidado infantil, pues son quienes asumen la responsabilidad directa de la administración del tratamiento contra la anemia y de la adopción de prácticas nutricionales y preventivas.

La teoría enfatiza la influencia de las experiencias previas de la persona, sustentando que las vivencias anteriores de la madre respecto al uso de suplementos de hierro, la percepción de sus beneficios o efectos adversos, y la interacción con los servicios de salud condicionan su disposición actual hacia el tratamiento.

Asimismo, las características cognitivas y perceptuales, que indica que la percepción materna de la susceptibilidad y gravedad de la anemia en sus hijos, así como los beneficios esperados y las barreras percibidas, determinan su actitud frente al cumplimiento del tratamiento.

De igual manera los factores que influyen en la acción, donde variables situacionales como el acceso al establecimiento de salud, apoyo familiar y estrategias de reforzamiento contribuyen a la adherencia al tratamiento y a la modificación de actitudes indiferentes o negativas.

En ese sentido, la teoría de Pender fundamenta esta investigación porque permite analizar la actitud materna no solo como un componente cognitivo-afectivo, sino también como un proceso dinámico que puede ser transformado mediante intervenciones educativas, motivacionales y de apoyo.

De esta forma, se busca promover que las madres pasen de la indiferencia o resistencia hacia una actitud favorable y comprometida con el tratamiento de la anemia en sus hijos, garantizando así un impacto positivo en su estado nutricional y desarrollo integral.

CONCLUSIONES

- La mayoría de madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud Fila Alta, Jaén, mostraron una actitud global indiferente hacia el tratamiento de la anemia, lo que refleja una débil implicancia emocional, cognitiva y conductual, lo que constituye un factor crítico que limita la adherencia terapéutica y las prácticas de prevención recomendadas en este grupo etario.
- En la dimensión cognitiva, más de la mitad de las madres evidenciaron indiferencia, coexistiendo con una actitud desfavorable. Aunque reconocen la gravedad de la anemia y la necesidad de descarte, persisten lagunas conceptuales respecto al rol de la hemoglobina como medio diagnóstico, la frecuencia adecuada de alimentos ricos en hierro, y las interacciones que afectan la absorción del mineral.
- En la dimensión afectiva, predominó la actitud indiferente, lo que evidencia escasa activación emocional positiva o negativa frente al tratamiento. La ausencia de emociones movilizadoras (alegría, agrado o preocupación) puede repercutir en la adherencia.
- La dimensión conductual mostró la mayor proporción de indiferencia, acompañada de un nivel muy bajo de actitud favorable. Este hallazgo refleja que, aun cuando existan conocimientos parciales o emociones moderadas respecto al tratamiento, la disposición práctica para ejecutar las conductas recomendadas es mínima, lo que pone en riesgo la eficacia de los programas de suplementación y control de la anemia.
- El estudio tiene alta relevancia, ya que demuestra que la lucha contra la anemia infantil no solo depende de la disponibilidad de suplementos y alimentos, sino también del nivel de involucramiento cognitivo, afectivo y conductual de las madres, lo que convierte a la actitud materna en un factor clave para el éxito de las políticas nacionales y locales de prevención y tratamiento de la anemia en la primera infancia.

RECOMENDACIONES

Considerando las implicancias para la salud pública, cuyos resultados evidencian que la actitud materna hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6–24 meses se encuentra marcada por la indiferencia en todas sus dimensiones, con mayor peso en el plano conductual. Esta situación demanda estrategias integrales de intervención que combinen:

- Fortalecer la consejería cognitiva. El personal de salud del Centro de Salud Fila Alta debe reforzar la educación sobre la anemia con mensajes claros, visuales y adaptados culturalmente, haciendo énfasis en la importancia del descarte con hemoglobina, la frecuencia adecuada del consumo de alimentos ricos en hierro y las interacciones que favorecen o dificultan su absorción.
- Incorporar estrategias motivacionales y afectivas. Se recomienda que las intervenciones incluyan técnicas de refuerzo positivo y dinámicas participativas (como talleres demostrativos, historias de éxito o juegos con las madres y niños) que generen agrado y orgullo al cumplir con la suplementación y la alimentación adecuada, transformando la percepción de indiferencia en compromiso emocional.
- Impulsar acompañamiento conductual. Es necesario diseñar recordatorios prácticos (cartillas visuales, mensajes de texto, llamadas de seguimiento) y promover rituales familiares (canciones, rutinas diarias) para vincular la administración del suplemento o el consumo de alimentos ricos en hierro con hábitos ya existentes, favoreciendo la adherencia sostenida.
- Capacitación continua del personal de salud. Se sugiere fortalecer la preparación del equipo de enfermería y otros profesionales de salud en técnicas de comunicación efectiva y estrategias de cambio de comportamiento, garantizando un abordaje integral que no se limite a la entrega de suplementos, sino que aborde también las percepciones y actitudes maternas.
- Articulación con programas comunitarios. Se recomienda que las acciones de consejería y acompañamiento se integren con programas sociales y comunitarios (comedores populares, Cuna Más, Wasi Mikuna) para facilitar la disponibilidad de alimentos ricos en hierro y reforzar mensajes clave en distintos espacios de la vida cotidiana de las madres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Anemia [Internet] 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>
2. World Health Organization. Daily iron supplementation in children 6–23 months of age (eLENA). 2023. [Internet] ago 9 2023. [cited ago 25 2025]. Available at: https://www.who.int/tools/elena/interventions/iron-children-6to23?utm_source=chatgpt.com
3. Lozoff B, Beard J, Connor J, Felt B, Georgieff M, Schallert T. Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. [Efectos neuronales y conductuales duraderos de la deficiencia de hierro en la infancia]. Nutr Rev. 2006;64(5 Pt 2):S34-43.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2023, Nacional y Departamental. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6389989/5601739-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023.pdf?v=1716478980>
5. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 251-2024-MINSA. NTS N° 213-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y púerperas Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5440166-251-2024-minsa>
6. Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: The reasoned action approach. [Predecir y cambiar el comportamiento. El enfoque de la acción razonada]. New York: Psychology Press; 2010.
7. Louzado P, Vargas B, Dandu, M, Shannon F, Santos N, Quiñones Á, et al. Una evaluación cualitativa de la experiencia de las madres con la atención de la anemia pediátrica en Arequipa, Perú. Fronteras en Salud Pública. Diciembre de 2020. DOI: 10.3389/fpubh.2020.59813
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Anemia [internet]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/que-la-anemia-no-los-alcance>
9. Román V, Román L, Sanga H, et al. Factores sociodemográficos asociados a la anemia en niños menores de 60 meses. Revista Médica Basadrina [Internet] 2022; 16 (2): 11-20. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1550/1779>

