

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“VARIABLES PREDICTORAS DEL DEFICIT DE AUTOCAIDADO
ASOCIADO A CONDICIONES SOCIALES, CULTURALES Y DE
SALUD EN GESTANTES CON Y SIN ANEMIA EN LA RED DE
SALUD PUNO-2018”.**

Tesis para optar el Grado Académico de
Doctora en Salud Pública

AUTORA:

Mg. Alvarez Urbina, Nancy Silvia

ASESOR:

Dr. Lozano Zanelly, Glenn Alberto

JURADOS:

Dr. Medina Soriano, Carlos German

Dra. Bello Vidal, Catalina Olimpia

Dra. Chumbile Andia, Sheyla Karen

LIMA – PERÚ

2019

Dedicatoria

A mis hijos Verónica, Mijjael, y Fernando, por su comprensión permanente, sus palabras motivadoras, hacen que todo tenga sentido.

A mis padres, quienes siempre estuvieron apoyándome, por sus enseñanzas y buenos consejos.

Dios me los bendiga.

Agradecimiento

Mi agradecimiento profundo, a todas las personas que participaron, dieron facilidades para llevar a cabo este estudio, a todos, quienes de alguna manera contribuyeron en el desarrollo y culminación de mi Tesis.

A mi asesor Dr. Glenn Lozano Zanelly, por guiarme, motivarme, confiar en mí, contribuir con sus valiosos aportes y asesorarme constantemente.

Al Dr. Reynaldo Paredes Quispe, por su apoyo valioso con el trabajo estadístico. A todos ellos muchísimas gracias.

Nancy Silvia.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Caratula	
Índice.....	iv
Resumen.....	1
Abstract.....	2
I. Introducción.....	4
1.1. Planteamiento del Problema.....	7
1.2. Descripción del Problema	10
1.3. Formulación del Problema	11
1.4. Antecedentes	12
1.5. Justificación de la investigación	18
1.6. Limitaciones de la investigación.....	22
1.7. Objetivos	23
1.8. Hipótesis.....	23
II. Marco teórico.....	25
2.1. Marco conceptual.....	25
2.2. Marco Filosófico	36
III. Método.....	40
3.1. Tipo de Investigación.....	40
3.2. Población y muestra	41
3.3. Operacionalización de variables	44
3.4. Instrumentos.....	46
3.5. Procedimientos.....	48
3.6. Análisis de datos.	49
3.7. Consideraciones éticas	52
IV. Resultados.....	53
4.1. Contrastación de la hipótesis.....	53
V. Discusión de resultados	89
VI. Conclusiones.....	100
VII. Recomendaciones	101
VIII. Referencias	102
IX. Anexos	109

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Prueba Chi cuadrado para relación entre condiciones social, cultural y de salud con el déficit de autocuidado.....	38
Tabla 2	Edad de la gestante por déficit de autocuidado del control pre natal....	39
Tabla 3	Estado civil de la gestante por déficit de autocuidado en higiene.....	40
Tabla 4	Nivel de estudios por déficit de autocuidado en alimentación.....	41
Tabla 5	Nivel de estudios por déficit de autocuidado en higiene.....	42
Tabla 6	Nivel de estudios por actitud frente al efecto adverso.....	43
Tabla 7	Lugar de residencia por déficit de autocuidado en alimentación.....	44
Tabla 8	Lugar de residencia por déficit de autocuidado en higiene.....	45
Tabla 9	Lugar de residencia por actitud frente al efecto adverso.....	46
Tabla 10	Lengua materna por déficit de autocuidado en higiene.....	47
Tabla 11	Presencia de anemia por déficit de autocuidado en alimentación.....	48
Tabla 12	Presencia de anemia por déficit de autocuidado en higiene.....	49
Tabla 13	Presencia de anemia por tipo de adherencia.....	50
Tabla 14	Presencia de anemia por actitud frente al efecto adverso.....	51
Tabla 15	Presencia de anemia por déficit de autocuidado del control pre natal...	52
Tabla 16	Presenta efecto adverso al sulfato ferroso por tipo de adherencia.....	53
Tabla 17	Presenta efecto adverso al sulfato ferroso por actitud frente al efecto adverso.....	54
Tabla 18	Visita domiciliaria para su seguimiento por tipo de adherencia.....	55
Tabla 19	Información sobre prevención de anemia por déficit de autocuidado en alimentación.....	56
Tabla 20	Información sobre prevención de anemia por déficit de autocuidado en higiene.....	57
Tabla 21	Información sobre prevención de anemia por tipo de adherencia.....	58
Tabla 22	Información sobre prevención de anemia por déficit de autocuidado del control pre natal.....	59
Tabla 23	Información sobre prevención de anemia por déficit de autocuidado de actividad física y reposo.....	60
Tabla 24	Información sobre el suplemento ferroso por déficit de autocuidado en alimentación.....	61
Tabla 25	Información sobre el suplemento ferroso por déficit de autocuidado	

	en higiene.....	62
Tabla 26	Información sobre el suplemento ferroso por tipo de adherencia.....	63
Tabla 27	Información sobre el suplemento ferroso por déficit de autocuidado del control pre natal.....	64
Tabla 28	Información sobre el suplemento ferroso por déficit de autocuidado de actividad física y reposo.....	65
Tabla 29	Creencias y costumbres.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Características del factor social de las gestantes con y sin anemia en gestantes de la RED de Salud Puno.	67
Figura 2	Características según factor salud de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.....	69
Figura 3	Características según factor cultural de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.....	71
Figura 4	Déficit de autocuidado según componentes de autocuidado de la anemia de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.....	72
Figura 5	Factores asociados con el autocuidado de las gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.....	73
Figura 6	Factores asociados al déficit de autocuidado de adherencia al suplemento ferroso de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.....	75
Figura 7	Factores asociados al déficit de autocuidado del modo de adherencia de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.....	77
Figura 8	Factores asociados a la actitud de abandono del sulfato ferroso frente a efectos adversos de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.....	78
Figura 9	Factores asociados al déficit de autocuidado del control pre natal de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.....	80

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Matriz de consistencia	108
Anexo 2	Instrumento de Recolección de datos	109
Anexo 3	Consentimiento informado	113
Anexo 4	Validación por juicio de expertos	114
Anexo 5	Resultados de la validez y confiabilidad del instrumento	115
Anexo 6	Definición de términos	117

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación del déficit de autocuidado de los componentes preventivos terapéuticos para la anemia ferropénica, y los factores sociales cultural y de salud en gestantes con y sin anemia que asisten a los establecimientos de la RED de Salud Puno, Perú.

Metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional que permitió identificar el déficit de autocuidado relacionado a condiciones sociales, culturales y de salud, en una muestra de 240 gestantes que asistieron al control prenatal de los establecimientos de salud de las 7 Micro Redes, mediante un cuestionario de componentes preventivo terapéutico de autocuidado, elaborado posterior al estudio piloto, teniendo en cuenta los requisitos universales de D. Orem y las normas técnicas del MINSA. Se utilizó programa SPSS 23, y la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: se encontró que el 71.3 % de las gestantes tuvo déficit de autocuidado en el modo de consumo del suplemento ferroso, relacionado con el 50% de participantes que ninguna visita domiciliaria recibieron seguido de creencias y costumbres desfavorables.

Conclusiones: existe relación entre el déficit de autocuidado con factores condicionantes individuales y sanitarios; como son las creencias y costumbres desfavorables, la presencia de efectos adversos, visita domiciliaria e insuficiente información.

Palabras clave: Autocuidado, déficit de autocuidado, anemia ferropénica, factores sociales, culturales salud.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship of the self-care deficit of the therapeutic preventive components for iron deficiency anemia, and the cultural and health social factors in pregnant women with and without anemia attending the establishments of the Health Network Puno, Peru.

Methodology: quantitative approach, descriptive correlational design that allowed identifying the self-care deficit related to social, cultural and health conditions, in a sample of 240 pregnant women who attended the prenatal control of the health establishments of the 7 Micro Networks, through a questionnaire of therapeutic preventive components of self-care, prepared after the pilot study, taking into account the universal requirements of D. Orem and the technical standards of MINSA. SPSS 23 program was used, and the Chi square test.

Results: it was found that 71.3% of pregnant women had self-care deficit in the mode of consumption of the ferrous supplement, related to 50% of participants that no home visits received followed by unfavorable beliefs and customs.

Conclusions: if there is a relationship between the self-care deficit with individual and health conditioning factors; such as unfavorable beliefs and customs, the presence of adverse effects, home visits and insufficient information.

Keywords: Self-care, self-care deficit, iron deficiency anemia, social factors, cultural health.

RESUMO

Objetivo: Determinar a relação do déficit de autocuidado dos componentes terapêuticos preventivos da anemia ferropriva e os fatores sociais culturais e de saúde em gestantes com e sem anemia atendidas nos estabelecimentos da Rede de Saúde Puno, Peru.

Metodologia: abordagem quantitativa, delineamento correlacional descritivo que permitiu identificar o déficit de autocuidado relacionado às condições sociais, culturais e de saúde, em uma amostra de 240 gestantes que compareceram ao controle pré-natal dos estabelecimentos de saúde das 7 Micro Networks, através de um questionário dos componentes terapêuticos preventivos do autocuidado, elaborados após o estudo piloto, levando em consideração os requisitos universais de D. Orem e os padrões técnicos do MINSA. Utilizou-se o programa SPSS 23 e o teste Qui-quadrado.

Resultados: verificou-se que 71,3% das gestantes apresentaram déficit de autocuidado no modo de consumo do suplemento ferroso, relacionado aos 50% de participantes que nenhuma visita domiciliar recebeu seguida por crenças e costumes desfavoráveis.

Conclusões: se existe relação entre o déficit de autocuidado com fatores individuais e condicionantes de saúde; tais como crenças e costumes desfavoráveis, presença de efeitos adversos, visitas domiciliares e informações insuficientes.

Esta tese teve como objetivo determinar o déficit de autocuidado relacionado a fatores socioculturais e de em gestantes com e sem anemia da Rede de Saúde Puno. Método: é do tipo correlacional aplicativo, descritivo e transversal. Trabalhamos com uma amostra de

Palavras-chave: Autocuidado, déficit de autocuidado, anemia por deficiência de ferro, fatores sociais, saúde cultural.

I. Introducción

La anemia ferropénica es un problema de salud pública, es prevenible, con mayor frecuencia se encuentra en zonas rurales del sur, entre los primeros lugares está Puno (42.8%) con una adherencia al sulfato ferroso menor al 50%. La prevención se encuentra dentro del hogar con la familia, así como depende en gran parte del cuidado de uno mismo y de factores que lo condicionan llevando al cuidado y/o déficit de autocuidado; por ejemplo, hay mujeres que reconocen la importancia del autocuidado, pero manifiestan: por la recarga de sus responsabilidades en el hogar se olvidan o no cumplen con el tratamiento. Los estudios encontraron alto nivel de desinformación, escasa información e inoportuna prevaleciendo prejuicios, mitos, creencias que llevan a una baja adherencia, discontinuo e incumplimiento del tratamiento, o sea el consumo del suplemento.

La anemia es una enfermedad cuya hemoglobina en sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a la deficiencia de hierro en el organismo de la gestante. (Barzola, C. M. A., Gonzales, E. O. V., 2018). Los estudios revelan que se debe a hábitos alimenticios con insuficiente aporte de hierro, la insuficiente información, son factores que pueden estar llevando a la persona a un déficit de autocuidado de tal manera que las estrategias, los planes de cuidado terapéutico y de profilaxis sean en base a los resultados del estudio.

Según Orem, el autocuidado son acciones que las personas maduras o en proceso de maduración llevan a cabo a través de la satisfacción de requisitos para la regulación de las funciones. Estudios asumen que el autocuidado es una responsabilidad que tiene la persona para fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Así mismo los seres humanos buscamos una vida sexual y reproductiva de manera saludable, donde confluye el ámbito social, cultural, fisiológico y psicológico. Todo lo que implica las creencias personales, comportamientos típicos, y constructos sociales en torno al embarazo, parto y

puerperio. Así mismo se comentan ciertas prácticas, que invitan a analizar el cuidado desde una perspectiva cultural, social y de los servicios del sistema de salud.

Según Leininger, se debe buscar comprender los comportamientos de las personas en torno al cuidado las creencias y prácticas que guían su modo de actuar frente al cuidado de la salud.

Los estudios realizados son referidos a la adherencia, existiendo un gran vacío de estudios de investigación de las variables autocuidado y las condiciones que lo relaciona porque depende de ello el éxito del tratamiento y por qué las condiciones cultural social, los servicios que otorga salud como las recomendaciones e informaciones brindados por el MINSA referidos a la alimentación, horarios de toma, CPN, modo de consumo, llevan al fortalecimiento del conocimientos, habilidades, y motivaciones del autocuidado que ayudaran a un efectivo tratamiento; para lo cual nos planteamos la pregunta: ¿Cómo es el autocuidado según factores sociales, culturales, y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno? Con el objetivo de: Determinar el déficit de autocuidado condicionado por factores social cultural y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

El contenido de esta tesis, se ha estructurado de acuerdo al Esquema recomendable por la EUPG Escuela Universitaria de Posgrado de la Universidad Nacional Federico Villareal, con los siguientes capítulos:

El Capítulo I, se inicia con la introducción, se realiza el planteamiento del problema, se describen los antecedentes nacionales e internacionales y fundamentos, se formula los problemas y objetivos, justificación, limitaciones y finalmente se formula la hipótesis.

En el Capítulo II, se definen los conceptos del marco teórico: filosófico, histórico, conceptual y legal; así como las teorías generales y especializadas.

En el Capítulo III, se trata del método empleado en el desarrollo de esta Tesis, se explica el tipo y diseño de investigación, se clasifican variables; además se define la población y muestra del estudio. En la técnica e instrumento de recolección de datos, se indica el procedimiento a seguir para la recopilación de los datos y en el procesamiento para el análisis de los datos, finalmente se incluye algunas consideraciones éticas.

El Capítulo IV, se describe los resultados del estudio, haciendo un análisis descriptivo y se contrastan las pruebas de hipótesis.

El Capítulo V, se presenta la discusión de los resultados obtenidos de la investigación realizada así como el análisis de los mismos.

El Capítulo VI, se realiza las conclusiones finales de la investigación

El Capítulo VII, se realiza las recomendaciones respectivas según lo obtenido.

Para finalizar se presentan en el capítulo VIII y IX referido a las referencias bibliográficas y sus anexos respectivos.

1.1. Planteamiento del Problema

La prevención de las enfermedades, depende en gran parte del cuidado de uno mismo y de factores que lo condicionan llevando al cuidado y/o déficit de autocuidado; sin embargo, los hábitos de alimentación, el insuficiente conocimiento sobre medidas de prevención, y de tratamiento, como por ejemplo hay mujeres que reconocen la importancia del autocuidado, pero manifiestan: por la recarga de sus responsabilidades en el hogar se olvidan o no cumplen con el tratamiento. El bienestar de las personas se inicia con el cuidado de uno mismo a través de la satisfacción de las necesidades básicas, las mismas que en muchos casos están supeditadas a factores biológicos, social, cultural y que repercuten en el mantenimiento de la salud. Los hábitos, las costumbres o la falta de información de las mujeres gestantes en esta etapa no cubren las expectativas para el autocuidado para prevenir problemas de salud y consecuencias graves en la salud de la gestante y de su niño por nacer. El modo de vida, la idiosincrasia, el contexto familiar comunitario tiene que ir en el cumplimiento y el éxito del manejo preventivo promocional, así como la atención del sistema de servicio de salud que en muchos casos condicionan el éxito y el logro de solución de problemas. No existen estudios que evidencien el déficit de autocuidado para prevenir y/o tratar oportunamente la anemia ferropénica; porque si bien es cierto que el MINSA a través de sus diversos programas, entrega los suplementos ferrosos, informa, educa, brinda consejerías y visita domiciliaria de supervisión y seguimiento para el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, es necesario conocer bajo qué circunstancias se cumple el tratamiento; porque aun continuamos con los altos porcentajes de anemia ferropénica en el país y sobre todo en la zona sur del país como es Puno.

La OMS/OPS se estima que aproximadamente la mitad de anemias en la población se debe a la deficiencia de hierro. La anemia es una enfermedad cuya hemoglobina en sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a la deficiencia de hierro en el organismo de la gestante. Barzola, C. M. A., Gonzales, E. O. V., (2018); en el estudio de análisis espacial de anemia gestacional en el Perú, 2015, concentra sus mayores prevalencias en las áreas rural y en la zona sur de la sierra. Como en Huancavelica (45.5%) Puno (42.8%) seguido de Pasco, Cusco y Apurímac.(Hernández-Vásquez, Azañedo, Antiporta, & Cortés, (2017). En Puno con una adherencia al sulfato ferroso menor al 50%. Los cambios fisiológicos en las gestantes hacen vulnerables a presentar daños como la anemia y que afecta en esta etapa reproductiva dado a que las necesidades de hierro son aumentadas comparado a una mujer que no está gestando. Sin embargo los hábitos, las costumbres o la falta de información de las mujeres gestantes en esta etapa no cubren las expectativas para el autocuidado para prevenir problemas de salud y consecuencias graves en la salud de la gestante y de su niño por nacer. Estudios Encontraron en México, alto nivel de desinformación sobre la prueba y la enfermedad, el personal de salud no habla el idioma nativo produciendo desconfianza, así como los prejuicios, y mitos que imperan sobre la enfermedad, dificultando a su vez la asistencia y el seguimiento. Saldaña-Téllez & Montero y López Lena, (2017).

El MINSA, combatiendo la anemia cuenta con guías y normas técnicas para el manejo preventivo y de tratamiento de la anemia dirigido a niños, adolescentes gestantes entre los que se considera la provisión del suplemento ferroso durante el control prenatal, previa, consejería e información, así como la educación nutricional que capaciten y fortalezcan la capacidad de autocuidado de las madres, sin embargo el modo de vida, la idiosincrasia, el contexto familiar comunitario tiene que ir en el cumplimiento y el éxito del manejo preventivo promocional así como la atención del sistema de servicio de salud

que en muchos casos condicionan el éxito y el logro de solución de problemas. Conductualmente los estudios revelan que se debe a hábitos alimenticios, con insuficiente aporte de hierro, la insuficiente información, influencias culturales de la familia, son factores que pueden estar llevando a la persona a un déficit de autocuidado.

Se observan que existen trabajos de investigación respecto a adherencia al sulfato ferroso sin embargo hay un vacío grande en lo que se refiere a la capacidad de autocuidado en la satisfacción de necesidades como la alimentación, higiene y como se da la adherencia al sulfato ferroso. He ahí la imperiosa necesidad de conocer otros factores como el aspecto social cultural relacionado al autocuidado de la gestante y de la manera cómo responden al tratamiento y a las medidas preventivas de la anemia.

No existen estudios que evidencien el déficit de autocuidado para prevenir y/o tratar oportunamente la anemia ferropénica; porque si bien es cierto que el MINSA a través de sus diversos programas, entrega los suplementos ferrosos, informa, educa, brinda consejerías y visita domiciliaria de supervisión y seguimiento para el cumplimiento del tratamiento. Es necesario también conocer bajo qué circunstancias se cumple el tratamiento; porque aun continuamos con los altos porcentajes de anemia ferropénica en el país y sobre todo en la zona sur del país como es Puno.

De tal manera que los resultados del estudio sirvan para trazar nuevas estrategias y planes de intervención en el cuidado terapéutico y de profilaxis, que redunde en la disminución de la anemia en esta región y favorezca el bienestar del binomio madre niño.

1.2. Descripción del Problema

La anemia ferropénica afecta al 25% de la población mundial, y el 41.8% de las gestantes en Latino América, como en el Perú y con mayor frecuencia en zonas rurales y en el Sur del país, tal es así, 42.8 % de gestantes con anemia ferropénica en Puno. Se estima que aproximadamente la mitad de la anemia en la población se debe a la deficiencia de hierro.

Existen indicadores de salud negativos que aún persisten y no disminuyen como la anemia en gestantes, la muerte materna perinatal. Se estima que aproximadamente la mitad de la anemia en la población se debe a la deficiencia de hierro. Aunque la deficiencia de hierro es la causa más común, otras deficiencias de vitaminas y minerales, inflamación crónica, infecciones parasitarias, y trastornos hereditarios pueden causar anemia. Tanto la anemia y deficiencia de hierro tienen consecuencias graves para la salud de las personas e implicancias económicas sociales. (OPS OMS 2016).

Entre otros, también se atribuye factores individuales, sociales y familiares, de salud, como los estereotipos de la gestante, provenientes de sus raíces maternas aprendidos y transmitidos de generación en generación, determinan la salud y el bienestar.

Un sistema de atención de salud, con normatividad, protocolos fríos, muchas veces se observa un lenguaje técnico que impide la comunicación acertada, desconoce la cultura, su forma de vida, sus creencias y costumbres que lleva a la desconfianza lo cual dificulta la asistencia y el seguimiento a la gestante con participación de la familia.

Según estudios existe alto nivel de desinformación, el personal de salud no habla el idioma, Sildaña, Telles, Montero y Lopez (2017).

En la RED de salud Puno, se observan que existen trabajos de investigación respecto a adherencia al sulfato ferroso; sin embargo hay un vacío grande en lo que se refiere a la capacidad de autocuidado en la satisfacción de necesidades como la alimentación, higiene y por qué la des adherencia al sulfato ferroso. No se especifica en forma minuciosa los factores sociales, culturales y de salud. He ahí la imperiosa necesidad urgente de conocer otros factores como el aspecto social cultural relacionado al autocuidado de la gestante y de la manera cómo responden al tratamiento y a las medidas preventivas de la anemia, incluyendo la alimentación, higiene, consumo de suplemento ferroso, efectos adversos, control prenatal, actividad física y reposo en gestantes.

La importancia de este estudio radica en contribuir a mejorar los indicadores de salud de la mujer y su niño, con intervenciones que permitan resolver problemas de salud para fortalecer el autocuidado a través de la calidad de atención de salud materna con enfoque intercultural.

1.3. Formulación del Problema

-Problema general

¿Cuál es la relación entre el déficit de autocuidado, y los factores sociales, culturales, y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno?

-Problemas específicos.

- Cuál de los componentes de autocuidado de alimentación, higiene, adherencia al suplemento ferroso, modo de consumo del suplemento ferroso, actitud ante efectos adversos, control pre natal, actividad física y reposo; ¿presenta déficit de autocuidado en gestantes con y sin anemia de la RED de salud Puno?

- ¿Cuáles son las condiciones sociales, culturales, y de salud de las gestantes con y sin anemia de la RED de salud Puno?
- ¿Cuál de los componentes preventivo promocionales de la anemia con déficit de autocuidado, se relaciona a condiciones sociales, culturales, y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de salud Puno?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Se estima que aproximadamente la mitad de la anemia en la población se debe a la deficiencia de hierro. Aunque la deficiencia de hierro es la causa la más común, otras deficiencias de vitaminas y minerales, inflamación crónica, infecciones parasitarias, y trastornos hereditarios pueden causar anemia. Tanto la anemia y deficiencia de hierro tienen consecuencias graves para la salud y en términos económicos. (OPS OMS 2016)

En México en los estudios descriptivo el personal de salud identifico obstáculos para la toma de la citología cervical por parte del personal de se encontró alto nivel de desinformación sobre la prueba y la enfermedad, el personal de salud no habla el idioma nativo produciendo desconfianza, así como notables prejuicios, y mitos que imperan en relación a la enfermedad lo que dificulta la asistencia y el seguimiento.(Saldaña-Téllez & Montero y López Lena, 2017)

Estudio con el objetivo de explorar demandas relacionadas con la educación maternal con el método cualitativo con grupos focales estratificado por situaciones socioeconómicas y etapa de embarazo de 30 mujeres en área de salud en Biskaya – Osakidetza., quienes obtienen información de las matronas, profesionales de salud, amigos, libros, internet, y sus propias madres; de los cuales prefieren la información que brindan los profesionales de salud, aunque no cubren las expectativas por ser

escasa, en ocasiones contradictoria, a veces desactualizada, o por que ofrecen a destiempo, y sin empatía. Demandan de una educación dinámica, mayor participación, e interacción, entre asistentes que empodere a las mujeres para la gestión de su propia salud y la de su familia. (Paz, P. C. Artieta, P.I., Gonzalo, G. Espinoza, C.M., Gaminde I.I. Payo, 2016)

En el estudio cuyo objetivo es describir analizar la interacción entre el cuidado doméstico y el cuidado hospitalario en mujeres gestantes en condiciones adversas. Estudio cualitativo con entrevista, observación participativa a 20 mujeres en Cartagena Colombia. Observaron que existen alimentos que incluyen o son excluidos de sus dietas por recomendaciones de sus familiares. Entre los alimentos aceptados están las vísceras, hígado, la pajarilla y los granos frutas, remolacha, ajonjolí, agraz, todos ellos son considerados como útiles para combatir la anemia. Entre los alimentos no permitidos son el huevo, gaseosas, banano, plátanos, toronjil, canela, nada caliente, considera que es como un veneno, y que se puede perder al bebe. (Giraldo, V. Catalina, M., Rondon, 2016).

En el estudio con enfoque cualitativo con 32 mujeres, cuatro grupos focales con la finalidad de analizar las percepciones, aplicaciones y barreras de práctica de autocuidado; se encontró que reconocen la importancia del autocuidado sin embargo no encuentran tiempo para ellas mismas, los recursos financieros casi en su totalidad son para sus hijos y compra de bienes materiales, (Rhoades K. Talliard 2016).

En el estudio sobre hábitos alimentarios en Ecuador destacando la identidad cultural se encontró que la alimentación se encuentra ligado al componente cultural, a las costumbres autóctonas y según conocimientos de sus ancestros. (Sarmiento Ismael 2015)

Se realizó un trabajo de investigación con el objetivo de conocer la influencia del ejercicio físico aeróbico moderado en el segundo y tercer trimestre en el nivel de hemoglobina y de hierro materno, estudio experimental con casos y controles en 142 gestantes; cuyos resultados fueron que no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos; concluye que los ejercicios parece no alterar los niveles de hierro y hemoglobina materna. (Barakat-Carballo & Stirling, 2010)

En el estudio de Brasil para evaluar los niveles de hemoglobina entre gestantes sometidas al uso del suplemento ferroso e orientaciones alimentaria. Fueron evaluadas 197 gestantes acompañadas durante su pre natal las cuales recibieron 60 mg, de hierro elemental por día además recibieron orientaciones alimentarias y dosis de hemoglobina. se analizó un análisis multivariado por medio de regresión logística. Los resultados indican, que las gestantes con escolaridad inferior a 8 años de estudio presentan más riesgo de desarrollar una anemia en el tercer trimestre. (Vitolo, Boscaini, & Bortolini, 2006)

1.4.2 Antecedentes nacionales

Y en el estudio de Análisis espacial de anemia gestacional en el Perú, 2015, concentra sus mayores prevalencias en las áreas rural y en la zona sur de la sierra. Como en Huancavelica (45.5%) Puno (42.8%) seguido de Pasco, Cusco y Apurímac. (Hernández-Vásquez, Azañedo, Antiporta, & Cortés, 2017)

MINSA, UNICEF. La adherencia promedio a la suplementación de hierro en las gestantes estudiadas es menor al 50%, y disminuye conforme transcurren los meses de gestación, llegando a ser sólo del 30% al sexto mes de seguimiento. Esta baja adherencia no asegura el cumplimiento del objetivo de la suplementación. 2. El riesgo de presentar adherencia baja se relacionó con mayor número de efectos adversos

producto de la suplementación, la pérdida de motivación para continuar con la suplementación, la inadecuada consejería de refuerzo y la falla en la dispensación del hierro en el establecimiento de salud.(Munayco C, Arias L, 2009)

En Huánuco, lugar donde también se puede observar elevado número de gestantes con anemia se encontró que los factores relacionados de la no adherencia del consumo de micronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, se halló una relación significativa con la percepción negativa. De las madres sobre los beneficios que tiene las chispitas en su niño. (Claudio, J., & Cristina, 2016)

En Ancash en un estudio prospectivo longitudinal sobre incidencia de anemia ferropenia y factores asociados. Concluye que las edades, paridad de la gestante con presencia de anemia no tiene relación. El sistema de creencias de la población, genera una gran des adherencia en las recomendaciones acerca del cuidado que debe tener una gestante durante el embarazo, estando entre estas, la buena alimentación y el consumo de los suplementos férricos y de ácido fólico del MINSA. Lo cual nos lleva tener un 15,83% de las gestantes con anemia ferropenia. Las gestantes de Rapayan se dieron suplemento y sesiones de nutrición, tipo de alimentos, alimentos que no deben consumir lo cual llevó a tener un 15.83% de anemia ferropenia de las gestantes. (Vite Gutiérrez, 2011)

Hoy sabemos que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir; en este sentido se han hecho notables esfuerzos en las últimas décadas para comprender cómo interactúan los determinantes sociales y se producen los resultados en salud.(Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014)

En el estudio con el Objetivo: Determinar en qué medida los estilos de afrontamiento, la autoeficacia percibida, la salud mental positiva y las creencias

saludables, en interacción predicen la ocurrencia del autocuidado en 570 adultos jóvenes. Método, análisis descriptivos, transversal de diferencias de medias y correlacionales, análisis multivariado, para predecir la ocurrencia de una variable dependiente (autocuidado en salud), cuyos resultados. Resultado: la salud mental positiva, favorece la presencia de hábitos saludables, predicen los estilos saludables. Conclusión: los vínculos de factores psicológicos protectores se asocian a conductas saludables. (Hernán et al., 2017)

En el estudio con objetivo de conocer la Incidencia de anemia ferropenia y los factores asociados con el Método: estudio analítico prospectivo, longitudinal a 39 gestantes en Ancash. Resultados: de las 39 gestantes participantes 15% presento anemia en los dos primeros trimestres, cuyas edades son entre 19 y 43 años, además que las gestantes con anemia ganaron peso menor de 9 Kilogramos durante toda la gestación. Conclusión: el sistema de creencias está generando desherencia al cuidado de alimentación saludable y consumo de sulfato ferroso y ácido fólico repartido gratuitamente por el ministerio de salud. (MINSa) Vite F. Y. (2011)

No se ha encontrado trabajos de investigación realizados específicamente con resultados para Puno publicados en las revistas consultadas y que nos ayuden a considerar en el presente estudio.

Estudio a nivel nacional con el objetivo Establecer la vigilancia en sitios Centinela de la adherencia al sulfato ferroso en gestantes en establecimientos del <Ministerio de salud (MINSa). Método. Estudio epidemiológico, muestra por cuotas en 1251 gestantes que recibieron sulfato ferroso en 12 regiones del Perú, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Ica, Junín, Libertad, Lima Loreto, Moquegua, Piura, Puno, y Tumbes. Se aplicó distribución de frecuencias con IC. 95% estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de posición, para las variables cuantitativas. Resultados. El 14.9%

de las gestantes manifestó no haber recibido tabletas de sulfato ferroso durante el período de estudio. Un 38 % de las gestantes, presentaron un nivel de adherencia a las tabletas de sulfato ferroso entre bajo y nulo. La adherencia baja fue en gestantes de Moquegua Puno, Ica Piura Loreto. Una cuarta parte presentó molestias como estreñimiento, mal aliento, náuseas, somnolencia. (Miranda Cipriano, Sánchez Abanto, Rojas MAcedo, & Munares Garcia, 2015).(Ministerio de Salud (MINSA), 2015)

En el estudio sobre niveles de hemoglobina en gestantes, con el objetivo de identificar los niveles y prevalencia de hemoglobina se encontró una prevalencia de anemia en la gestante fue de 28.0%, con una anemia leve de 25.1%, moderada 2.6% y grave de 0.2%. Los niveles de hemoglobina aumentan conforme a la edad gestacional y altitud a nivel del mar. Así mismo los departamentos de la sierra mantienen mayor prevalencia de anemia.(Munares-García, Gómez-Guizado, Barboza-Del Carpio, & Sánchez-Abanto, 2012)

Las gestantes con talla baja presentan generalmente mayor proporción de anemia que aquellas sin talla baja, y se relaciona principalmente, con la adolescencia y residir en altitudes de la sierra rural y quintil 1 de pobreza.(Munares-García1* & Gómez-Guizado, 2018)

1.4.3. Antecedentes locales

Según ENDES (2017), continua la prevalencia de cifras elevadas de anemia a nivel nacional, constituyéndose el departamento de Puno en primer. La República, (2018) INEI, las regiones de mayor proporción de anemia que presentan este mal son Puno (75.9 %) Loreto (61.5%) Comercio (2018).

Y en el estudio de Análisis espacial de anemia gestacional en el Perú, 2015, concentra sus mayores prevalencias en las áreas rural y en la zona sur de la sierra.