10. Sundararajan S, Rabe H. Prevention of iron deficiency anemia in infants and toddlers. *Pediatric Research* [Internet] 2021; 89(1): 63-73. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41390-020-0907-5>
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2022, Nacional y Departamental. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4570183/Resumen%3A%20Per%C3%B3A.%20Encuesta%20Demogr%C3%A1fica%20y%20de%20Salud%20Familiar%20-%20ENDES%202022.pdf?v=1684342928>
12. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Reporte Regional de indicadores sociales del departamento de Cajamarca, 2024. Disponible en: <https://sdv.midis.gob.pe/redinforma/Upload/regional/Cajamarca.pdf>
13. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 [Internet]. 2017 Perú; 2017 p. 65. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
14. Herrera J, Asenjo J, Oblitas A. Efectos de los mensajes virtuales en salud sobre adherencia terapéutica materna de anemia infantil. *Aquichan* [internet] 2023; 23(4): 2346. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/21651/7883>
15. Castro J, Chirinos D. Prevalencia de anemia infantil y su asociación con factores socioeconómicos y productivos en una comunidad altoandina del Perú. *Rev Esp Nutr Comunitaria* [Internet]. 2019;25(3):1–11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/>
16. Oscanoa I, Podestá L. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en niños de 1 a 3 años. Un estudio en el Centro de Salud Señor de los Milagros Huaycán – Ate. *Rev Fac Med Hum.* 2024;24(1):92-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v24n1/2308-0531-rfmh-24-01-92.pdf>
17. Sotelo T. Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud de Lima, 2019. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_19637193bdbb3558d1d2f32658b21119
18. Victorio A. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños menores de 5 años sobre la anemia ferropénica en el Puesto de Salud de Hualhas. [Internet]. Universidad del Centro del Perú; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3127/ValerioLaureano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Sánchez B, Ureta R, Inga G. Actitud y práctica en el manejo de anemia en madres de niños (as) menores de 5 años Huancavelica. Revista Llamkasun [internet] 2020; 1(1). Disponible en: <https://doi.org/10.47797/llamkasun.v1i1.2>
20. Ministerio de Salud del Perú. Plan Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil en el Perú. Periodo 2024-2030. Disponible: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5735214/5093832-decreto-supremo-n-002-2024-sa%282%29.pdf?v=1706299424>
21. Dirección Sub Regional de Salud Jaén. Sistema de información del Estado Nutricional de niños y gestantes: Anemia en niños menores de 3 años, enero – setiembre 2024.
22. Afshari, G., Omidvar, S. y Kordbagheri, M. (2025). El papel de la alfabetización sanitaria en la relación entre los conocimientos y las prácticas de las madres sobre la administración de suplementos de hierro a los niños (de 12 a 24 meses): un modelo de ecuaciones estructurales. PLOS One, 20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319845>
23. Tesema, G., Worku, M., Tessema, Z., Teshale, A., Alem, A., Yeshaw, Y., Alamneh, T. y Liyew, A. Prevalencia y determinantes de los niveles de gravedad de la anemia entre los niños de 6 a 59 meses en el África subsahariana: un análisis de regresión logística ordinal multinivel, 2021. PLoS ONE, 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249978>
24. Díaz J, García J, Díaz M. Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de dos años. Rev Elect. Medimay [internet] 2020; 24(4). Disponible en: https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1838/pdf_290
25. Arco Z. Conocimientos sobre el tratamiento de la anemia y su asociación con las prácticas y actitudes de los padres. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener [internet] 2022; 11(1): a0001. Disponible en: <https://doi.org/10.37768/unw.rinv.11.01.a0001>
26. Condezo C, Meza G. Actitud y cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el centro de Salud de Acobamba 2018 [tesis de pregrado] Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2019. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/1567>
27. Instituto Nacional de Salud. Anemia [internet] disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/que-es-la-anemia>
28. Ministerio de Salud. Importancia del hierro [internet] disponible en: <https://www.gob.pe/21579-importancia-del-hierro>

29. Huamán R. Factores de riesgo asociados a la falta de adherencia al tratamiento de anemia en niños de 7 a 18 meses del Centro de Salud Mirones, periodo enero – octubre 2022. [tesis de pregrado]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/eddafd0e-5bce-4bca-8f8c-d2fb614473c8>
30. Ministerio de Salud. Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [internet] 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322896/Norma_t%C3%A9cnica_Manejo_terap%C3%A9utico_y_preventivo_de_la_anemia_en_ni%C3%B1os_adolescentes_mujeres_gestantes_y_pu%C3%A9rperas20190621-17253-1wh8n0k.pdf?v=1561140238
31. Gonzáles G, Suárez V. Niveles de hemoglobina para la determinación de la anemia: nueva guía de la Organización Mundial de la Salud y adecuación de la norma nacional. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2024;41(2):102-4. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2024.v41n2/102-104/es>
32. Dávila C, Páucar R, Quispe A. Anemia infantil. Rev Perú Investig Matern Perinat [internet] 2019;7(2):46-52. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/118>
33. Zavaleta N, Astete L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [Internet] 2017; 34(4): 716-722. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2017.v34n4/716-722/>
34. Chozo D. conocimiento y práctica sobre prevención de anemia ferropénica infantil en madres del Centro de Salud Portada de Manchay Pachacamac-Lima 2022 [tesis de pregrado] Universidad Privada del Norte; 2023. Disponible en: https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/37576/DEISY-%20ENFERMERIA.%20tesis_PDF_TOTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Moráis A, Dalmau J. Importancia de la ferropenia en el niño pequeño: repercusiones y prevención. An Pediatría. 2011;74(6):415.e1-415.e10.
36. Barra E. Psicología Social. Vol. 72. Chile: Universidad de Concepción; Chile, 1998.
37. Del Valle A. Teoría General de las Actitudes. [Internet]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloParteI.pdf>
38. Snith E y Mackie D. Psicología social. Madrid. Editorial médica panamericana; 1997.

39. Egusquiza J. Conocimientos, actitudes y prácticas de las participantes del programa frente a la anemia y la Meta 4, Lima 2022 [tesis de pregrado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/ebac57dc-51ea-412b-a54e-c0f52fa68279/content> <https://hdl.handle.net/20.500.12672/20473>
40. Williams K. Componente cognitivo de la actitud. 2023 [Internet]. Disponible en: <https://study.com/academy/lesson/cognitive-component-of-attitude-definition-example.html#:~:text=El%20componente%20cognitivo%20de%20la%20actitud%20es%20la%20forma%20en,personas%20piensan%20sobre%20sus%20actitudes.>
41. Porta J. Las 3 Dimensiones de las Actitudes. Instituto de Neurociencias Aplicadas, 2018. [citado 2025 agosto 19]. Disponible en: <https://ineurociencias.org/cognitive-affective-behavioral-neuroscience/>
42. Morales J, Gaviria E, Moya M, Cuadrado I. Psicología Social – Actitudes. Tercera edición. Madrid, España. Mc Graw-Hill. 918p. 2007. p. 488-57.
43. Aritzabal H. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. en México [internet] 2018; 8(4): 16 – 23. Disponible en: <http://www.revistaenfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversita>
44. Bustamante C, Franco N, Gómez M. Promoción de la salud bajo la perspectiva de Nola Pender en una comunidad urbana de Pereira. Fundación Universitaria del Areandina Enfermería. Bogotá, Colombia. 2023. [consultado agosto 15 2024]. [https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/73d19bea-28fe-4a6a-806a-335cdb6dc143/content#:~:text=El%20Modelo%20de%20Promoci%C3%B3n%20de,Aritz%C3%A1bal%20et%20al;%202011\).](https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/73d19bea-28fe-4a6a-806a-335cdb6dc143/content#:~:text=El%20Modelo%20de%20Promoci%C3%B3n%20de,Aritz%C3%A1bal%20et%20al;%202011).)
45. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Sexta edición. 2014. disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B7fKI4RAT39QeHNzTGh0N19SME0/view?resourcekey=0-Tg3V3qROROH0Aw4maw5dDQ>
46. Belmont. Belmont. El Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Prac. Científica. U.S.A 1979. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.
47. Caballero L, Vidal R, Padilla T, Cossio M, Gómez R. Creencias sobre la adherencia al tratamiento por suplemento de hierro en madres de niños con anemia que viven en una

- región de altitud del Perú: Creencias sobre la adherencia al tratamiento de hierro. *Nutr Clín Diet Hosp* [Internet]. 2022 Jun. 20 [cited 2025 Aug. 24];42(2). Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/255>
48. Al-kassab-Córdova A, Mendez-Guerra C, Robles-Valcarcel P, Iberico-Bellomo L, Alva K, Herrera-Añazco P, Benites-Zapata VA. Inequalities in anemia among Peruvian children aged 6–59 months: A decomposition analysis. [Desigualdades en anemia en niños peruanos de 6 a 59 meses: un análisis de descomposición]. *Front Public Health*. 2023;11:1068083. Disponible en: <https://cris.usil.edu.pe/es/publications/inequalities-in-anemia-among-peruvian-children-aged-659-months-a->
 49. Aparco J, Huamán L. Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo: percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud. *Rev. Perú Med Exp Salud publica* [Internet]. 2017 Oct [citado 2025 Ago 24]; 34(4): 590-600. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3164>.
 50. Brewer J, Santos M, Román K, Riley A, Oberhelman R, Paz-Soldán V. Uso de micronutrientes en polvo en Arequipa, Perú: Barreras y facilitadores en múltiples niveles. *Matern Child Nutr*. 2020;16 (2). Abril 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.1291>
 51. World Health Organization. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age [Directrices de la OMS para la alimentación complementaria de lactantes y niños pequeños de 6 a 23 meses de edad]. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373358/9789240081864-eng.pdf>
 52. World Health Organization. e-Biblioteca de Evidencia para Acciones de Nutrición [eLENA]: Daily iron supplementation in children 6–23 months of age (evidence & guidance) [Suplementación diaria con hierro en niños de 6 a 23 meses de edad]. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/iron-children-6to23>
 53. World Inequality Lab. El Informe sobre la desigualdad global 2022. Disponible en: [Summary_WorldInequalityReport2022_Spanish.pdf](#)
 54. Tarazona C, Bartolini R, Romero K, Pradeilles R, Goya C, Rousham E, et al. Facilitadores y barreras para la prevención de la anemia en el programa de cuidado infantil del gobierno urbano para bebés y niños pequeños en Perú. *Acción de salud global*. Diciembre de 2025;

- 18(1):2475580. Epub 16 de abril de 2025. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12004717/>
55. Schilling C, Sather R, Chintapalli S. Anemia por deficiencia de hierro en niños. [Online enero 01 2025]. Disponible en: <https://phoenixchildrens.org/specialties-conditions/iron-deficiency-anemia-children>
56. Chaber R, Helwich E, Lauterbach R, Mastalerz A, Matysiak M, Peregud, et al. Diagnóstico y tratamiento de la deficiencia de hierro y la anemia ferropénica en niños y adolescentes: recomendaciones de la Sociedad Polaca de Pediatría, la Sociedad Polaca de Oncología y Hematología Pediátrica, la Sociedad Polaca de Neonatología y la Sociedad Polaca de Medicina Familiar. *Nutrientes*. 25 de octubre de 2024; 16(21):3623. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11547346/>
57. Lázaro M, Dominguez C. Guías alimentarias para la población peruana. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/items/c8454e2e-3a16-428c-9e42-826c55e63933>
58. World Health Organization. WHO guideline on use of ferritin concentrations to assess iron status in individuals and populations [Guía de la OMS sobre el uso de concentraciones de ferritina para evaluar el estado del hierro en individuos y poblaciones]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000124>
59. Castillo E, Gonzales J. El programa nacional cuna más y desarrollo infantil temprano en la región de Ayacucho: periodo 2022. [Tesis de posgrado]. Universidad Católica del Perú. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12404/29600>
60. Conner M, McEachan R, Taylor N, O'Hara J, Lawton R. Papel de las actitudes afectivas y las reacciones afectivas anticipadas en la predicción de comportamientos de salud. 2015. *Psicología de la salud*, 34(6), 642–652. <https://doi.org/10.1037/hea0000143>.
61. Creed H, Bartolini R, Abad M, Arévalo V. Promoción de polvos multimicronutrientes (MNP) en Perú: aceptación por parte de los cuidadores y papel del personal de salud. *Niño materno Nutr.* Enero de 2016; 12(1):152-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12217>
62. Chunsong Yang, Beixi Li, Xiaoyu Li, Weiqi Deng, Qiuji Tao, Lingli Zhang. The effect of caregiver anxiety on medication adherence in children with epilepsy: The mediating effect of medication beliefs, *Epilepsy & Behavior*, Volume 171, 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2025.110551>.
63. Louzado P, Vargas B, Dandu M, Fuller S, Santos N, Quiñones Á, et al. Una evaluación cualitativa de la experiencia de las madres con la atención de la anemia pediátrica en

- Arequipa, Perú. 2020. Frente. Salud Pública 8:598136. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.598136>
64. Medina A, Perez J, Velásquez J, Llanos L. Knowledge, perception, and practices regarding micronutrient use in Awajun and Wampis children (Condorcanqui, Amazonas, Peru). <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/829/554>
65. Van Cappellen P, Rice EL, Catalino LI, Fredrickson BL. Los procesos afectivos positivos subyacen al cambio de comportamiento positivo en la salud. Salud psicológica. Enero de 2018; 33(1):77-97. doi: 10.1080/08870446.2017.1320798. Epub 12 de mayo de 2017. PMID: 28498722; PMCID: PMC5682236.
66. Creed-Kanashiro H, Bartolini R, Abad M, Arévalo V. Promoción de polvos multimicronutrientes (MNP) en Perú: aceptación por parte de los cuidadores y papel del personal de salud. Niño materno Nutr. Enero de 2016; 12(1):152-63. doi: 10.1111/mcn.12217. Epub 1 de noviembre de 2015. PMID: 26522502; PMCID: PMC4738407.
67. Chardon M, Klages K, Joffe N, Pai A. Experiencia de los cuidadores con las barreras de adherencia a la medicación durante el trasplante pediátrico de células madre hematopoyéticas: un estudio cualitativo. J Pediatr Psychol. 7 de junio de 2022; 47(6):685-695. doi: 10.1093/jpepsy/jsab138. PMID: 35066587; PMCID: PMC9172836.
68. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2025. [Internet] 31 de enero de 2025. [citado agosto 26 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/3364616-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2025>
69. De la Cruz L, Ponce W. Universidad César Vallejo. Actitudes y prácticas nutricionales para la prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de una institución educativa pública, Lima- 2024. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/159258>

ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ACTITUD MATERNA HACIA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD FILA ALTA- JAÉN, 2024.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	VARIABLE Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Pregunta de investigación:</p> <p>¿Cuál es la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, 2024?</p>	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión cognitiva Identificar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión afectiva. Identificar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión conductual. 	<p>Variables:</p> <p>Variable 1: Actitud materna hacia el tratamiento de anemia.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cognitiva Conductual Afectiva 	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y corte transversal.</p> <p>Población de estudio:</p> <p>Se desarrollo en una muestra de 115 madres con niños de 6 a 24 meses que reciben tratamiento de anemia, del Centro de Salud Fila Alta.</p> <p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumento: Cuestionario.</p> <p>Procesamiento: Programa Excel 2022 y estadístico SPSS versión 26.0.</p> <p>Criterio ético y rigor científico: Principio de respeto a las personas, beneficencia y justicia.</p>

Anexo 2

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

CUESTIONARIO

ACTITUD MATERNA HACIA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD FILA ALTA

Instrucciones:

Solicito su colaboración en el presente estudio de investigación cuyo objetivo es Determinar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, la cual será exclusivamente con fines de investigación. Le pido a Ud. que lea detenidamente y responda con toda veracidad las siguientes preguntas, que será de carácter anónimo y confidencial. Anticipadamente les agradezco su valiosa colaboración.

I. Datos generales:

Madre

- | | |
|---|---|
| 1. Edad: _____ años | a. Sin instrucción () b. primaria |
| 2. Estado civil: | () c. secundaria () d. técnico superior () e. superior universitario () |
| a) Soltera () b) casada () c) conviviente () d) viuda () e) divorciada/separada () | b. En la actualidad trabaja |
| | a. Si () b. no () |
| a. Grado de instrucción | |

Niño

1. Edad: _____ meses
2. Sexo: a. femenino () b. Masculino ()
3. Hemoglobina: _____

II. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia

TA	DA	I	ED	TD
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo

Los ítems que expresan una **actitud positiva** son los siguientes: 2,4,5,6,9,10,12,13,14,15,17,20,21,23,25,27 (donde el puntaje será de totalmente de acuerdo: 5 puntos a totalmente en desacuerdo: 1 punto) y los que expresan **actitud negativa**: 1,3,7,8,11,16,18,19,22,24,26 (donde el puntaje será de totalmente de acuerdo: 1 punto a totalmente en desacuerdo: 5 puntos).

Nº	ÍTEMS	TA	DA	I	ED	TD
1	Creo que el jarabe de hierro es innecesario para curar la anemia					
2	<i>Considero que el examen de sangre es una buena opción para detectar la anemia</i>					
3	Considero innecesario realizar el descarte de anemia en mi niño.					
4	<i>A mi niño le doy alimentos ricos en hierro, mínimo tres veces a la semana.</i>					
5	<i>Es importante darle a mi niño su jarabe de hierro alejad del horario de los alimentos</i>					
6	<i>Sé que la anemia no duela, no molesta pero es muy perjudicial para el cerebro de mi niño</i>					
7	Me da miedo darle a mi niño el jarabe de hierro debido a los efectos secundarios (estreñimiento, náuseas, diarrea) que produce					
8	Que mi niño tenga anemia me es indiferente					
9	<i>Darle menestras a mi niño(a) mejora los niveles de hemoglobina</i>					
10	<i>Es importante evitar las agüitas de hierbas, mates cuando mi niño come frijoles, lentejas, u otras menestras que contienen hierro.</i>					
11	Me da igual preparar hígado, sangrecita, pescado, pollo o darle huevo, lo importante es que coma					
12	<i>Creo que el sueño incrementado es un síntoma de la anemia</i>					
13	<i>Es importante que mi niño reciba de 2 a más cucharadas de alimentos ricos en hierro (hígado, bazo, sangrecita, etc.) por día.</i>					

14	<i>Me da alegría saber que la anemia es una enfermedad que se cura</i>					
15	<i>Pienso que mi niño debe consumir los micronutrientes (chispitas) para prevenir la anemia</i>					
16	Me fastidia tener que preparar alimentos ricos en hierro a mi niño(a) al menos 3 veces por semana					
17	<i>Me angustio cuando mi niño no completa su tratamiento de la anemia</i>					
18	Es fastidioso tener que darle el jarabe de hierro a mi niño todos los días.					
19	Me causa desinterés que mi niño reciba una alimentación pobre en hierro.					
20	<i>Me agrada cumplir con el tratamiento de mi niño tal como el médico me ha indicado.</i>					
21	<i>a anemia infantil produce problemas de aprendizaje a largo plazo.</i>					
22	El hierro se absorbe mejor cuando mi niño consume infusiones como manzanilla, té, café.					
23	<i>Es necesario que mi niño consuma alimentos de origen animal (hígado, sangrecita, pescado) para prevenir la anemia</i>					
24	Por razones particulares dejo de ir al centro de salud para recibir el tratamiento de anemia de mi niño.					
25	<i>Creo que el poco consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo) hace que mi niño tenga anemia</i>					
26	Preparo alimentos ricos en hierro a mi niño a partir de los 9 meses de edad.					
27	<i>Si mi niño tiene valores de hemoglobina menor a 11 debe recibir tratamiento con hierro.</i>					

Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FILIAL JAÉN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificado (a) con DNI
Nº....., acepto participar en la Investigación “ACTITUD MATERNA
HACIA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES DE EDAD DEL
CENTRO DE SALUD FILA ALTA- JAÉN, 2024”, realizado por la Bachiller en Enfermería
Karla Eliana Lozano Mego

El estudio tiene como objetivo: Determinar la actitud materna hacia el tratamiento de anemia
en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta.

He recibido la información necesaria de parte de la investigadora, quien garantiza el secreto a
la privacidad de los participantes. Por lo que declaro aceptar participar en la investigación.

Fecha:

Firma del participante

Firma de la investigadora

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 4

SOLICITUD PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA SECCION JAEN

"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1962
Rodríguez N° 1368 Plaza de Armas • Telf. 431907
JAEN - PERU

Regístrate en la consolidación de la información personal

Jaén, 07 de mayo de 2025

OFICIO N° 0291 -2025-SJE-UNC

Señor
OBS. MENEL CALDERÓN SÁNCHEZ,
JEFE DEL CENTRO DE SALUD DE FILA ALTA

CIUDAD

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN
DE CUESTIONARIO DE TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a Ud., para expresarle mi cordial saludo, al mismo tiempo manifestarle que, la Bachiller KARLA ELIANA LOZANO MEGO, desarrollará el trabajo de investigación: ACTITUD MATERNA HACIA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD FILA ALTA – JAÉN, 2024, con fines de optar el título de Licenciada en Enfermería.