Como en Huancavelica (45.5%) Puno (42.8%) seguido de Pasco, Cusco y Apurímac. (Hernández-Vásquez et al., 2017)

Estudio con el Objetivo. Evaluar la práctica de cuidado materno infantil en áreas pobres del Perú. Método, estudio transversal con muestreo probabilístico, triatómico y estratificado por departamento seleccionado 540 hogares en áreas rurales de Cajamarca, Amazonas, Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Cuzco, Puno y Ucayali. Resultados. El 69 % refirieron su primer control prenatal en primer trimestre de gestación, y haber cumplido más de 6 controles de prenatal (CPN) 65.3%, recibieron sulfato ferroso (83.6%). (Velasquez Hurtado Jose, Solis Alcedo Lucia, Vigo Valdez Walter, Rosas Aguirre Angel, Giusti Hundskopf Paulina, Alfaro Fernandez Paul, 2014).

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

Existe un vacío en cuanto se refiere al autocuidado de gestantes, y se basa en la teoría de Dorothea E. Orem “*Teoría del Déficit del autocuidado*” (TEDA), cuyos principios filosóficos mantiene una postura realista moderada. Es una teoría general compuesta por 4 teorías que se relacionan: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de sistema enfermeros.

Es importante porque permitirá conocer el cuidado de sí mismas; lo cual nos llevará a plantear nuevas estrategias de solución al problema y planes de intervención efectivo real, que la ayuda sea mediante relaciones interpersonales humanos, e integrales.

El estudio permitirá un análisis teórico multidisciplinario, con fundamento de psicología, Antropología, Social y Salud. La práctica necesita de la teoría.

1.5.2. Justificación práctica

El estudio sirvió para conocer las razones, explorar variables que nos lleven a saber causas que aún no han sido explorada podría ser la razón de la incidencia y prevalencia de la anemia en grupos vulnerables como son las madres y niños y en una zona donde la pobreza persiste, el clima y la altura golpea la salud del poblador.

El resultado permitió recomendar estrategias, que el plan de intervención sea mucho más integral considerando el contexto y las conductas de autocuidado de las mismas gestantes.

1.5.3. Justificación metodológica

Para llevar a cabo la investigación se requiere de instrumentos que ayuden a la recolección de datos acorde a nuestra realidad poblacional. Por lo tanto, el estudio contribuyó con la elaboración, implementación y aplicación del instrumento previamente validados por expertos en el tema, así como también se sometió a un estudio piloto.; los cuales permitieron realizar las mejoras y corrección de errores observados.

1.5.4. Justificación económica social

El presente estudio abordó un problema de salud pública que afecta a zonas donde las condiciones de vida son precarias, las condiciones sociodemográficas no son las adecuadas y porque afecta al grupo poblacional vulnerable como es madre niña.

Tomando en cuenta que, Puno, es el departamento más afectado y considerando la idiosincrasia del poblador es necesario realizar un trabajo de investigación que muestre cuales son las conductas de autocuidado durante el tratamiento con sulfato ferroso como consume; según la realidad del medio y considerando el aspecto cultural de la mujer gestante repercutiendo de esta manera en su salud y la de su hijo por nacer. El

insuficiente conocimiento de las razones de la poca adherencia al sulfato ferroso de gestantes con y sin anemia; el presente estudio de investigación nos permitió conocer el autocuidado que implica conocimientos, habilidades, motivación de la gestante para llevar a cabo una acción.

El hecho de asociar factores sociales, creencias costumbres y analizar la situación de salud como condicionante para el autocuidado, nos permitió proponer estrategias que ayuden a la solución del problema de salud desde una realidad que hasta la fecha es de poco conocimiento.

Teniendo en cuenta que el tratamiento se debe llevar a cabo siguiendo recomendaciones que permitan la asimilación y cuyo tratamiento y las medidas preventivas indicadas se debe llevar a cabo de forma ambulatoria y en el hogar, no se conoce sobre el autocuidado del tratamiento y de la medida profiláctica referido a la alimentación, control pre natal (CPN), la adherencia y el modo de adherencia al suplemento ferroso y los factores determinantes como la cultura como creencias costumbres, información; ya que depende de ello el éxito del tratamiento o de la profilaxis de la anemia en gestantes y evitar las consecuencias graves en el producto de la concepción.

Tomando en cuenta que, Puno, es el departamento más afectado y considerando la idiosincrasia del poblador es necesario realizar un trabajo de investigación que muestre cuales son las conductas de autocuidado durante el tratamiento con sulfato ferroso como consume; según la realidad del medio y considerando el aspecto cultural de la mujer gestante repercutiendo de esta manera en su salud y la de su hijo por nacer.

Es importante y urgente realizar este trabajo de investigación que permitan a las entidades de salud, establecer estrategias de intervención mucho más precisas coherentes a las condiciones y modo de vida de las gestantes. El insuficiente conocimiento de las razones de la poca adherencia al sulfato ferroso de gestantes con y sin anemia; el presente estudio de investigación nos permitirá conocer el autocuidado que implica conocimientos, habilidades, motivación de la gestante para llevar a cabo una acción.

El hecho de asociar factores sociales, creencias costumbres y analizar la situación de salud como condicionante para el autocuidado, no permitirá proponer estrategias que ayuden a la solución del problema de salud desde una realidad que hasta la fecha es de poco conocimiento.

Porque con los resultados del estudio se conocerá las razones de adherencia o no al tratamiento del sulfato ferroso, determinando estrategias de solución. Desde un punto de vista cultural y social que contribuya con la reducción de la anemia y los hábitos alimentarios que son la causa principal del problema.

Para que los resultados que se obtenga, se diseñen estrategias de solución mediante medidas preventivas promocionales, que mejoren el autocuidado porque la salud es responsabilidad de todos e inicia con uno mismo.

El estudio permitirá elaborar, proponer instrumentos de investigación, que nos ayude a recolectar datos de forma objetiva sobre el presente tema y podría servir para próximos estudios que se quiera realizar ahondando el trabajo de investigación.

El estudio permitirá un análisis multidisciplinario, con fundamento de psicología, Antropología, Social y Salud.

Es un problema de salud pública que afecta a zonas donde las condiciones de vida son precarias, las condiciones sociodemográficas no son las adecuadas y porque afecta al grupo poblacional vulnerable como es madre niña.

El estudio servirá para conocer las razones, explorar variables que nos lleven a saber causas que aún no han sido explorada podría ser la razón de la incidencia y prevalencia de la anemia en grupos vulnerables como son las madres y niños y en una zona donde la pobreza persiste, el clima y la altura golpea la salud del poblador.

Los resultados de la investigación contribuirán con el planteamiento de estrategias de intervención acorde a la realidad y basado en evidencias con mayor precisión con estrategias efectivas de prevención y promoción de la salud para la mejora del estado de salud, aminorar en forma paulatina la morbi mortalidad materna perinatal.

1.5.5. Importancia de la investigación

El trabajo de investigación tiene su importancia en el aporte del conocimiento sobre práctica de autocuidado y /o déficit de autocuidado de gestantes en la prevención y tratamiento de la anemia. Los resultados del estudio proporcionaran una base y se plantearan estrategias de solución mediante medidas preventivas promocionales, que mejoren el autocuidado porque la salud es responsabilidad de todos e inicia con uno mismo con la participación de su entorno en su espacio de vida.

1.6. Limitaciones de la investigación

- La muestra 240 gestantes de 7 Micro redes requirió de un mayor tiempo, traslado de localidad en localidad.
- limitado tiempo disponible para la recolección de datos por parte de investigadora para la ejecución de la investigación. Puesto que para evitar errores la entrevista fue realizado por la misma autora de investigación.

- Los recursos económicos fueron a cuenta propia de la autora.
- No se contó con otros recursos humanos.

1.7. Objetivos

-Objetivo general

Determinar la relación del déficit de autocuidado de los componentes preventivos terapéuticos para la anemia ferropénica, y los factores sociales cultural y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Objetivos Específicos

- Identificar el déficit de autocuidado según de los componentes de alimentación, higiene, adherencia, modo de consumo del suplemento ferroso, ante efectos adversos control pre natal, actividad física y reposo, en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.
- Describir los factores condicionantes, sociales, culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.
- ¿Relacionar el déficit de autocuidado asociado a factores sociales, culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de salud Puno?

1.8. Hipótesis

Hipótesis operacional:

Según la definición de la variable autocuidado:

- Existe déficit de autocuidado en gestantes con y sin anemia al no satisfacer de forma adecuada los requisitos de autocuidado en la prevención y recuperación de la anemia.
- El déficit de autocuidado en las distintas dimensiones y requisitos terapéuticos y de prevención de la anemia, se asocia con los factores sociales, culturales y de salud de la gestante con y sin anemia.

Hipótesis estadística General

- Existe relación entre el déficit de autocuidado según componentes de alimentación, higiene, adherencia, modo de consumo del suplemento ferroso, actitud ante efectos adversos, control pre natal, actividad física y de reposo, con factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Hipótesis Específica.

- Existe déficit de autocuidado en el componente de alimentación, relacionado a factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.
- Existe déficit de autocuidado en el componente de higiene relacionado con los factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.
- Existe déficit de autocuidado adherencia relacionado factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.
- Existe déficit de autocuidado en el componente de modo de consumo del suplemento ferroso, relacionado a factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.
- Existe déficit de autocuidado ante efectos adversos, relacionado con factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.
- Existe déficit de autocuidado control pre natal, relacionado con factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.
- Existe déficit de autocuidado de actividad física y de reposo relacionado con factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

II. Marco teórico

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Factores asociados a la anemia en gestantes

Factores social, demográfico y cultural. La causa básica de la mayoría de la desnutrición es la pobreza. La cultura se basa en factores como valores, creencias, normas y prácticas socialmente compartidas en una sociedad o comunidad. (Betancourt, 2015). A lo largo de los últimos 2000 años y hasta un periodo muy reciente la mirada médica hacia la sociedad ha tenido el objetivo de conocer las circunstancias que rodean a las percepciones de la enfermedad y como se enfrenta la sociedad a estos fenómenos, la antropología médica es coherente con los antecedentes y cultivadores clásicos. Las edades y los grupos etarios dependen también de la cultura y no solo de los factores biológicos. Salaverri O. (2017)

Según Betancourt et al 2011, Los aspectos sociales estructurales, demográficos como etnia, clase social, religión y género, son concebidos como diversidad cultural; es la cultura la que directamente repercute en procesos conductuales. El modelo responde a que la cultura se basa en factores como valores creencias normas y prácticas socialmente compartidas en un sociedad y/o comunidad y según la estructura de las relaciones entre las variables culturales, uno de los aspectos claves es la forma como impacta la cultura en las conductas, puesto que en gran parte el efecto de la cultura en la conducta es por medio de su impacto en factores psicológicos como procesos cognitivos y emocionales.(Betancourt, 2015)

Durante el embarazo las mujeres y sus familias emprenden una serie de actividades, tradicionales y no tradicionales distintas a mantener la salud y a mejorar o aliviar los

efectos negativos a causa de los cambios que experimenta durante este período. La mezcla de requisitos de autocuidado en la necesidad de autocuidado terapéutico es una muestra de los tipos de conocimiento y la diversidad de habilidades requeridas por las personas. Salazar A.M., Valenzuela S. S. (2009)

Hernández, Ortunio y Harris en su publicación sostienen que desde el punto de vista antropológico, la salud se relaciona a factores políticos y económicos. Así como Álvarez, Gómez y Castro desde la salud pública los problemas de salud se previenen a través de conductas sanas y saludables; este enfoque hace hincapié de que el medio ambiente y los riesgos de la salud estén creados por una buena parte por la cultura. Y Barragán y Hernández manifiestan que desde el punto de vista sociológico la cultura determina la epidemiología de las enfermedades desde un punto de vista moldea el comportamiento de las personas que predisponen a la sociedad a determinadas enfermedades así como las fuerzas políticas y las prácticas culturales hace que la persona actúe en interacción con el medio ambiente de tal forma que afecta la salud. Por lo tanto , existe una relación compleja entre cultura y salud constituyéndose un reto para la sociedad.(González & Genes, 2017)

La cultura se entiende como conjunto de valores costumbres, creencia, y práctica constituyendo la forma de vida de un grupo de personas. La cultura como determinante son formas y expresiones que se caracteriza a una población que finalmente determinan su salud. Entre las características sociales tenemos como la etnicidad, el nivel educativo, genero, religión, arquetipos, lengua, cosmovisión, valores, creencias, y costumbres. (Gonzalez & Genes, 2017)

2.1.2. Anemia en gestantes

Durante la gestación se producen cambios hematológicos el volumen de sangre aumenta a un 45 % (1800 ml.) Con un aumento de volemia de 1500 ml. Esta hemodilución hace que se mantenga el flujo sanguíneo útero placentario. El incremento de los glóbulos rojos, y los requerimientos de la gestación de por lo menos 1 gramo de hierro adicional por día. Este requerimiento es más ostensible a partir del segundo trimestre de embarazo.

La anemia es cuando la hemoglobina en sangre está por debajo 11 gr. /100ml, debido (proteína dentro del glóbulo rojo) por deficiencia de hierro en el organismo, Infecciones y enfermedades inflamatorias entre otras causas. La población más vulnerable a la deficiencia de hierro es: Gestantes – Niños. (MINSa 2017 – 2021).

WHO, Es un problema de salud pública, que afecta al 25 % de la población mundial, principalmente a niño preescolar (47,4 %), mujeres gestantes (41,8 %) y mujeres en edad fértil (30,2 %), en países Latinoamericanos como Brasil, Perú y Bolivia. en el organismo, y cuya función es el transporte de oxígeno a través de todos los tejidos del cuerpo humano. (Serpa Guerra 2016)

La anemia en la gestante se presenta por diversas causas deficiencia de hierro bajo consumo de alimentos que lo contienen, elevadas necesidad de hierro en el organismo de la gestante y por el crecimiento del feto y la placenta, la asimilación inadecuada del hierro de los alimentos (fitatos), excesiva pérdida de sangre, infecciones agudas (ej. malaria), infecciones crónicas (ej. TB, VIH), condiciones inflamatorias (ej. Artritis reumatoide), cáncer. De los signos y síntomas se ven afectados casi todos los órganos y entre los signos y síntomas generales de la anemia presentan sueño, rendimiento físico disminuido, astenia, anorexia, hiperoxia (inapetencia), irritabilidad, fatiga vértigos,

cefalea, mareos alteraciones en el crecimiento. Entre otras alteraciones de la piel, (sequedad de las mucosas palidez) conducta alimentaria, cardiopulmonares, digestivas, neurológico (aprendizaje memoria disminuida).

La anemia se diagnostica mediante el cuadro clínico, la medición de la concentración de hemoglobina en sangre; hasta 1000 msnm) para la mujer gestante mayores de 15 años, es anemia severa menos de 7 g /dL. Es anemia moderada de 7 – 9.9g/dl, anemia leve de 10.0 – 10.9 g/dL. y sin anemia se considera a las que cuentan con mayor de 11.0 g/dL. El ajuste de hemoglobina se aplica a gestantes cuya residencia es en localidades ubicadas en alturas por encima de los 1,000 msnm. Y según la altitud se resta el factor de ajuste por altitud el cual varía según la altitud Ejem. En Puno que se encuentra a 3,820 msnm. Se resta 3.1.

$$\text{Nivel de hemoglobina ajustada} = \text{Hemoglobina} - \text{Factor de ajuste por altitud}$$

El nivel de hemoglobina ajustada es el resultado de aplicar el factor de ajuste al nivel de hemoglobina observada.

Durante el embarazo y la lactancia, aumentan las necesidades de nutrientes, es muy poco probable para una reproducción exitosa se cumpla con la dieta. El embarazo se caracteriza por tener mayor demanda de hierro y el aumento en los cambios hemodinámicos, que producen que la mujer sea más susceptible a variaciones en la concentración de hemoglobina. (Gómez, A. J. L., & Cogollo, L. J. M. 2018)

J Nutr. (2003)

La anemia por deficiencia de hierro en el embarazo (sobre todo en el tercer trimestre) incluye la profilaxis de suplementos de hierro y fortificar alimentos con

hierro. Sin embargo, estas perspectivas están amenazadas por los efectos secundarios de los suplementos de hierro, la baja utilización del servicio de los establecimientos de salud materna en los países en desarrollo, la implementación parcial de tratamientos preventivos y la infraestructura débil y el compromiso político para implementar la fortificación de los alimentos básicos locales por parte de los gobiernos. Osungbade K and Oladunjoye A (2012)

Los datos limitados sobre el uso de suplementos dietéticos sugieren, que posiblemente depende de factores demográficos, sociológicos y económicos. Por lo tanto, es posible que las poblaciones en mayor riesgo sean aquellas que tienen menos probabilidades de cumplir con estas recomendaciones. Picciano MF McGuire MK (2008) Las necesidades de hierro aumentan de forma considerable durante el embarazo. Puede ocurrir anemia ferropénica por reservas bajas de hierro. Algunas fuentes de hierro incluye carnes magras, vegetales de hojas verde oscuro, huevos y granos enteros cereales enriquecidos; frutas secas, legumbres, mariscos y melaza.

El complemento de hierro, produce algunas molestias gástricas e intestinales por el hierro, dificultan la ingestión sostenida del complemento. El consumo de hierro puede aumentar el nivel de hierro. Se debe consumir en lo posible a la misma hora, se debe espaciar de 1 a 2 horas después de las comidas, tomar el suplemento de preferencia con jugos ricos en vitamina “C” o agua hervida, no consumir junto a otros medicamentos. (MINSA 2017)

MINSA cuenta con suplementos de 60 mg. Fe. Tratamiento de anemia con el doble de la dosis indicada para la administración profiláctica y reevaluar la hemoglobina cada 4 semanas; si se ha normalizado continuar con esta dosis por 3 meses y luego a dosis profiláctica hasta completar el puerperio. Se debe promover una dieta que tenga

alimentos con un alto contenido de hierro (carnes, vísceras, sangrecita, bofe, huevos, leche, menestras, espinacas, alcachofas,) y para favorecer la absorción consumir naranja, frutas con ácido ascórbico (consumir frutas verduras como, papaya, piña, col, zanahoria, pimiento, coliflor con las comidas). Restringir la ingestión de té, café, mates, que disminuyen la absorción de hierro.

Se debe advertir a las gestantes que el suplemento de hierro produce deposiciones oscuras por efectos del hierro, sin que esto signifique problema de salud; Las tabletas de suplementos de hierro deben guardarse en un frasco oscuro cerrado, lugar fresco al que no le dé la luz. (GNAISR 2004 MINSA) Sánchez, F. Trelles, E. García, (2001) M. La utilización de las sales de hierro es la vía convencional para combatir la anemia por esta deficiencia, sin embargo, su baja biodisponibilidad, absorción y solubilidad, ocasiona intolerancias que pueden provocar la interrupción del tratamiento. (Gómez, A. J. L., & Cogollo, L. J. M. 2018)

Las gestantes recibirán el suplemento de hierro como suplemento ferroso y ácido fólico hierro Polimaltosado a partir de la 14 a semana de gestación, cuando la adherencia al Sulfato Ferroso no es adecuada (menor de 75%) o se presentan los efectos adversos que evitan la continuidad es posible cambiar al hierro Polimaltosado. Sobre el consumo la dosis es diaria, una sola toma, en caso de presentar efectos adversos, se recomienda iniciar con dosis bajas de 30 mg. De hierro elemental por día y aumentar gradualmente en un lapso de 4 a 5 días según como va tolerando con dosis divididas; también es recomendable el consumo con sus comidas lo cual implica la disminución de la absorción del hierro, es necesario tomar con el estómago vacío. Fraccionar la dosis para dos tomas, si hay estreñimiento, se puede indicar que va a pasar a medida que se va a consumir más frutas, verduras e incrementando agua; la toma es

recomendable el consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas. (Norma Técnica d MINSA 2017)

Entre los alimentos que pueden limitar la absorción del hierro son la leche y cafeína por lo que es preferible tomar el complemento con agua. Se recomienda consumir frutas y verduras para minimizar las molestias gastrointestinales. Se hace necesario trabajar en familia para evitar prácticas culturales q ponen en riesgo a la madre y su niño. (Joyce Y.Y. 2011)

El hierro de los alimentos tiene dos fuentes: hierro hemínico (hierro hem) se encuentran en las carnes y vísceras como el hígado, sangrecita, bazo, pescado carnes rojas. El hierro no hemínico, están presentes en los alimentos de origen vegetal en lenteja, habas arvejas, frejoles, verduras verdes en leche, huevo, harina de trigo fortificada. La absorción de hierro depende del tipo de hierro contenido en los alimentos de la cantidad, de la combinación de alimentos en una comida y de otros factores. El nivel de absorción de hierro hemínico es de en promedio de 25 % mientras de los alimentos no hemínico su absorción es 1 al 10 %; se recomienda las mujeres gestantes consumir 5 cucharadas de estos alimentos en su comida diaria, consumir vitamina “C” como frutas cítricas para facilitar la absorción del hierro, reducir el consumo de inhibidores de la absorción del hierro como los mates infusiones, te café, con las comidas, consumir productos lácteos y derivados de la leche como queso, yogurt, alejado de las comidas principales. (MINSA 2017)

La ingesta diaria recomendada para gestantes es de 30 mg. / día de hierro. Según CENAN/INS/MINSA. Perú. El contenido de hierro en una ración de dos cucharas de sangre de pollo es de 8.9 mg. bazo de res es 8.6 mg. riñón de res 3.4 mg. Hígado de res 2.6 mg. Carne de cordero es 1.1 mg. Carne de pollo 0.5mg. Pescado 0.9mg.

La mujer debe comer tres comidas regulares o 6 comidas pequeñas cada día, los alimentos ricos en hierro aumentan las reservas de hierro de la madre y su feto. Debe respetarse las preferencias culturales al plantear la dieta de la mujer embarazada.

Los ejercicios, caminar, brindan varios beneficios durante el embarazo, debe ser regular, media hora cada día, caminar es bueno en la función cardiovascular, hacer ejercicio con acompañamiento y para ayuda es necesario. Joyce, Y.Y. (2011)

Los micronutrientes son esenciales para mantener la vida y para una función fisiológica óptima. Existen deficiencias generalizadas de micronutrientes (MND) globales, y las mujeres embarazadas y menores de 5 años tienen mayor riesgo. Las deficiencias de hierro, yodo, folato, vitamina A y zinc son las MND más extendidas, contribuyentes a la incremento de la morbilidad y mortalidad. La deficiencia de hierro es la MND más común en todo el mundo. Bailey RL West KP Jr. Black RE (2015)

El hierro absorbido es transportado en el organismo por la transferrina hasta el depósito, donde se almacena en forma de ferritina y hemosiderina. La vitamina C incrementa la absorción del hierro alimentario al intervenir en la reducción del hierro en su forma férrica (Fe^{3+}) a su forma ferrosa (Fe^{2+}); Se estima que aproximadamente 100 ml de zumo de naranja triplican la absorción de hierro. Los ácidos cítricos y tartáricos, presentes estos últimos en uvas y fruta madura, atraviesan la pared intestinal y forman complejos con el hierro. El contenido de hierro en el organismo debe cubrir las necesidades por pérdidas fisiológicas, además debe haber reservas suficientes de depósito para las situaciones que se necesite mayor cantidad, como el embarazo o un crecimiento acelerado, Raquel (2006)

El sulfato ferroso es absorbido mejor entre comidas pero se presentan los efectos colaterales como náuseas, diarrea, constipación, dolor abdominal, es recomendable el consumo del Sulfato ferroso 1 a 2 horas después de las comidas.

El hierro Polimaltosado su interacción con otros componentes de dietéticos trae menores reacciones adversas que el suplemento ferroso.

La conservación del suplemento ferroso es importante y deben estar bien cerrados, en caja, protegido de la luz solar, calor, debe estar en lugar fresco y no húmedo. (MINSA 2017)

Los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que repercute la comunidad y las redes sociales. Los determinantes de la salud tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, satisfacción de necesidades básicas como los alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Palomino grande (2014)

Las mujeres además de un componente biológico está condicionada por determinantes psicosociales, socioeconómicos, productivos, siendo además el género un determinante transversal de otros determinantes como son la edad, clase social y etnia que pueden ser causa de desigualdad e inequidad que complica la situación de las mujeres (Esteban 2001 Borrell et al. (2004).

El Control prenatal es importante para una evaluación integral y mantener vigilada a la gestante y al feto que asegure una madre a su recién nacido (RN) estén saludable, permite identificar signos de riesgos de enfermedades asociadas que requieren tratamiento oportuno, promover la nutrición. El control prenatal debe ser de manera temprana, periódica, continúa e integral, con una frecuencia de CPN mensual hasta las

32 semanas, quincenal entre las 33 y las 36 semanas, CPN semanal desde las 37 semanas hasta el parto. Como mínimo que reciba 6 atenciones en las cuarenta semanas de gestación; y como mínimo el quinto control debe recibir entre las 37 y 40 semanas y la sexta entre las 37 hasta las 40 semanas de gestación. MINSA (MINSA 2004)

En el CPN se hace la entrega del Suplemento de Hierro, y se administran en forma profiláctica, a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos; puede producir gastritis y estreñimiento; en estos casos se recomienda fraccionar la ingesta o tomar el suplemento después de la comida principal o antes de acostarse aunque no se recomienda en gestantes (OMS y UNICEF). El personal de salud que realiza el control pre natal realizará el registro de la historia clínica materno perinatal, carnet materno perinatal.

2.1.3. Información y consejería

El equipo de salud debe realizar una atención integral de salud incluyendo la información, consejería a las madres gestantes, niño y adolescente sobre la anemia, sus consecuencias, la importancia de la alimentación rica en hierro de origen animal. Se informa a las madres sobre efectos negativos de la anemia en el desarrollo, crecimiento, cognitivo, motor, aprendizaje e intelectual lo que significa un bajo rendimiento escolar, físico y riesgo de padecer enfermedades crónicas en su etapa adulta. La educación sobre alimentación se debe realizar promoviendo la importancia de consumir alimentos de origen animal como sangrecita de hígado, bazo, carnes rojas, pescado; promocionar el consumo de agua segura, lavarse las manos e higiene y conservación de los alimentos. (Normas Técnicas MINSA 2017)

La entrega del sulfato ferroso debe realizarse con consejerías acerca de sus importancias de asegurar y reponer las reservas de hierro y evitar la anemia, de los

posibles efectos adversos y la forma de conservar el suplemento ferroso. Entregar a la madre o al cuidador el material educativo necesario para mayor información adecuado. Informar sobre la importancia del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado para contar con reservas de hierro y evitar la anemia, informar sobre la importancia de prácticas saludables como lavado de manos, higiene, lactancia materna entre otros. MINSA normas técnicas 2017).

La visita domiciliaria tiene por objetivo monitorear el tratamiento y la prevención asegurando una adherencia, ofrecerles una buena consejería. se realiza una visita domiciliaria dentro de un mes después de iniciar el tratamiento y una visita adicional como mínimo en el resto del periodo de tratamiento , cumpliendo acciones como : identificar al cuidador responsable y a la gestante, solicitar las tabletas no consumidas, verificar el lugar donde son guardadas las tabletas, indagar el número de tabletas consumidas, fortalecer los mensajes claves relacionados al tratamiento, consumo de alimentos ricos en hierro, recordarles la asistencia al establecimiento de salud , recordarles las consecuencias de la anemia en el niño, además puede ser aprovechada para conocer los hábitos alimenticios, higiene de la familia, disponibilidad de alimentos de origen animal y ricos en hierro. (MINSA 2017)

2.2. Marco Filosófico

La teoría de Orem utiliza afirmaciones que reflejan una postura realista moderada. La Ontología de la teoría del déficit del autocuidado (TEDA) se basa en postulados (Orem 2001). 1) Personas en localizaciones de espacio- tiempo 2) atributos de las personas 3) movimientos o cambio 4) productora llevado a cabo; así como la naturaleza del ser humano y su visión como un ser dinámico, unitario, con entorno, en proceso de conversión, con libre voluntad, entre otras cualidades humanas.

La visión del ser humano como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado.

El autocuidado, son actividades que las personas maduras o en proceso de maduración, inician, llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el empeño de mantener su funcionamiento sano a través de la satisfacción de requisitos necesarios para la regulación funcional y del desarrollo. Los requisitos de autocuidado universales deben alcanzarse a través del autocuidado cuyos orígenes están en la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Son ocho requisitos comunes para hombres, mujeres y niños. El aporte de aire, alimento, agua, mantener el equilibrio de la interacción de la actividad y el descanso, entre lo social y la soledad, prevención de riesgos, y promoción del bienestar, según el talento que poseen las personas.

Necesidades del autocuidado terapéutico, describe los factores del paciente y su entorno y que se debe mantener estable, controlar al paciente o los factores de su entorno. Raile, A. M.(2015)

El autocuidado, que son conjunto de acciones que realiza una persona con la finalidad de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza

como acción deliberada. “*acción deliberada se refiere a las acciones realizadas por seres humanos, individuales con intenciones conscientes de llevar a cabo*” Orem.

Autocuidado, son acciones que la persona realiza para mantener su bienestar. Serpa Guerra, A. M., Vélez Acosta, L. M., Barajas Gamboa, J. A., Castro Herazo, C. I., & Gallego, R. Z. (2016).

Roach, E. cuidado humano es una característica humana. El cuidar se inicia predominantemente como un modo de sobrevivir; desde el inicio de la especie el ser humano se preocupaba del alimento, agua, abrigo, construía refugio e indumentaria y se agenciaba de la piel de animales, hojas y fibras tejidas para cubrir su cuerpo. Las mujeres parecen adquirir mayor expresión del cuidado a lo largo de la historia, los cuidados reproductivos quedaban a cargo de las mujeres. La introducción de la carne como alimento es otro cambio en el desarrollo humano.

Las experiencias y el conocimiento tienen importancia y pasan de generación en generación a través de una forma de comunicación aún desconocida antes de que surgiera el lenguaje. Vera Regina W. (2008)

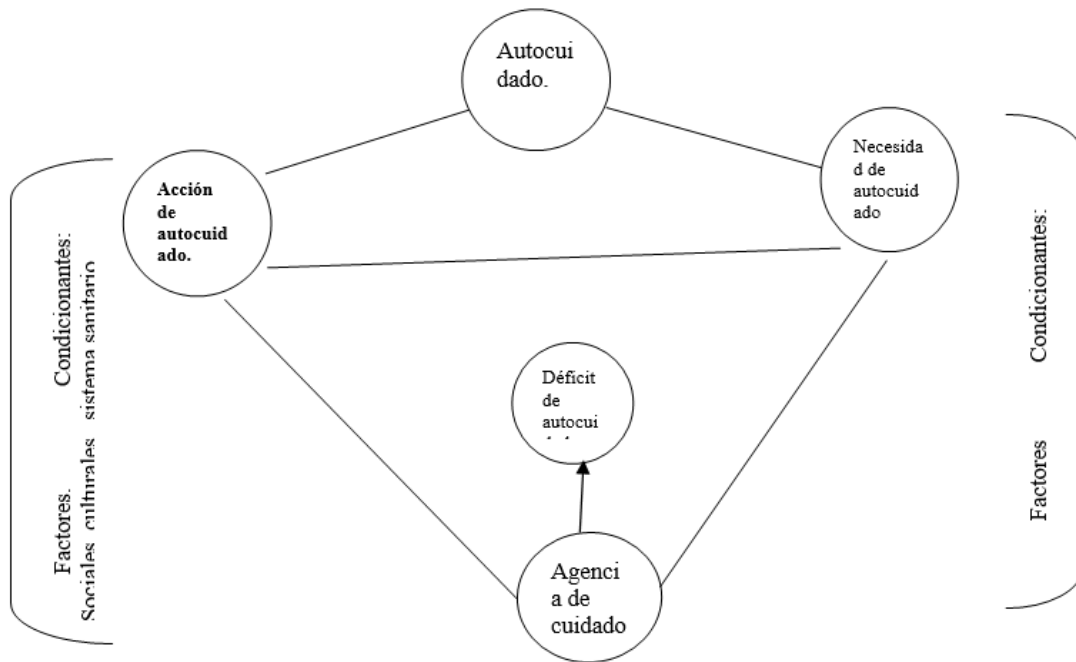
La teoría se basa: 1) los seres humanos requieren estímulos provenientes de ellos mismos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo a las leyes de la naturaleza. 2) la actividad y el actuar de manera deliberada se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros que permiten identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios. 3) los seres humanos maduros pasan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, constituyéndose los estímulos reguladores de las funciones. 4) la actividad humana se ejercita descubriendo y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para los demás. 5) los grupos de seres humanos agrupan tareas y

asignan tareas con el fin de ofrecer estímulos requeridos deliberados a uno mismo y para otros. Raile, A.M. (2015)

Estudios asumen que el autocuidado es una responsabilidad que tiene cada persona para fomento, conservación y cuidado de su propia salud, para lo cual es importante individualizar los cuidados y su implicación de las personas en su propio plan de cuidado. En el plan de cuidado se debe considerar la motivación, cambio de comportamientos y hacer que la educación sea una herramienta principal de trabajo. Prado Liana. A. Gonzales maricela R. Paz. Noelvis., Romenro Krelia. (2014).