En este sentido, encontrándose en la etapa de ejecución del Proyecto y siendo necesario la aplicación del instrumento de investigación, solicito a usted, la autorización correspondiente para que la referida egresada pueda efectuar la aplicación de un cuestionario, dirigido a las madres de los niños que se atienden en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo de su representada, a partir de la fecha y/o durante el periodo que se requiera para la recolección de datos.

Agradeciéndole anticipadamente por la atención que brinde al presente, hago propicia la oportunidad para testimoniarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



M. Cs. María Arreola Valderrama Soriano
Docente (e) EAPE - F.I.

C.C: -Archivo.
MAVS/rm.



09/05/25
10:20

Anexo 5

AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO

AUTORIZACIÓN

Yo Menel Calderón Sánchez identificado con DNI Nº 42265387, en mi condición de **JEFE DEL CENTRO DE SALUD DE FILA ALTA**, otorgo autorización a la Bachiller en Enfermería Karla Eliana Lozano Mego, para desarrollar su trabajo de investigación **"ACTITUD MATERNA HACIA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD FILA ALTA – JAÉN 2024"** para poder así aplicar su instrumento de investigación, y con ello logre el grado de Licenciada en Enfermería.

Jaén 9 de mayo del 2025

Atentamente:


26

Anexo 6

DATOS COMPLEMENTARIOS

Tabla 5. Características Sociodemográficas de las madres y niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, 2025.

DATOS DE LA MADRE			
DATO	CATEGORÍA	Nº	%
Edad	15 - 20 años	26	22,6
	21 - 25 años	23	20,0
	26 - 30 años	29	25,2
	31 - 35 años	30	26,1
	36 - 40 años	7	6,1
Estado Civil	Soltera	29	25,2
	Casada	13	11,3
	Conviviente	72	62,6
	Viuda	1	0,9
Grado de instrucción	Sin instrucción	1	0,9
	Primaria	21	18,3
	Secundaria	71	61,7
	Técnico Superior	18	15,7
	Superior Universitario	4	3,5
Trabajo	Si	26	22,6
	No	89	77,4
DATOS DEL NIÑO			
Edad	6 - 10 meses	56	48,7
	11 - 15 meses	33	28,7
	16 - 20 meses	22	19,1
	21 - 24 meses	4	3,5
Sexo	Femenino	44	38,3
	Masculino	71	61,7
Hemoglobina	4 - 4.9	1	0,9
	5 - 7.9	0	0,0
	8 - 8.9	4	3,5
	9 - 9.9	24	20,9
	10 - 10.9	86	74,8

En la tabla 5, muestra que, de 115 madres, la mayoría tiene entre 26 y 35 años (51,3%), siendo las características del predominio, las de edad de 31 a 35 años (26,1%), con estado civil conviviente (62,6%), con educación secundaria (61,7%) y sin empleo (77,4%).

Respecto a los niños, la mayoría tiene entre 6 y 10 meses (48,7%), son varones (61,7%), respecto a la hemoglobina oscila entre 9 - 9.9 g/dL (20,9%) y 10-10.9 g/dL (74,8%).

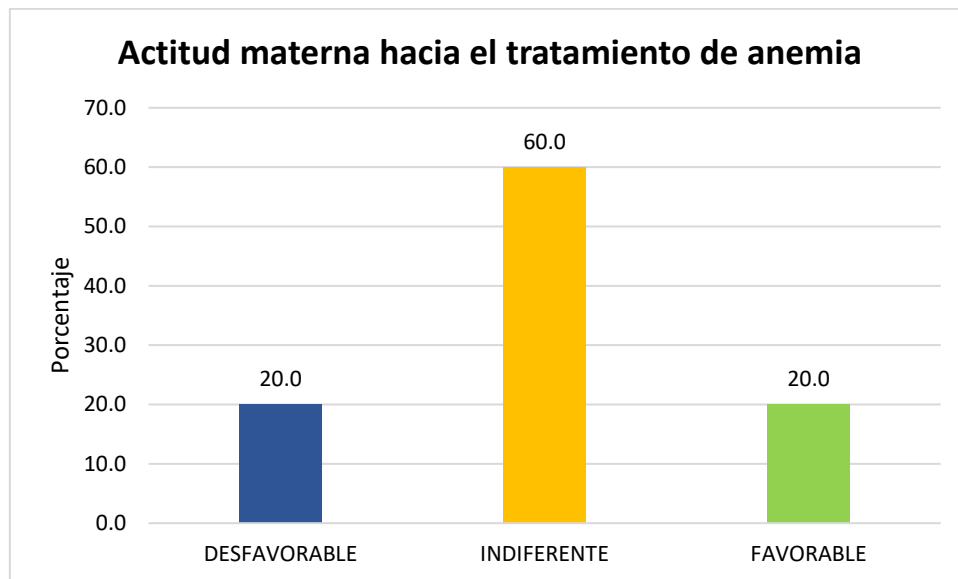
Tabla 6. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta.

Indicador	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Creo que el jarabe de hierro es innecesario para curar la anemia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	67	58,3	48	41,7
Considero que el examen de sangre es una buena opción para detectar la anemia	0	0,0	1	0,9	0	0,0	69	60,0	45	39,1
Considero innecesario realizar el descarte de anemia en mi niño.	0	0,0	6	5,2	1	0,9	101	87,8	7	6,1
A mi niño le doy alimentos ricos en hierro, mínimo tres veces a la semana.	0	0,0	1	0,9	9	7,8	91	79,1	14	12,2
Es importante darle a mi niño su jarabe de hierro alejad del horario de los alimentos	0	0,0	25	21,7	37	32,2	50	43,5	3	2,6
Sé que la anemia no duela, no molesta pero es muy perjudicial para el cerebro de mi niño	60	52,2	50	43,5	3	2,6	2	1,7	0	0,0
Me da miedo darle a mi niño el jarabe de hierro debido a los efectos secundarios (estreñimiento, náuseas, diarrea) que produce	0	0,0	31	27,0	25	21,7	57	49,6	2	1,7
Que mi niño tenga anemia me es indiferente	1	0,9	4	3,5	2	1,7	56	48,7	52	45,2
Darle menestras a mi niño(a) mejora los niveles de hemoglobina	5	4,3	0	0,0	3	2,6	83	72,2	24	20,9
Es importante evitar las agüitas de hierbas, mates cuando mi niño come frijoles, lentejas, u otras menestras que contienen hierro.	0	0,0	30	26,1	62	53,9	22	19,1	1	0,9
Me da igual preparar hígado, sangrecita, pescado, pollo o darle huevo, lo importante es que coma	1	0,9	16	13,9	4	3,5	89	77,4	5	4,3
Creo que el sueño incrementado es un síntoma de la anemia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	27,8	83	72,2
Es importante que mi niño reciba de 2 a más cucharadas de alimentos ricos en hierro (hígado, bazo, sangrecita, etc.) por día.	0	0,0	0	0,0	1	0,9	80	69,6	34	29,6
Me da alegría saber que la anemia es una enfermedad que se cura	0	0,0	0	0,0	2	1,7	31	27,0	82	71,3
Pienso que mi niño debe consumir los micronutrientes (chispitas) para prevenir la anemia	1	0,9	1	0,9	2	1,7	84	73,0	27	23,5
Me fastidia tener que preparar alimentos ricos en hierro a mi niño(a) al menos 3 veces por semana	2	1,7	41	35,7	2	1,7	41	35,7	2	1,7
Me angustio cuando mi niño no completa su tratamiento de la anemia	0	0,0	15	13,0	1	0,9	97	84,3	2	1,7