El ser humano está en la capacidad de cuidarse aprendiendo a lo largo de la vida, a través de la comunicación durante las relaciones interpersonales, aprendidas en el seno de la familia, escuela y en el grupo de amigos. Orem sostiene que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud que incapacitan el autocuidado continuo o hacen que el autocuidado sea inadecuado. Se da un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para emprender las acciones requeridas para el cuidado de sí mismo. Prado Liana. A. Gonzales maricela R. Paz. Noelvis., Romenro Krelia. 2014).

El déficit de autocuidado se asocia a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones y que se relaciona con el cuidado de su salud. Las personas desconocen los requisitos existentes para su propio cuidado o de las personas que dependen de ellos. También tienen limitado el compromiso en la actuación continua de la medición que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función. El déficit de autocuidado expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado.



Fuente: Marco conceptual y de relación. (Tomado de de Orem, D.E. 2001)

Los factores condicionantes básicos condicionan o alteran el valor de la demanda de acciones de autocuidado de una persona en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Entre los ellos se ha identificado: la edad , sexo , estado de desarrollo , estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno.

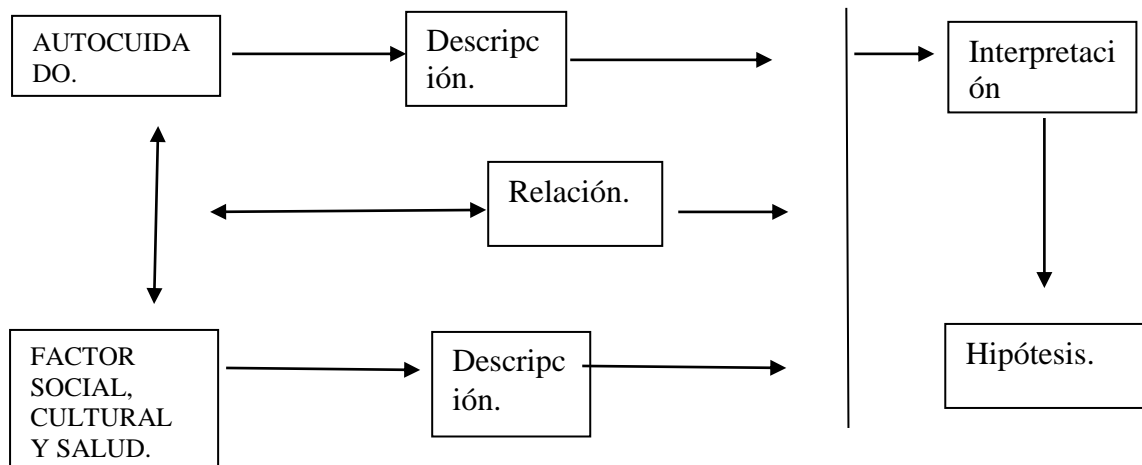
III. Método

3.1. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo aplicativo, por que busca solucionar problemas a través del cuidado, asocia variables en un mismo contexto, que permitirá analizar y explicar el déficit de autocuidado (VD), basado en valores de factores condicionantes social y cultural (VI).

3.1.1. Diseño de investigación

El diseño es descriptivo correlacional explicativo y transversa. Examinó la relación de la variable independiente (VI) con la variable dependiente (VD), de corte transversal.



Descriptivo porque describe los factores sociales, salud y cultural de cada gestante y luego se relacionó para ver si las gestantes en mejores condiciones social, cultural y de salud, son o no los que presentan déficit de autocuidado durante los tratamientos (gestantes con anemia) y la prevención (gestantes sin anemia) de la anemia.

Es de corte transversal porque se realizó un corte en el tiempo luego de la recolección de datos mediante una entrevista realizado por la misma autora de la investigación a partir de un cuestionario aplicado a gestantes.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población para la presente investigación está conformada por gestantes con y sin anemia atendidas en los establecimientos de salud correspondiente a la RED de salud de la Dirección Regional de Salud Puno (DIRESA) según el año 2017. Y de estos datos se obtiene la muestra de estudio del presente trabajo de investigación.

Población de gestantes atendidas en la red de salud 2017.

RED DE SALUD	POBLACIÓN
MR. METROPOLITANO	564
MR. JOSE ANTONIO ENCINAS	651
MR. SIMON BOLIVAR	613
MR. ACORA	213
MR. MAÑAZO	125
MR. LARAQUERI	91
MR. CAPACHICA	103
TOTAL	2360

FUENTE: RED DE SALUD PUNO.

3.2.1.-Muestra.

El método muestra es el muestreo no probabilístico, y el tipo por muestreo es por conveniencia; las gestantes fueron seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación según los cuales eran incluida dentro de la muestra, obtenidos según la siguiente fórmula:

$N = 2360$ (tamaño de la población)

$P = 0.05$

$Q = 0.05$

$\alpha = 0.05$

$Z = 1.96$ (Z de distr. Normal 2 colas)

$E = 0.06$ (error de muestreo)

i) Primera aproximación:

$$n_0 = \frac{(Z)^2(P)(Q)}{(E)^2}$$

$$n_0 = \frac{(Z)^2(P)(Q)}{(E)^2} = \frac{(1,96)^2(0,50)(0,50)}{(0,06)^2} = 266.77777778$$

ii) Si $(n_0/N) \geq \alpha$ Entonces se corrige el tamaño de la muestra utilizando la siguiente formula. En caso contrario la muestra final queda como n_0 Como $267/2360 = 0.113135593 > \alpha = 0,05$, Entonces se procede a corregir la muestra:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}} = \frac{267}{1 + \frac{(267 - 1)}{2360}} = 239.9543031 = 240$$

iii) Finalmente el tamaño de muestra final es $n = 240$ unidades de observación. Luego para cada grado se realiza una afijación proporcional la que quedaría de la siguiente manera.

MUESTRA DE POBLACION DE GESTANTES ATENDIDAS EN LA RED DE SALUD PUNO 2017.

RED DE SALUD	MUESTRA
MR. METROPOLITANO	57
MR. JOSE ANTONIO ENCINAS	66
MR. SIMON BOLIVAR	62
MR. ACORA	22
MR. MAÑAZO	13
MR. LARAQUERI	9
MR. CAPACHICA	11
TOTAL	240

Fuente: muestra obtenida según datos de la RED de Salud PUNO.

Las entrevistas se realizaron hasta completar el tamaño de muestra considerando necesariamente los criterios establecidos. Las unidades de análisis, que en este caso fueron las gestantes participantes, no se dividieron en grupo porque no se examinaron las diferencias entre ellas. Burner, N. Grove S:K. Elsevier (2012).

Criterios de inclusión:

- Gestantes con o sin diagnóstico de anemia ferropenia
- Gestantes que acuden a los establecimientos de salud de la RED Puno.
- Gestantes que aceptan participar de la investigación.
- Gestantes con más de 15 semanas de gestación y con tratamiento del SF.
- Gestantes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con enfermedades concomitantes (artritis, inflamaciones, anemia por hemorragia) además de la anemia de otro tipo que no sea anemia ferropenia.
- Gestantes menores de 17 años.
- Gestantes que no responden o responden a medias al cuestionario.
- Gestantes que no acepten participar de la investigación.
- Gestantes con menos de 15 semanas de gestación
- Gestantes que no estén con el tratamiento con SF.

3.3. Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	VALORES/INDICES	
VARIABLE INDEPENDIENTE Condiciones social cultural y de salud de las gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno	Son característica, personales demográficas, salud, creencias y costumbres culturales sobre medidas preventivas y terapéuticas de la anemia de parte de la gestante.	Factor social	Edad Estado civil Nivel de estudio Lugar de residencia Lengua materna Condición laboral Vive en compañía.	- 18 a 27 años (1) - de 28 - 37 (2) - > de 38 años. (3) - Soltera (1) - Conviviente (2) - Casada (3) - Sin instrucción (1) - Primaria(2) - Secundaria(3) - Superior.(4). - Rural (1) - Urbano (2) - Aimara (1) - Quechua (2) - Castellano (3) - Remunerada (2) - Sin remunerar. (1) - Sola (1) - Pareja. (2) - Pareja e hijos.(3) - Padres.(4)	
		Factor salud:	Trimestre de embarazo. Paridad. Presencia de anemia. Presencia de efectos adversos del suplemento. Visita domiciliaria. Participación de la familia en consejería. Información. Que maneja la gestante de prevención. Información sobre el suplemento ferroso	- II (1) - III(2) - Nulípara. (1) - Primípara. (2) - Multípara. (3) - Gran multípara.(4) - SI (1) - NO(2) - SI (1) - NO (2) - Ninguna. (1) - Primera. (2) - Segunda.(3) - Nunca. (1) - A veces.(2) - Siempre.(3) - Suficiente. (1) - Insuficiente. (2) - Suficiente (3) - Insuficiente (2) - Desconoce (1)	
		Factor clínico obstétrico.			
		Factor cultural.		Creencias, costumbre.	- Favorable. (1) - Desfavorable.(2)

VARIABLE DEPENDIENTE. Autocuidado. Las gestantes, en esta su etapa de su vida requieren incorporar acciones de autocuidado para prevenir la anemia o recuperar la salud.	Son acciones y requisitos de autocuidado para prevenir y tratar la anemia de parte de la gestante.	Autocuidado de Alimentación,	Nro. De veces por día Frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro. Modo de consumo de productos lácteos. Consumo de verduras Consumo de frutas Consumo de menestras.	Déficit de autocuidado (1) No déficit. (2)	Si
		Higiene.	Consumo de agua segura. Practica de lavado de manos Practica del lavado de alimentos.	déficit. (1) No déficit. (2)	
		Adherencia al suplemento.	Cantidad aproximada de consumo de tabletas al mes. Consumo diario Olvido tomar las tabletas.	Inadecuado.(1) Adecuado. (2)	
		Modo de consumo del suplemento.	Consumo de tabletas alejado de comidas. Consumo de tabletas con cítricos. Consumo de tabletas con mates o infusiones. Horario de consumo. Apoyo familiar Conservación de las tabletas.	Inadecuado. (1) Adecuado. (2)	
		Actitud ante efectos adversos del SF.	Decide Abandona Cambia Continua.	si abandona = déficit(1) no abandona. = no deficit.	
		Control Pre Natal.	Asistencia al CPN. Planifica y organiza asistencia Solicita información Toma nota de la información.	Si déficit. (1) No déficit. (2)	
		Actividad física y de reposo.	Reposo y descanso Sueño Ejercicios de respiración Caminatas Participación de la familia.	déficit (1) No déficit. (2)	

3.3.1. Variables, dimensiones e indicadores

V. I. Condiciones social, cultural y de salud

- Factores sociales: edad, estado civil, nivel de estudio, lugar de residencia, condición laboral, lengua materna, vive en compañía.
- Factores de salud: trimestre de gestación, paridad, presencia de anemia, efecto adverso, visita domiciliaria, consejería con familia, información de prevención de anemia e información de uso del suplemento ferroso.

- Factores culturales: creencias, costumbres respecto al suplemento ferroso, favorable o desfavorable.

VD. Autocuidado según requisitos prevención y terapia:

- Autocuidado de la alimentación: Nro. de veces por día; frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro., modo de consumo de productos lácteos, consumo de verduras, consumo de frutas, consumo de menestras.
- Autocuidado de Higiene: Consumo de agua segura, practica de lavado de manos, practica del lavado de alimentos.
- Autocuidado en la adherencia al suplemento ferroso: cantidad aproximada de consumo de tabletas al mes, consumo diario, 3) olvido tomar las tabletas.
- Autocuidado del Modo de consumo: Consumo de tabletas alejado de comidas, consumo de tabletas con cítricos, consumo de tabletas con mates o infusiones, horario de consumo, apoyo familiar, conservación de las tabletas.
- Autocuidado ante efectos adversos: decide, abandona, cambia, continúa.
- Autocuidado del control pre natal: asistencia al CPN., planifica y organiza asistencia, solicita información, toma nota de la información.
- Autocuidado de la actividad física y reposo: reposo y descanso, sueño, ejercicios de respiración, caminata, participación de la familia.

3.4. Instrumentos

Al no encontrarse instrumentos validados y que se ajuste a nuestro medio para la recogida de datos de la variable autocuidado; se construyó el instrumento teniendo en cuenta los requisitos universales de la teoría del Déficit de Autocuidado de Orem con

algunas modificaciones e incluyendo aspectos importantes a considerar según Normas Técnicas – Manejo Terapéutico y Prevención de la anemia. MINSA 2017.

El cuestionario inicial, media los componentes de autocuidado según requisitos universales de la teoría de déficit de autocuidado de D. Orem, haciendo uso de la escala de medición de Likert de 5 puntos

El estudio Piloto, permitió completar y mejorar la consistencia interna que midió la confiabilidad para lo cual se aplicó el Alfa de Cron Bach. Se eliminaron: ítems en el componente de alimentación con resultado de alfa de Cron Bach = 0.64 y un ítems en adherencia y modo de adherencia del tratamiento con suplemento ferroso (alfa de Cron Bach = 0,53, alfa de Cron Bach = 0.42 respectivamente), en algunos ítems se mejoró la redacción con mejor claridad, términos sencillos, precisos, con escala de Likert de 3 puntos para facilitar las respuestas de la participante.

Con el alcance de observaciones, recomendaciones de la validación de expertos y los resultados del estudio piloto (22 gestantes) se estructuró una segunda y tercera versión del instrumento final de autocuidado. Con los componentes de : alimentación, higiene, adherencia al SF., del modo de consumo, ante efectos adversos, CPN:, de actividad física y reposo.

El cuestionario final del autocuidado quedó según resultados del estudio piloto consistiendo en los siguientes componentes o dimensiones: Autocuidado de la alimentación, higiene, en la adherencia al suplemento ferroso, del modo de consumo, ante efectos adversos, control prenatal, de actividad física y reposo.

3.4.1. Validez y confiabilidad.

a) **La validez del Formulario AD HOC**, se llevó a cabo mediante el juicio de 5 expertos o Jueces, a través de un proceso de seis pasos a efectuar al final el Análisis Binomial (b) de la Respuestas en la Matriz de Análisis con la siguiente formula:

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Dónde:

b = Prueba Binominal, que averigua el grado de concordancia significativa

Ta = N° Total de Acuerdo de los Jueces.

Td = N° Total de Desacuerdo de los Jueces.

b) **La confiabilidad** del Formulario Ad Hoc, se efectuó aplicando el Coeficiente Alfa de Cronbach, para reactivos politómicos, en una muestra piloto cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Dónde:

α = Coeficiente Alfa de Grahban

K = N° de Items utilizados para el cálculo.

S_i^2 = Varianza de cada Item

S_t^2 = Varianza total de Items

c) **Los resultados**, tanto de la validez como de la confiabilidad del Instrumento se presentaron en anexos del Proyecto.

3.5. Procedimientos

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos ante instancias correspondientes de la RED de Salud Puno, solicitando autorización para realizar investigación y recoger datos en los 7 establecimientos llamados MR. Metropolitanos, MR. José Antonio encinas, MR. Simón Bolívar MR. Acora, MR. Mañazo, MR. Laraqueri, MR. Capachica. Una vez obtenida la autorización, se inició la recolección de datos a través de la entrevista personal a la gestante.

La entrevista fue realizada por la misma investigadora. La captación de las gestantes se realizó en sala de espera de los consultorios de CPN. del establecimiento de salud.

En primera instancia se realizó la presentación personal, luego la aplicación del instrumento de consentimiento informado, consistiendo en una previa información amplia del estudio, su importancia, y finalmente la solicitud de la firma de parte de la gestante y de los familiares en caso de estar presentes, respetando el anonimato de las participantes.

Primero se recogió los datos sociales y luego datos de autocuidado, con una duración aproximada 40 minutos, durante los meses de marzo, abril, mayo del presente año 2019.

3.6. Análisis de datos.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables según categorías y valores asignados;

En las condicionantes de información se considera un valor de:

- Información sobre prevención de anemia es suficiente si, con respuestas apropiada igual al total de puntaje de siempre 7 a 9 puntos, insuficiente es de 4 a 6 puntos, desconoce < o igual a 3.
- Información sobre el sulfato ferroso es suficiente si, las respuestas son apropiadas igual al total de puntaje de siempre 13 a 18 puntos, insuficiente es de 7 a 12 puntos, desconoce < o igual a 6.
- En creencias y costumbres: los ítems con “SI” 1, 2,5 y 6 tienen un valor numérico de 1 punto; mientras que el “SI” de los ítems 3 y 4 (*) vale 2 puntos. A la inversa el “NO” de los ítems 1.2.5, 6, tienen un puntaje de 2 puntos y el “NO” de los ítems 3y 4 tiene un valor de 1 punto.

Dónde: favorable se asigna un valor de 12 puntos y desfavorable igual o menor a 10 puntos.

- De la variable Autocuidado, en un inicio asignan categorías siempre (3 puntos) a veces (2 puntos), nunca (1 punto), existen ítems (*) cuyo puntaje es inverso. Para el análisis se re categoriza, asignando valores a las variables que se observa en los resultados, se consideró déficit de autocuidado si su respuesta corresponde a un valor igual o menor a 2. En consecuencia, si la media de la respuesta de los ítems de cada dimensión o componente de autocuidado es $<$ o igual a 2 se califica que si hay déficit de autocuidado; y si es $>$ a 2, no hay déficit de autocuidado. Por lo tanto, la variable quedó transformada en una variable de dos categorías: “SI” déficit de autocuidado y "NO" déficit de autocuidado.

Se realizó un análisis de asociación entre cada una de las dimensiones del autocuidado (alimentación, ejercicio, adherencia al sulfato ferroso, modo de consumo del sulfato ferroso, actitud frente a efectos adversos, control pre natal, actividad física y reposo) y las variables sociales, culturales y de salud de la gestante.

El análisis de asociación se realizó con la prueba de chi cuadrado dependiendo del número de observaciones en las celdas de la tabla de contingencia.

Se consideró que existe asociación estadística significativa para un valor $p < 0,05$.

El análisis estadístico se realizó con el programa de SPSS. 23. Previo a ello se fue clasificando los datos a través de códigos en Excel.

3.6.1. Unidad de análisis o de observación.

Estuvo constituido por mujeres gestantes con y sin anemia.

- Unidad de muestreo: unidad seleccionada del marco muestral. En este estudio estuvo formado al igual que la unidad de análisis que fueron las gestantes.
- Marco Muestral: se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, las gestantes fueron seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio. La captación de las gestantes se realizó en sala de espera de los consultorios de CPN de los establecimientos de salud (ES) pertenecientes a la micro red Puno (MR) por gestantes que solicitaron CPN en ventanilla de admisión de la MR correspondiente, según fecha programada, fueron solicitadas su participación según llegada.
- Tipo de muestreo: se asignó por conveniencia a las gestantes que asistieron al control prenatal (CPN) el día que se programó entrevista según cronograma de las Micro redes (MR).
- Tamaño muestral: se trabajó con 240 gestantes según el tamaño de muestra calculada de todas las MR. Las entrevistas se realizaron hasta completar el tamaño de muestra. Se consideraron algunos criterios que necesariamente deben ser considerados.

3.6.2. Recuento de datos

- Recuento de los datos según categorías, a través del Programa Estadístico SPSS versión 23.
- Asignación de códigos o Code book.
- Captura pre codificada de los datos, para integrar la base de datos, de manera que a cada gestante (unidad de análisis) le corresponde una fila.

- Verificación o Convalidación de datos.
- Identificación de Códigos fuera de valor y reconocimiento de valores perdidos.
- Reconocimiento y creación de variables.

3.7. Consideraciones éticas

Se respetaron los principios éticos de investigación, para ello antes de realizar la entrevista para la recolección de datos sociales, culturales, salud y de autocuidado se realizó una explicación personalizada, de manera sencilla clara y precisa sobre los objetivos, la justificación, importancia de realizar el trabajo de investigación; se absolvieron preguntas que hicieron algunas gestantes. En segunda instancia se entregó la hoja de consentimiento informado para que procedan a firmar en forma voluntaria aceptando ser entrevistadas. Posteriormente se realiza la entrevista que dura aproximadamente 40 a 45 minutos. Para el caso de algunas madres gestantes indígenas se requirió la colaboración del familiar que lo acompañaba para su respectiva traducción del idioma nativo quechua o aimara.

IV. Resultados

4.1. Contratación de la hipótesis

4.1.1. Hipótesis operacional:

Según la definición de la variable autocuidado:

- Existe déficit de autocuidado en gestantes con y sin anemia al no satisfacer de forma adecuada los requisitos de autocuidado en la prevención y recuperación de la anemia.
- El déficit de autocuidado en las distintas dimensiones y requisitos terapéuticos y de prevención de la anemia, se asocia con los factores sociales, culturales y de salud de la gestante con y sin anemia.

4.1.2. Contratación de hipótesis general

Hipótesis Estadística general

H_a: Existe relación entre el déficit de autocuidado según componentes de alimentación, higiene, adherencia, modo de consumo del suplemento ferroso, ante efectos adversos, control pre natal, actividad física y de reposo con factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Comprobación de hipótesis

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba de independencia chi cuadrado para determinar la relación o asociación existente entre las dos variables en estudio.

Tabla 1

Prueba Chi cuadrado para relación entre condiciones social, cultural y de salud con el déficit de autocuidado.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,495 ^a	2	0,000*
Razón de verosimilitudes	50,346	2	0,000
Asociación lineal por lineal	44,222	1	0,000
N de casos válidos	120		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.96.

Fuente: Elaboración en SPSS

Decisión:

Como $p^*value = 0.00 < 0.05$, se rechaza H_0 y se concluye que las condiciones social, cultural y de salud se relacionan significativamente con el déficit de autocuidado en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno

A continuación se muestran los resultados de las tablas de contingencia del 1 al 29 con sus respectivas pruebas de correlación estadísticas Chi2

Existen sub variables cuya relación es altamente significativa a continuación se muestran que presentan déficit de autocuidado. En el presente trabajo de investigación entre algunas de las sub variables estudiadas la relación es nula.

Tabla 2*Edad de la gestante por déficit de autocuidado del control pre natal*

		Déficit de autocuidado del control pre natal		Total
		Si	No	
Edad de la gestante	Menor de 27 años	35	99	134
	De 28 a 37 años	34	54	88
	Mayores de 38 años	9	9	18
Total		78	162	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,510a	2	,039
Razón de verosimilitudes	6,404	2	,041
Asociación lineal por lineal	6,477	1	,011
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,85.

Tabla 3*Estado civil de la gestante por déficit de autocuidado en higiene*

		Déficit de autocuidado en higiene		Total
		Si	No	
Estado civil de la gestante	Soltera	3	14	17
	Conviviente	26	160	186
	Casada	13	24	37
Total		42	198	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,568a	2	,008
Razón de verosimilitudes	8,271	2	,016

Asociación lineal por lineal	5,569	1	,018
N de casos válidos	240		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,98.

Tabla 4

Nivel de estudios por déficit de autocuidado en alimentación

		Déficit de autocuidado en alimentación		Total
		Si	No	
Nivel de estudios	Sin instrucción	1	0	1
	Primaria	15	5	20
	Secundaria	61	49	110
	Superior	41	68	109
Total	118	122	240	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,934a	3	,003
Razón de verosimilitudes	14,622	3	,002
Asociación lineal por lineal	13,843	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,49.

Tabla 5

Nivel de estudios por déficit de autocuidado en higiene

		Déficit de autocuidado en higiene		Total
		Si	No	
Nivel de estudios	Sin instrucción	0	1	1
	Primaria	8	12	20
	Secundaria	27	83	110
	Superior	7	102	109
Total	42	198	240	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,272	3	,000
Razón de verosimilitudes	21,089	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,896	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Tabla 6

Nivel de estudios por actitud frente al efecto adverso

		Actitud frente al efecto adverso				Total
		Abandona	Mitiga	Cambia	Continua	
Nivel de estudios	Sin instrucción	1	0	0	0	1
	Primaria	10	2	1	7	20
	Secundaria	43	5	2	60	110
	Superior	51	8	12	38	109
Total		105	15	15	105	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,114	9	,065
Razón de verosimilitudes	17,042	9	,048
Asociación lineal por lineal	,443	1	,506
N de casos válidos	240		

a. 6 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Tabla 7*Lugar de residencia por déficit de autocuidado en alimentación*

		Déficit de autocuidado en alimentación		Total
		Si	No	
Lugar de residencia	Rural	34	21	55
	Urbano	84	101	185
Total		118	122	240

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,569	1	,033		
Corrección por continuidad ^a	3,936	1	,047		
Razón de verosimilitudes	4,600	1	,032		
Estadístico exacto de Fisher				,045	,023
Asociación lineal por lineal	4,550	1	,033		
N de casos válidos	240				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,04.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 8*Lugar de residencia por déficit de autocuidado en higiene*

		Déficit de autocuidado en higiene		Total
		Si	No	
Lugar de residencia	Rural	19	36	55
	Urbano	23	162	185
Total		42	198	240

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,359a	1	,000		
Corrección por continuidad	12,868	1	,000		
Razón de verosimilitudes	12,766	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,299	1	,000		
N de casos válidos	240				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,63.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 9

Lugar de residencia por actitud frente al efecto adverso

		Actitud frente al efecto adverso				Total
		Abandona	Mitiga	Cambia	Continua	
Lugar de residencia	Rural	20	6	0	29	55
	Urbano	85	9	15	76	185
Total		105	15	15	105	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,142a	3	,027
Razón de verosimilitudes	12,169	3	,007
Asociación lineal por lineal	1,295	1	,255
N de casos válidos	240		

2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a

5. La frecuencia mínima esperada es 3,44.

Tabla 10*Lengua materna por déficit de autocuidado en higiene*

		Déficit de autocuidado en higiene		Total
		Si	No	
Lengua materna	Quechua	17	63	80
	Aymara	20	67	87
	Castellano	5	68	73
Total		42	198	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,330a	2	,016
Razón de verosimilitudes	9,559	2	,008
Asociación lineal por lineal	5,241	1	,022
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 12,78.

Tabla 11*Presencia de anemia por déficit de autocuidado en alimentación*

		Déficit de autocuidado en alimentación		Total
		Si	No	
Presencia de anemia	Con anemia	73	24	97
	Sin anemia	45	98	143
Total		118	122	240

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,342a	1	,000		
Corrección por continuidad	42,607	1	,000		
Razón de verosimilitudes	45,983	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	44,157	1	,000		
N de casos válidos	240				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 47,69.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 12

Presencia de anemia por déficit de autocuidado en higiene

		Déficit de autocuidado en higiene		Total
		Si	No	
Presencia de anemia	Con anemia	23	74	97
	Sin anemia	19	124	143
Total		42	198	240

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,350a	1	,037		
Corrección por continuidad	3,658	1	,056		
Razón de verosimilitudes	4,274	1	,039		

Estadístico exacto de Fisher				,056	,029
Asociación lineal por lineal	4,332	1		,037	
N de casos válidos	240				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,98.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 13

Presencia de anemia por tipo de adherencia

		Tipo de adherencia		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Presencia de anemia	Con anemia	81	16	97
	Sin anemia	58	85	143
Total		139	101	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,734a	1	,000		
Corrección por continuidad	41,990	1	,000		
Razón de verosimilitudes	46,687	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	43,552	1	,000		
N de casos válidos	240				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,82.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 14*Presencia de anemia por actitud frente al efecto adverso*

		Actitud frente al efecto adverso				Total
		Abandona	Mitiga	Cambia	Continua	
Presencia de anemia	Con anemia	65	7	5	20	97
	Sin anemia	40	8	10	85	143
Total		105	15	15	105	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,599 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	42,213	3	,000
Asociación lineal por lineal	40,424	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,06.

Tabla 15*Presencia de anemia por déficit de autocuidado del control pre natal*

		Déficit de autocuidado del control pre natal		Total
		Si	No	
Presencia de anemia	Con anemia	45	52	97
	Sin anemia	33	110	143
Total		78	162	240

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,32	1	,000		
Corrección por continuidad	13,278	1	,000		
Razón de verosimilitudes	14,216	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,261	1	,000		
N de casos válidos	240				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 31,53.

Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 16

Presenta efecto adverso al sulfato ferroso por tipo de adherencia

		Tipo de adherencia		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Presenta efecto adverso al sulfato ferroso	Si	98	37	135
	No	41	63	104
	3,00	0	1	1
Total		139	101	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,900	2	,000
Razón de verosimilitudes	28,621	2	,000
Asociación lineal por lineal	27,768	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.

Tabla 17*Presenta efecto adverso al sulfato ferroso por actitud frente al efecto adverso*

		Actitud frente al efecto adverso				Total
		Abandona	Mitiga	Cambia	Continua	
Presenta efecto adverso al sulfato ferroso	Si	82	15	7	31	135
	No	23	0	8	73	104
	3,00	0	0	0	1	1
Total		105	15	15	105	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,470 ^a	6	,000
Razón de verosimilitudes	71,107	6	,000
Asociación lineal por lineal	54,721	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Tabla 18*Visita domiciliaria para su seguimiento por tipo de adherencia*

		Tipo de adherencia		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Visita domiciliaria para su seguimiento	Ninguna	101	60	161
	Primera	27	21	48
	Segunda	11	20	31
Total		139	101	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,987a	2	,018
Razón de verosimilitudes	7,918	2	,019
Asociación lineal por lineal	7,270	1	,007
N de casos válidos	240		

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,05.

Tabla 19

Información sobre prevención de anemia por déficit de autocuidado en alimentación

		Déficit de autocuidado en alimentación		Total
		Si	No	
Información sobre prevención de anemia	Suficiente	44	77	121
	Insuficiente	58	41	99
	Desconoce	16	4	20
Total		118	122	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,058 a	2	,000
Razón de verosimilitudes	19,692	2	,000
Asociación lineal por lineal	18,976	1	,000
N de casos válidos	240		

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,83.

Tabla 20*Información sobre prevención de anemia por déficit de autocuidado en higiene.*

		Déficit de autocuidado en higiene		Total
		Si	No	
Información sobre prevención de anemia	Suficiente	13	108	121
	Insuficiente	23	76	99
	Desconoce	6	14	20
Total		42	198	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,243a	2	,016
Razón de verosimilitudes	8,272	2	,016
Asociación lineal por lineal	7,980	1	,005
N de casos válidos	240		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,50.

Tabla 21*Información sobre prevención de anemia por tipo de adherencia*

		Tipo de adherencia		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Información sobre prevención de anemia	Suficiente	58	63	121
	Insuficiente	67	32	99
	Desconoce	14	6	20
Total		139	101	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,015	2	,007
Razón de verosimilitudes	10,101	2	,006
Asociación lineal por lineal	8,716	1	,003
N de casos válidos	240		

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,42.

Tabla 22

Información sobre prevención de anemia por déficit de autocuidado del control pre natal

		Déficit de autocuidado del control pre natal		Total
		Si	No	
Información sobre prevención de anemia	Suficiente	29	92	121
	Insuficiente	34	65	99
	Desconoce	15	5	20
Total		78	162	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,637	2	,000
Razón de verosimilitudes	19,546	2	,000
Asociación lineal por lineal	16,332	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,50.

Tabla 23

Información sobre prevención de anemia por déficit de autocuidado de actividad física y reposo

		Déficit de autocuidado de actividad física y reposo			Total
		Si	No	3,00	
Información sobre prevención de anemia	Suficiente	67	54	0	121
	Insuficiente	57	42	0	99
	Desconoce	14	5	1	20
Total		138	101	1	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,215 ^a	4	,010
Razón de verosimilitudes	7,385	4	,117
Asociación lineal por lineal	,533	1	,465
N de casos válidos	240		

a. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Tabla 24

Información sobre el suplemento ferroso por déficit de autocuidado en alimentación

		Déficit de autocuidado en alimentación		Total
		Si	No	
Información sobre el suplemento ferroso	Suficiente	18	44	62
	Insuficiente	76	69	145
	Desconoce	24	9	33
Total		118	122	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,998 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	18,594	2	,000
Asociación lineal por lineal	17,872	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,23.

Tabla 25

Información sobre el suplemento ferroso por déficit de autocuidado en higiene

		Déficit de autocuidado en higiene		Total
		Si	No	
Información sobre el suplemento ferroso	Suficiente	4	58	62
	Insuficiente	25	120	145
	Desconoce	13	20	33
Total		42	198	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,205 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	15,363	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,934	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,78.

Tabla 26*Información sobre el suplemento ferroso por tipo de adherencia*

		Tipo de adherencia		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Información sobre el suplemento ferroso	Suficiente	23	39	62
	Insuficiente	92	53	145
	Desconoce	24	9	33
Total		139	101	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,817	2	,000
Razón de verosimilitudes	15,829	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,142	1	,000
N de casos válidos	240		

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,89.