Es fastidioso tener que darle el jarabe de hierro a mi niño todos los días.	0	0,0	0	0,0	4	3,5	107	93,0	4	3,5
Me causa desinterés que mi niño reciba una alimentación pobre en hierro.	0	0,0	8	7,0	1	0,9	86	74,8	20	17,4
Me agrada cumplir con el tratamiento de mi niño tal como el médico me ha indicado.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	111	96,5	4	3,5
La anemia infantil produce problemas de aprendizaje a largo plazo.	3	2,6	1	0,9	0	0,0	67	58,3	44	38,3
El hierro se absorbe mejor cuando mi niño consume infusiones como manzanilla, té, café.	8	7,0	1	0,9	27	23,5	56	48,7	23	20,0
Es necesario que mi niño consuma alimentos de origen animal (hígado, sangrecita, pescado) para prevenir la anemia	0	0,0	4	3,5	9	7,8	67	58,3	35	30,4
Por razones particulares dejo de ir al centro de salud para recibir el tratamiento de anemia de mi niño.	2	1,7	17	14,8	30	26,1	66	57,4	0	0,0
Creo que el poco consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo) hace que mi niño tenga anemia	0	0,0	1	0,9	2	1,7	89	77,4	23	20,0
Preparo alimentos ricos en hierro a mi niño a partir de los 9 meses de edad.	0	0,0	3	2,6	38	33,0	74	64,3	0	0,0
Si mi niño tiene valores de hemoglobina menor a 11 debe recibir tratamiento con hierro.	0	0,0	2	1,7	36	31,3	74	64,3	3	2,6

En la tabla 6, observamos que la actitud materna global hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta, se caracteriza por que la mayoría respondieron estar *en desacuerdo*, respecto a: el examen de sangre como buena opción para detectar la anemia (60%), consideran innecesario realizar el descarte de anemia en mi niño (87,8%); darle al niño alimentos ricos en hierro, mínimo tres veces a la semana (79,1%), darle menestras al niño(a) mejora los niveles de hemoglobina (72,2%); les da igual preparar hígado, sangrecita, pescado, pollo o darle huevo, lo importante es que coma (77,4%), es importante que el niño reciba de 2 a más cucharadas de alimentos ricos en hierro (hígado, bazo, sangrecita, etc.) por día (69,6%), piensan que el niño debe consumir micronutrientes (chispitas) para prevenir la anemia (73%), se angustian cuando el niño no completa su tratamiento de la anemia (84,3%), es fastidioso tener que darle el jarabe de hierro a mi niño todos los días (93%), me causa desinterés que el niño reciba una alimentación pobre en hierro (74,8%), les agrada cumplir con el tratamiento del niño tal como el médico les ha indicado (96,5%), creen que el poco consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo) hace que mi niño tenga anemia (77,4%), preparan alimentos ricos en hierro a mi niño a partir de los 9 meses de edad (64,3%), si el niño tiene valores de hemoglobina menor a 11 debe recibir tratamiento con hierro (64,3%).

Figura 1. Categorización de la Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta.



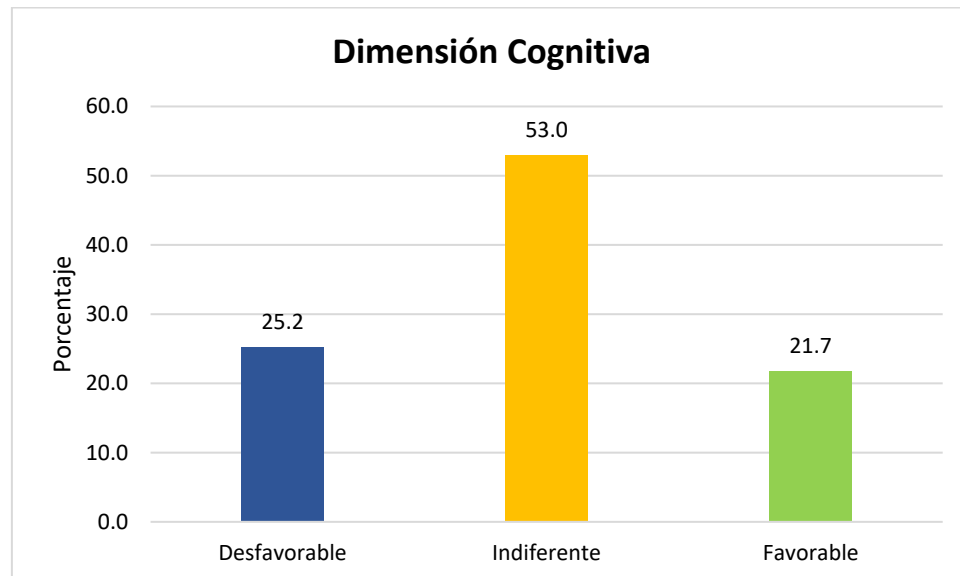
En la figura 1, los resultados muestran que la mayoría de madres (60%), presentó una actitud indiferente hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6-24 meses de edad, mientras que un 20% manifiesta una actitud desfavorable, y el 20,0% de las madres muestra una actitud favorable. Por tanto, esta distribución sugiere que existe una baja motivación o compromiso hacia el tratamiento de la anemia, lo que podría impactar negativamente en la adherencia y eficacia de las intervenciones de salud dirigidas a esta población.

Tabla 7. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión cognitiva

Indicador	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Creo que el jarabe de hierro es innecesario para curar la anemia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	67	58,3	48	41,7
Considero que el examen de sangre es una buena opción para detectar la anemia	0	0,0	1	0,9	0	0,0	69	60,0	45	39,1
Considero innecesario realizar el descarte de anemia en mi niño.	0	0,0	6	5,2	1	0,9	101	87,8	7	6,1
A mi niño le doy alimentos ricos en hierro, mínimo tres veces a la semana.	0	0,0	1	0,9	9	7,8	91	79,1	14	12,2
Es importante darle a mi niño su jarabe de hierro alejad del horario de los alimentos	0	0,0	25	21,7	37	32,2	50	43,5	3	2,6
Sé que la anemia no duele, no molesta, pero es muy perjudicial para el cerebro de mi niño	60	52,2	50	43,5	3	2,6	2	1,7	0	0,0
Me da miedo darle a mi niño el jarabe de hierro debido a los efectos secundarios (estreñimiento, náuseas, diarrea) que produce	0	0,0	31	27,0	25	21,7	57	49,6	2	1,7
Que mi niño tenga anemia me es indiferente	1	0,9	4	3,5	2	1,7	56	48,7	52	45,2
Darle menestras a mi niño(a) mejora los niveles de hemoglobina	5	4,3	0	0,0	3	2,6	83	72,2	24	20,9
Es importante evitar las agüitas de hierbas, mates cuando mi niño come frijoles, lentejas, u otras menestras que contienen hierro.	0	0,0	30	26,1	62	53,9	22	19,1	1	0,9
Me da igual preparar hígado, sangrecita, pescado, pollo o darle huevo, lo importante es que coma	1	0,9	16	13,9	4	3,5	89	77,4	5	4,3
Creo que el sueño incrementado es un síntoma de la anemia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	27,8	83	72,2