Tabla 27*Información sobre el suplemento ferroso por déficit de autocuidado del control pre natal*

		Déficit de autocuidado del control pre natal		Total
		Si	No	
Información sobre el suplemento ferroso	Suficiente	12	50	62
	Insuficiente	49	96	145
	Desconoce	17	16	33
Total		78	162	240

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,433	2	,005
Razón de verosimilitudes	10,537	2	,005
Asociación lineal por lineal	10,324	1	,001
N de casos válidos	240		

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,73.

Tabla 28

Información sobre el suplemento ferroso por déficit de autocuidado de actividad física y reposo

	Déficit de autocuidado de actividad física y reposo			Total	
	Si	No	3,00		
Información sobre el suplemento ferroso	Suficiente	26	36	0	62
	Insuficiente	87	57	1	145
	Desconoce	25	8	0	33
Total		138	101	1	240

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,862	4	,018
Razón de verosimilitudes	12,368	4	,015
Asociación lineal por lineal	10,395	1	,001
N de casos válidos	240		

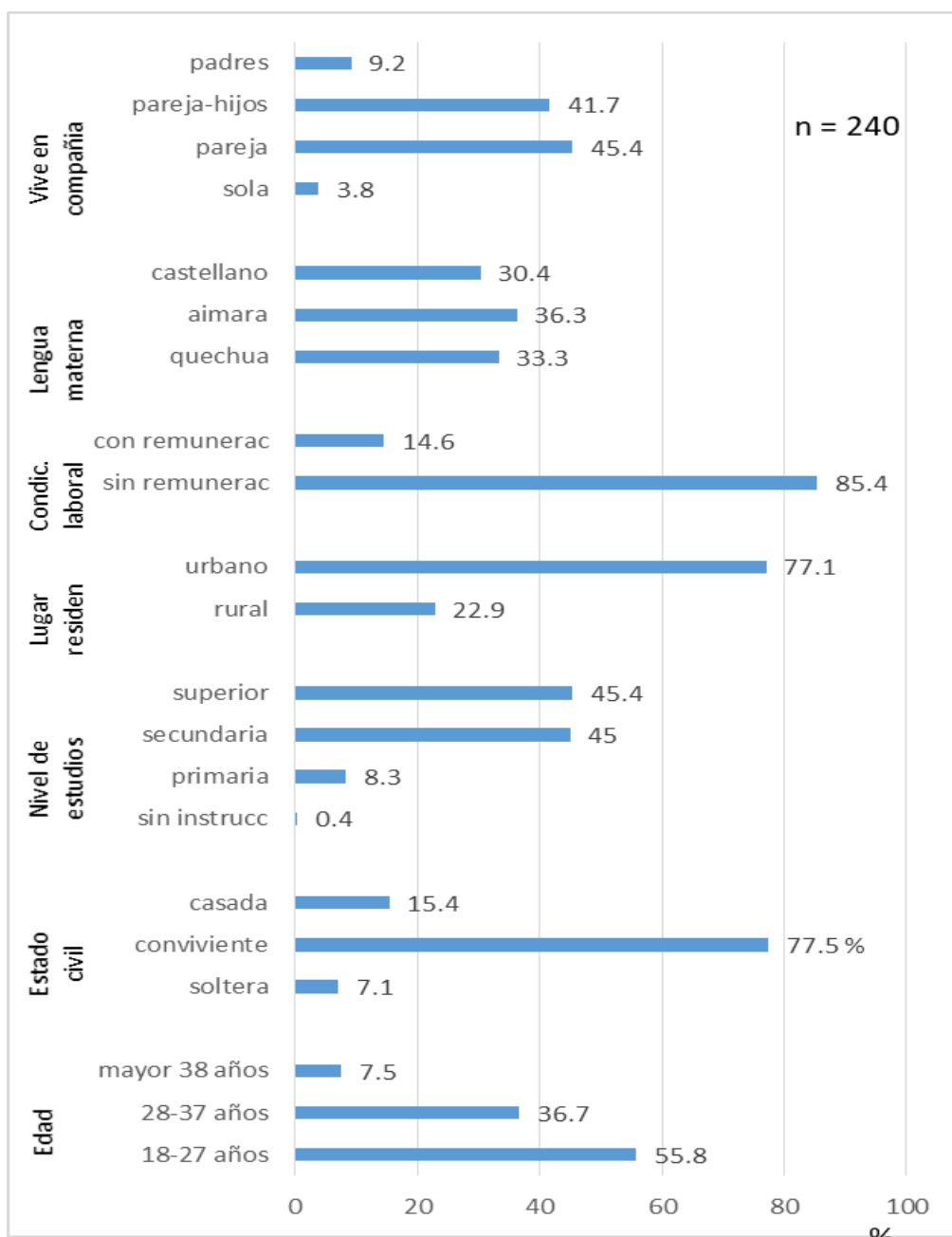
3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.

Tabla 29*Creencias y costumbres*

	Resumen del procesamiento de los casos					
	Casos Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Creencias y costumbres por déficit de autocuidado en alimentación	240	100,0%	0	0,0%	240	100,0%
Creencias y costumbres por déficit de autocuidado en higiene	240	100,0%	0	0,0%	240	100,0%
Creencias y costumbres por tipo de adherencia	240	100,0%	0	0,0%	240	100,0%
Creencias y costumbres por modo de adherencia	240	100,0%	0	0,0%	240	100,0%
Creencias y costumbres por actitud frente al efecto adverso	240	100,0%	0	0,0%	240	100,0%
Creencias y costumbres por déficit de autocuidado del control pre natal	240	100,0%	0	0,0%	240	100,0%
Creencias y costumbres por déficit de autocuidado de actividad física y reposo	240	100,0%	0	0,0%	240	100,0%

4.1.2.1. Análisis e interpretación de resultados.

a) Factor Social.



FUENTE: Obtención datos de entrevista marzo, abril, mayo 2019.

Figura 1. Características según factor social de las gestantes con y sin anemia en gestantes de la RED de Salud Puno.

Análisis e interpretación

En la figura 1, las características social demográficas que presentan las gestantes del total de muestra estudiada se ha encontrado que la mayoría vive con sus pareja el 45.4%, y con pareja e hijos el 41.7%, lo que hace suponer que cuentan con apoyo o por lo menos la presencia y participación de la familia, durante el tratamiento.

En cuanto a lengua materna estuvieron proporcionalmente distribuidos según castellano, aimara y quechua con 34.4%, 36.3% y 33.3% respectivamente, sin embargo se ha podido observar que el castellano es también del uso de las gestantes entrevistadas lo cual permitió una comprensión fluida durante la entrevista.

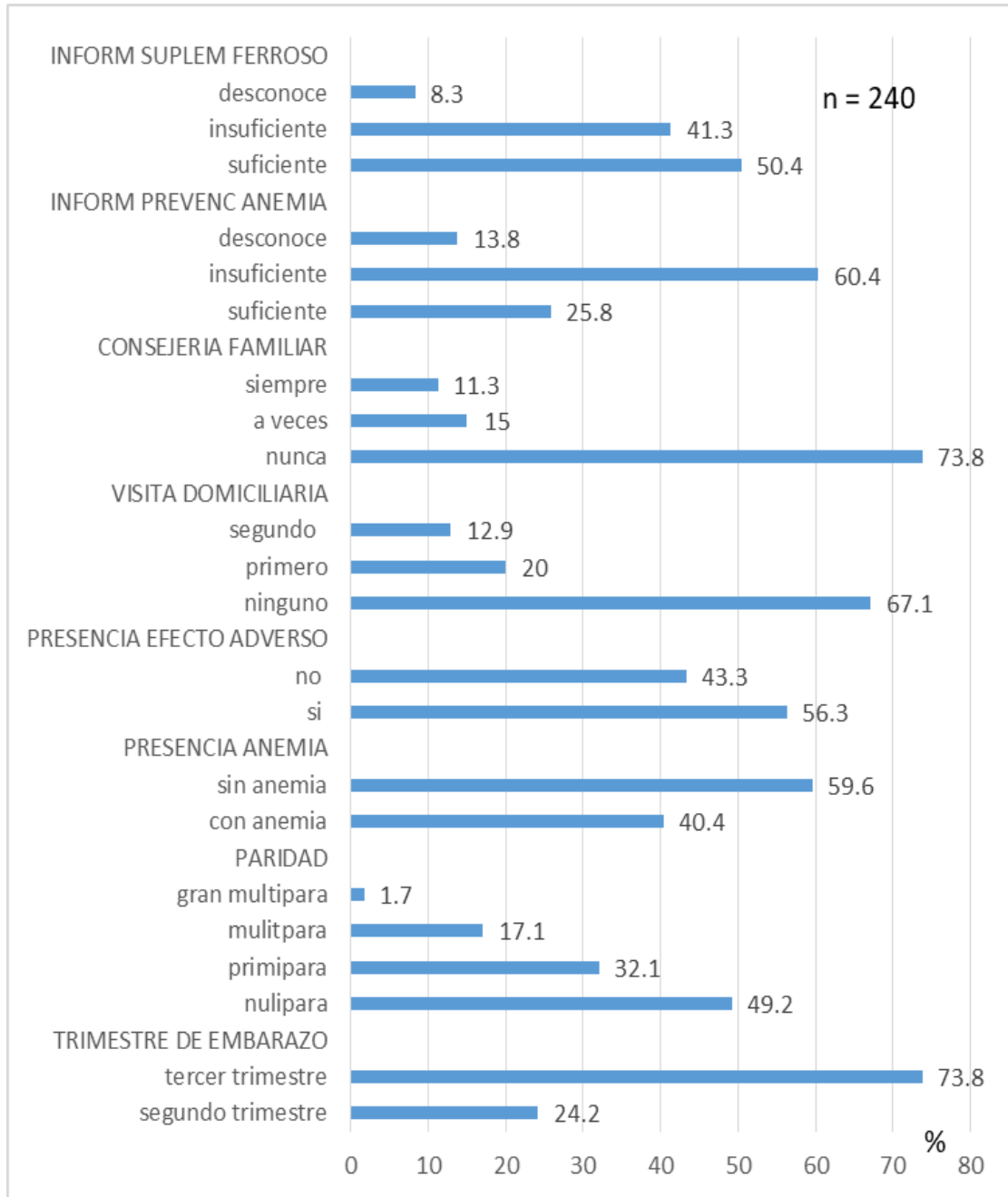
En el momento que se entrevistó la condición laboral sin remuneración resaltó en el 85.4 %, al parecer por que la mayoría manifestaron ser amas de casa y negocio.

Las gestantes con dirección residencia eran de la zona urbana con 77.1% y la que vivían en zona rural el 22.9%.

El estado civil de las participantes fue la convivencia con 77.5%, proporcionalmente muy distante de las casadas con 15.4%.

La edad de las gestante de la mayoría se encontró en el rango de 18 - 27 años, seguido de 28 a 37 años con 36.7%. Habiéndose encontrado la gestante menor con 18 años y la gestante mayor con 41 años.

b) Factor Salud.



FUENTE: datos de la aplicación de la entrevista entre marzo a mayo 2019.

Figura 2. Características según factor salud de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

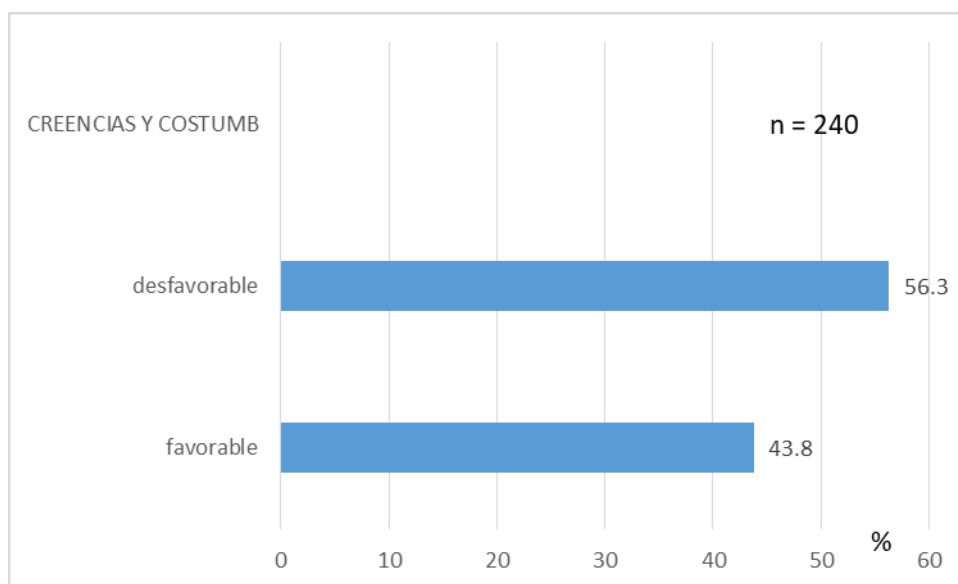
Análisis e interpretación

En la figura 2, se observa en las gestantes insuficiente información sobre el suplemento ferroso con 60.4% así mismo la información que manejan sobre prevención de anemia es insuficiente en un 41.3% lo que significa que, no es de amplio conocimiento sobre temas como: importancia del consumo, hora apropiada para la toma del suplemento, así como la presencia de posibles efectos adversos y el cómo mitigar o eliminar, la importancia del consumo con cítricos, como mantener conservado las tabletas para el mantenimiento de sus propiedades, el reconocimiento oportuno de signos y síntomas de la anemia ferropénica , el consumo de alimentos ricos en hierro; pues una buena información, educación consejería lleva a una actitud positiva y al autocuidado de la persona.

Los resultados muestran la participación de la familia en las consejerías resaltando el nunca con el 73.8 %, y de las visitas domiciliarias con ninguna con el 67.1%. Según MINSA la importancia de estas dos actividades radica en garantizar a través de la supervisión de la toma de las tabletas así como reforzar las consejerías en domicilio con la participación de la familia y que este sea efectivo en el tratamiento, verificar sobre el lugar donde se guarda el suplemento, conocer los hábitos alimenticios e higiene de la familia, la disponibilidad de alimentos ricos en hierro, reforzar los mensajes para el buen tratamiento.

Se encontró del total de la muestra con anemia el 40.4 %. Si presentaron efecto adverso con el 56.3 %; la mayoría de las gestantes, se encontraron que son nulíparas 49.2 % y que cursaban el tercer trimestre de embarazo con 78.8%.

c) Factor Cultural



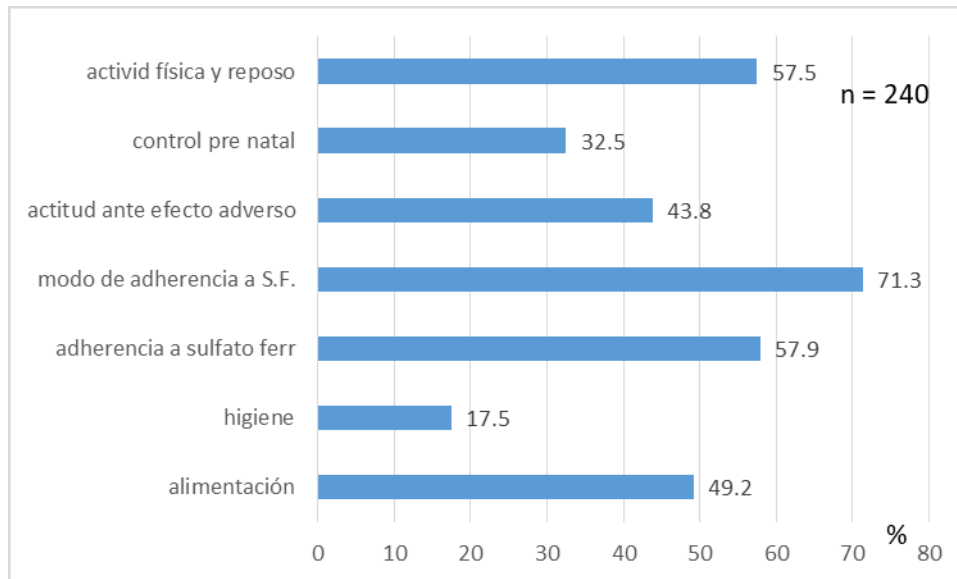
FUENTE: datos de la aplicación de la entrevista entre marzo a mayo 2019.