En la tabla 7, observamos que la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad en la dimensión cognitiva, se caracteriza por que la mayoría señalan estar en *desacuerdo*, respecto a: que el jarabe de hierro es innecesario para curar la anemia (58,3%), que el examen de sangre es una buena opción para detectar la anemia (60%), es innecesario realizar el descarte de anemia en mi niño (87,8), refieren que al niño le dan alimentos ricos en hierro, mínimo tres veces a la semana (79,1%), es importante darle al niño jarabe de hierro alejado del horario de los alimentos (43,5%), tienen miedo darle al niño el jarabe de hierro debido a que produce estreñimiento, náuseas y diarrea (49,6%), le es indiferente que el niño tenga anemia (48,7%), que darle menestras al niño(a) mejora los niveles de hemoglobina (72,2%), les da igual preparar hígado, sangrecita, pescado, pollo o darle huevo, lo importante es que coma (77,4%); y están *totalmente en desacuerdo* que el sueño incrementado es un síntoma de la anemia (72,2%).

Figura 2. Categorización de la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión cognitiva



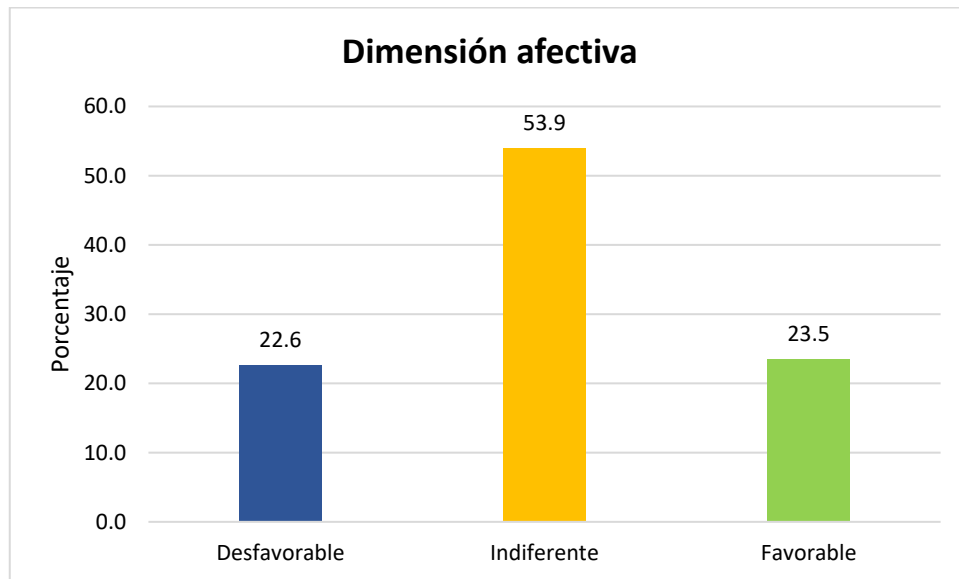
En la figura 2, los resultados muestran que la mayoría de las madres (53%) adoptan una postura indiferente hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6-24 meses de edad en la dimensión cognitiva, mientras que un 25,2% manifiestan una actitud desfavorable y solo el 21,7% presentan una actitud favorable. Esta distribución indica una baja comprensión o aceptación cognitiva del tratamiento de la anemia, lo que podría limitar la efectividad de las intervenciones. La prevalencia de actitudes indiferentes y desfavorables resalta la necesidad de mejorar la educación y sensibilización para fortalecer el conocimiento y la valoración del tratamiento en esta población.

Tabla 8. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión afectiva.

INDICADOR	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Es importante que mi niño reciba de 2 a más cucharadas de alimentos ricos en hierro (hígado, bazo, sangrecita, etc.) por día.	0	0,0	0	0,0	1	0,9	80	69,6	34	29,6
Me da alegría saber que la anemia es una enfermedad que se cura	0	0,0	0	0,0	2	1,7	31	27,0	82	71,3
Pienso que mi niño debe consumir los micronutrientes (chispitas) para prevenir la anemia	1	0,9	1	0,9	2	1,7	84	73,0	27	23,5
Me fastidia tener que preparar alimentos ricos en hierro a mi niño(a) al menos 3 veces por semana	2	1,7	41	35,7	2	1,7	41	35,7	2	1,7
Me angustio cuando mi niño no completa su tratamiento de la anemia	0	0,0	15	13,0	1	0,9	97	84,3	2	1,7
Es fastidioso tener que darle el jarabe de hierro a mi niño todos los días.	0	0,0	0	0,0	4	3,5	107	93,0	4	3,5
Me causa desinterés que mi niño reciba una alimentación pobre en hierro.	0	0,0	8	7,0	1	0,9	86	74,8	20	17,4
Me agrada cumplir con el tratamiento de mi niño tal como el médico me ha indicado.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	111	96,5	4	3,5

En la tabla 8, observamos que la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad en la dimensión afectiva, se caracteriza por que la mayoría señalan estar **en desacuerdo**, respecto a: la importancia que el niño reciba de 2 a más cucharadas de alimentos ricos en hierro (hígado, bazo, sangrecita, etc.) por día (69,6%); piensan que los niños deben consumir los micronutrientes (chispitas) para prevenir la anemia (73,0%); se angustian cuando el niño no completa su tratamiento de la anemia (84,3%); es fastidioso tener que darle el jarabe de hierro a mi niño todos los días(93,0%); les causa desinterés que el niño reciba una alimentación pobre en hierro (74,8%); les agrada cumplir con el tratamiento del niño tal como el médico me ha indicado (96,5%).

Figura 3. Categorización de la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión afectiva.



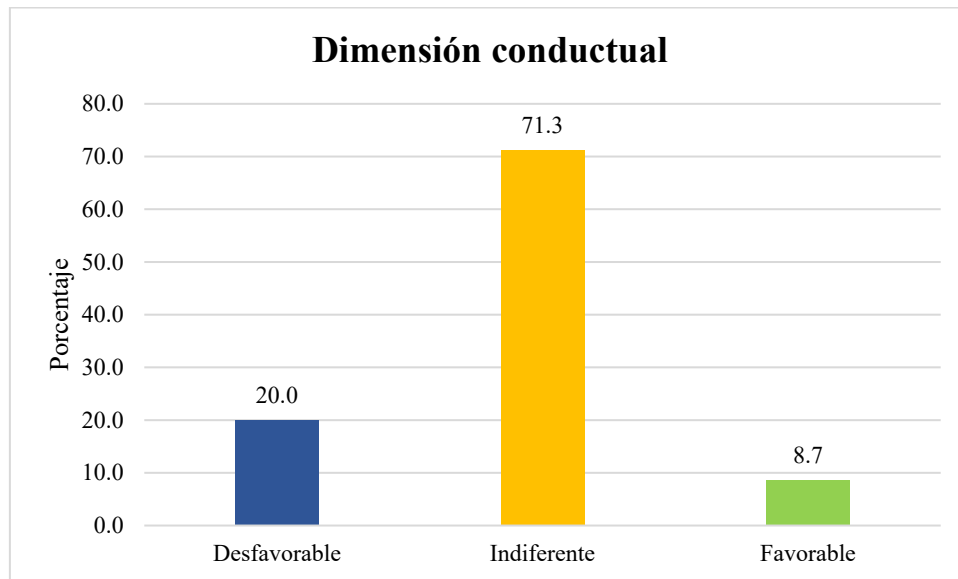
En la figura 3, los resultados muestran que la mayoría de madres (53,9%), tienen una actitud indiferente hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6-24 meses de edad en la dimensión afectiva, mientras que un 22,6% presentó una actitud desfavorable. Solo un 23,5% manifestó una actitud favorable. Estos resultados reflejan una tendencia similar a la dimensión cognitiva, con predominio de la indiferencia, lo que sugiere una baja implicación emocional hacia el tratamiento de la anemia. Esta situación podría afectar negativamente la adherencia y eficacia del tratamiento, evidenciando la necesidad de intervenciones que fortalezcan la dimensión afectiva en las madres.

Tabla 9. Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión conductual.

INDICADOR	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La anemia infantil produce problemas de aprendizaje a largo plazo.	3	2,6	1	0,9	0	0,0	67	58,3	44	38,3
El hierro se absorbe mejor cuando mi niño consume infusiones como manzanilla, té, café.	8	7,0	1	0,9	27	23,5	56	48,7	23	20,0
Es necesario que mi niño consuma alimentos de origen animal (hígado, sangrecita, pescado) para prevenir la anemia	0	0,0	4	3,5	9	7,8	67	58,3	35	30,4
Por razones particulares dejo de ir al centro de salud para recibir el tratamiento de anemia de mi niño.	2	1,7	17	14,8	30	26,1	66	57,4	0	0,0
Creo que el poco consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo) hace que mi niño tenga anemia	0	0,0	1	0,9	2	1,7	89	77,4	23	20,0
Preparo alimentos ricos en hierro a mi niño a partir de los 9 meses de edad.	0	0,0	3	2,6	38	33,0	74	64,3	0	0,0
Si mi niño tiene valores de hemoglobina menor a 11 debe recibir tratamiento con hierro.	0	0,0	2	1,7	36	31,3	74	64,3	3	2,6

En la tabla 9, observamos que la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad en la dimensión conductual, se caracteriza por que la mayoría señalan estar en desacuerdo, respecto a: que la anemia infantil produce problemas de aprendizaje a largo plazo (58,3%); que el hierro se absorbe mejor cuando el niño consume infusiones como manzanilla, té, café (48,7%); resulta necesario que mi niño consuma alimentos de origen animal (hígado, sangrecita, pescado) para prevenir la anemia (58,3%); señalan que por razones particulares dejaron de ir al centro de salud para recibir el tratamiento de anemia de mi niño (57,4%), creen que el poco consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo) hace que el niño tenga anemia (57,4%), precisan que preparan alimentos ricos en hierro al niño a partir de los 9 meses de edad (64,3%), indican que si el niño tiene valores de hemoglobina menor a 11 debe recibir tratamiento con hierro (64,3%).

Figura 4. Categorización de la actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta en la dimensión conductual.



En figura 4, los resultados muestran que la mayoría de madres (71,3%), presentó una actitud indiferente hacia el tratamiento de la anemia en niños de 6-24 meses de edad en la dimensión conductual, mientras que un 20,0% mostró una actitud desfavorable y solo un 8,7% manifestó una actitud favorable. Estos datos indican que la mayoría de las madres no demuestra una conducta activa ni positiva frente al tratamiento, lo que podría afectar negativamente la adherencia y efectividad del mismo. Este hallazgo resalta la necesidad de estrategias para fomentar conductas más favorables en la población materna.

FOTOGRAFIAS QUE ACREDITAN EL RECOJO DE DATOS





Anexo 7

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

“Norte de la universidad peruana”

Av. Atahualpa N° 1050

Repositorio digital institucional

Formulario de autorización

1. Datos del autor:

Nombres y apellidos: Karla Eliana Lozano Mego

DNI N°: 76157706

Correo electrónico: klozanom17_1@unc.edu.pe

Teléfono: 961293278

2. Grado, título o especialidad

☐

Bachiller

☒

Título

☐

Magister

☐

Doctor

3. Tipo de investigación

☒

Tesis

☐

Trabajo académico

☐

Trabajo de investigación

☐

Trabajo de suficiencia profesional

Título: Actitud materna hacia el tratamiento de anemia en niños de 6-24 meses de edad del Centro de Salud Fila Alta- Jaén, 2024.

Asesor: Dr. Emiliano Vera Lara

DNI N°: 27740444

Código ORCID: 0000-0002-2589-4368

Año: 2024

Escuela Académico/ Unidad: Escuela Académico Profesional de Enfermería Filial Jaén

4. Licencias

a) Licencia Estándar

¹Tipos de investigación

Tesis: Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición al público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido o por conocer, a través de los diversos servicios previstos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultando a conceder la presente licencia y, así mismo garantizo que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre de los autores del trabajo de investigación, y no hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

a) Autorizo el depósito (marque con un X)

☒ Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

☐ Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha.

☐ No autorizo.

b) Licencias Creative Commons²

☒ Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

☐ No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.


Firma

08/enero/2026

²Licencia creative commons: Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las licencias creative commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

SECCION JAEN

"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1,962
Bolívar N° 1368 Plaza de Armas - Telf. 431907
JAÉN - PERÚ

"Año de la recuperación y la consolidación de la economía peruana"

MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA

En Jaén, siendo las 10 a.m. del 3 de noviembre del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente Auditorio de la Escuela Académico Profesional de Enfermería – Sede Jaén, de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

ACTITUD MATERNA HACIA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 - 24 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD FILA ALTA - JAÉN, 2024

Presentado por la Bachiller: **KARLA ELIANA LOZANO MEGO**

Siendo las 11:45 a.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: muy bueno, con el calificativo de: apto, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra apto para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Francisca Edita Díaz Villanueva	
Secretario(a):	Doris Elizabeth Brinjas Abanto	
Vocal:	Wilmer Vicente Abad	
Accesitaria:		
Asesor (a):	Emiliano Pera Lara	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:
EXCELENTE (19-20)
REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
DESAPROBADO (10 a menos)