Figura 3. Características según factor cultural de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Análisis e interpretación

En la figura 3, se observa que las creencias y costumbres son desfavorables en un 56.3% lo que significa según ítems que la mayoría de gestantes con y sin anemia tienen miedo que el suplemento ferroso les haga daño a la madre como a su hijo, la opinión de la familia según sus tradiciones aprendidas de generación en generación son tomadas en cuenta pero en la mayoría de los casos no favorece el cumplimiento del tratamiento que básicamente consiste en tomar el suplemento ferroso, así como el consumo de mates e infusiones calientes, responden que si consumen en alto porcentaje.

4.1.2.2. Variable: déficit de autocuidado (DAC)



FUENTE: datos de la aplicación de la entrevista entre marzo a mayo 2019.

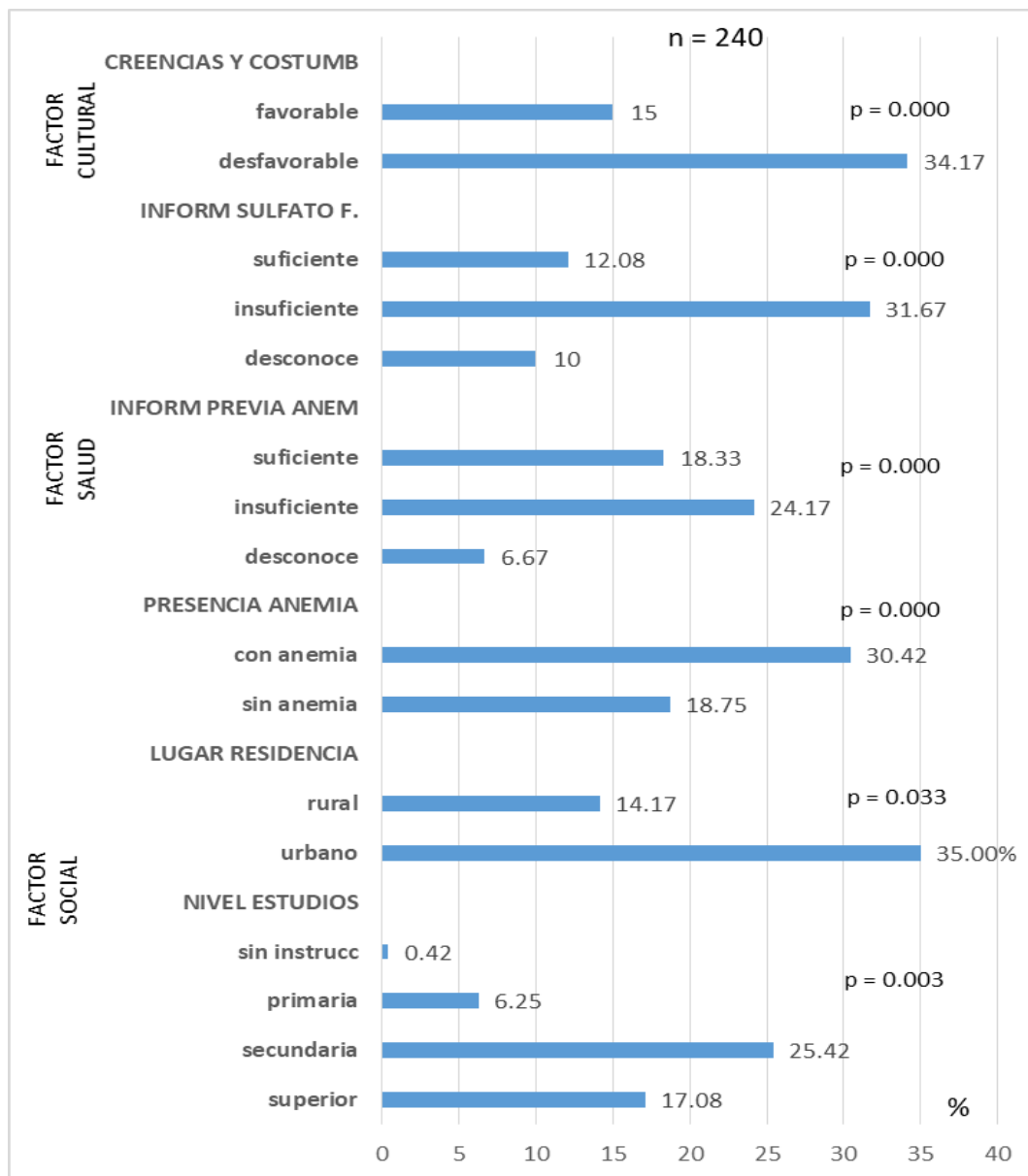
Figura 4. Déficit de autocuidado según acciones preventivas, terapéuticas en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Análisis e interpretación

En la figura 4, según los componentes para el autocuidado de la anemia se encuentra el mayor porcentaje de déficit de autocuidado en el modo de adherencia seguido (71.3%) seguido de adherencia inadecuada al sulfato ferroso (57.9%) que responde a la pregunta: número de tabletas consumida y cuantas quedaron al mes, consumo con cítricos, hora de consumo, el apoyo de la familia, la conservación de las tabletas; que por cierto es muy importante para mantener las propiedades del fármaco. Se observa déficit en alimentación porque respondieron nunca o a veces al consumo de alimentos ricos en hierro, existe escasos y falta de consumo de cítricos que son los que favorecen la absorción del hierro, los derivados de la leche son consumidos conjuntamente con los alimentos y no alejados de los alimentos y que de esta forma ayuden a favorecer la absorción del hierro. El déficit de actividad física y reposo 57.5% y la actitud frente a efectos adversos con el 43.8 % que presento según ítem fue de abandono del suplemento ferroso en lugar de continuar, mitigar ó cambiar

con el complejo Polimaltozado Férrico del cual refieren que también les ha causado efectos desagradables como náuseas, vómitos.

4.1.2.3. Factores asociados.



FUENTE: datos de la aplicación de la entrevista entre marzo a mayo 2019.

Figura 5. Factores asociados al déficit de autocuidado de alimentación en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Análisis e interpretación

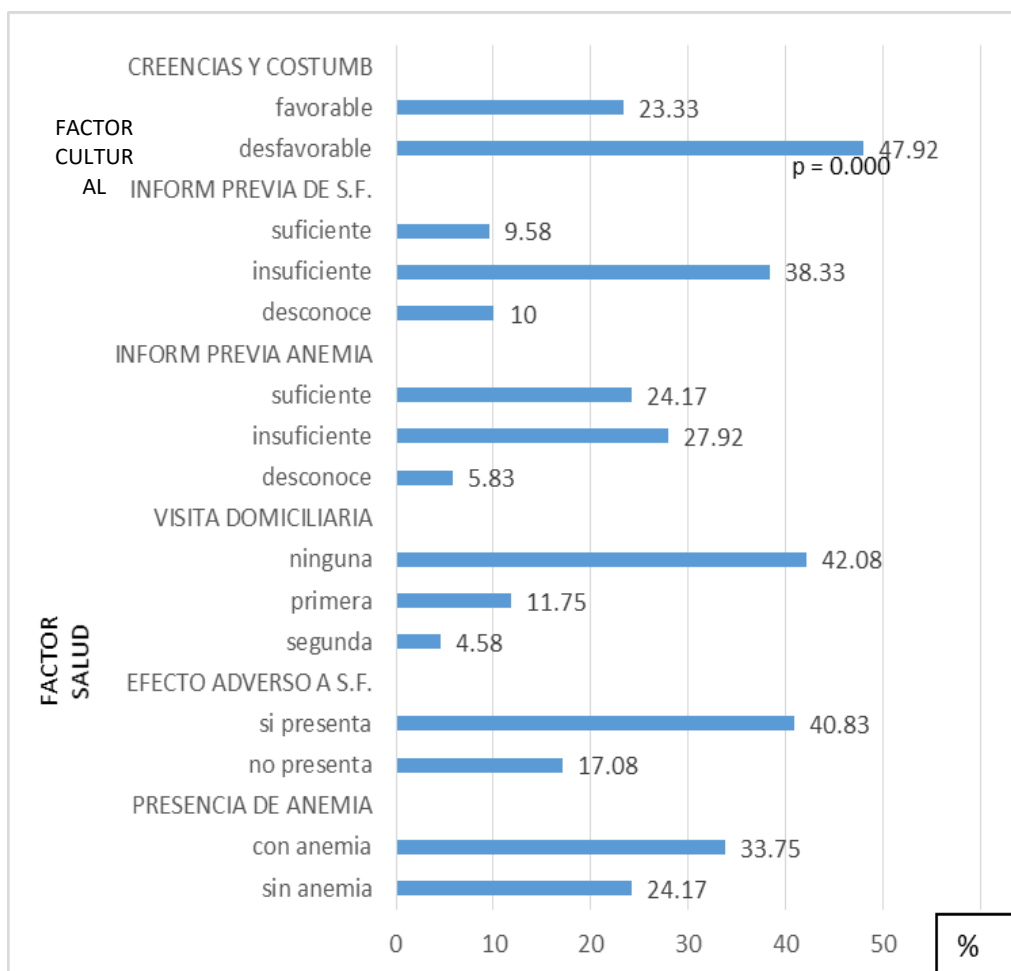
El déficit de autocuidado en alimentación se relaciona ($p=0.033$) con lugar de residencia las que viven en zona urbana presentan más déficit de autocuidado (35.00%) y tienen menos déficit de autocuidado entre las que viven en zona rural (14.17%). Teniendo en cuenta que la alimentación recomendada son las carnes rojas, sangre, bazo, riñón, hígado.

Se encuentra asociación estadística altamente significativa con el factor cultural (0.000) los que tienen creencias y costumbres desfavorables son las que presentan más déficit de autocuidado en alimentación (34.17%). resaltando que una de las respuestas obtenidas en la mayoría de las gestantes fue el consumo frecuente de mates infusiones a base de hierbas cálidas propios de la zona, así como la versión *“respecto a las verduras, los alimentos fríos hacen daño a los hijos” “ en mi comida no es tanto carnes, más estoy comiendo quinua, cañihuaco”*.

El factor salud también tiene asociación estadística con el factor salud especialmente referente a la información sobre sulfato ferroso ($p= 0.000$) los que tienen insuficiente información presentan mayor déficit de autocuidado en la alimentación (31.67%) recibida en el establecimiento de salud entre los que se encontró que los que tienen suficiente información tienen menos déficit de autocuidado (12.08), la información consiste en el conocimiento sobre el componente y la acción del el sulfato ferroso, importancia del consumo de cítricos para la mayor absorción del hierro.

El déficit de autocuidado en alimentación se relaciona significativamente con presencia de anemia ($P= 0.000$) observándose que las gestantes con anemia tienen más déficit de autocuidado en alimentación (30.42%). Algunas de ellas *manifiestan “la verdad me cocino pollito, patita de pollo”, “nosotros comemos cañihua, quinua, porque tenemos que enfermarnos, nosotros estamos fuertes”* “El diagnostico de anemia se verifica en la

historia materno perinatal o en el carnet; se detecta anemia cuando la hemoglobina es menor de 11 g. /dl. Luego de la aplicación de ajuste según altura (altitud msnm desde 3,796 hasta 3,853) de 3.1 factor de ajuste por altitud.



FUENTE: datos de la aplicación de la entrevista entre marzo a mayo 2019.

Figura 6. Factores asociados al déficit de autocuidado de adherencia al suplemento ferroso de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Análisis e interpretación

La inadecuada adherencia al sulfato ferroso se relaciona primeramente con el factor cultural con un alto nivel de significancia ($p=0.000$) en quienes tiene creencias y costumbres desfavorables (47.92%). Respondiendo al ítem el sulfato hace daño, tienen miedo de tomar el suplemento, opinión de la familia para el consumo es negativo y no están de acuerdo que se debe consumir pastillas durante el embarazo. En la mayoría de los casos se observa que la

religión no es un impedimento para el consumo de pastillas. Lo que si se ha escuchado en varias gestantes es: *“mi mamá dice que no se toma pastilla cuando estamos gestando porque los hijos salen deformes”*.

El 42.08 % de gestantes con ninguna visita domiciliaria tienen una adherencia inadecuada ($p=0.18$) mientras que este déficit lo tienen 11.75%. Los que recibieron una visita domiciliaria. Según el MINSA se debe realizar 1 visita dentro del primer mes, y por lo menos una visita adicional en el tiempo restante durante el tratamiento. Entre las versiones que se dejó escuchar más de una vez fue y que corresponde de una madre con anemia, *“vinieron a visitar pero no estaba en casa.”*

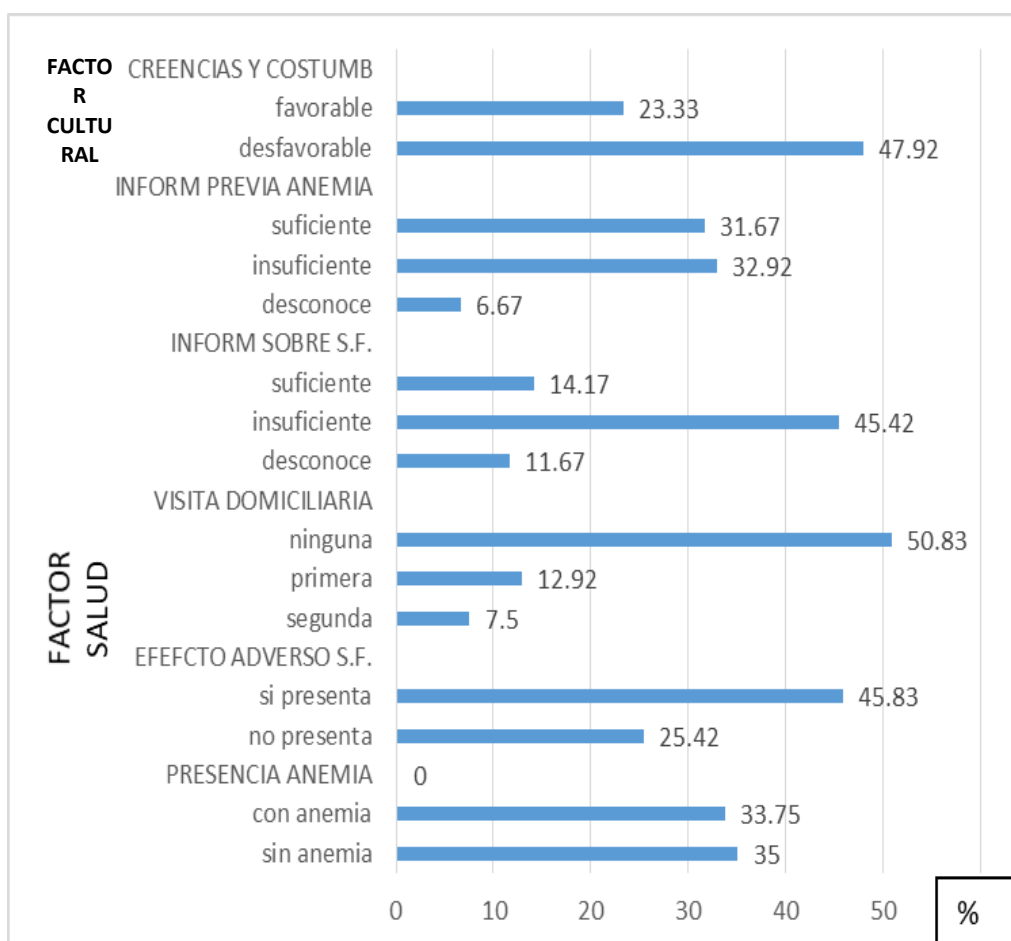
La presencia de efectos adversos se encuentra ampliamente relacionado con inadecuada adherencia al sulfato ferroso con 43.83%. Las madres que no tienen efecto adverso al suplemento ferroso tienen una inadecuada adherencia 17.08 %. Se considera que hay presencia de efecto adverso cuando presenta alguno de los signos y síntomas como: estreñimiento, vómitos, náuseas, acidez estomacal, mal sabor, mal olor, olor a hierro.

Referencia de una madre con anemia, *“el SF me causa náuseas, vómitos, estreñimiento, pierdo el apetito por que el sabor se queda en la boca todo el día y ya no quiero comer nada; por eso a veces noma tomo”*.

“me da náuseas, sabor feo y dolor de cabeza, no quiero tomar ese sulfato lo tengo guardado para tomar después de nacer mi hijo”.

Cabe indicar que la adherencia al suplemento ferroso consiste en el consumo de más de 22 tabletas en 30 días (doble dosis en caso de tratamiento) con un consumo diario.

“el sulfato tomo cuando me acuerdo por el trajín del día no se puede tomar “



FUENTE: datos de la aplicación de la entrevista entre marzo a mayo 2019.

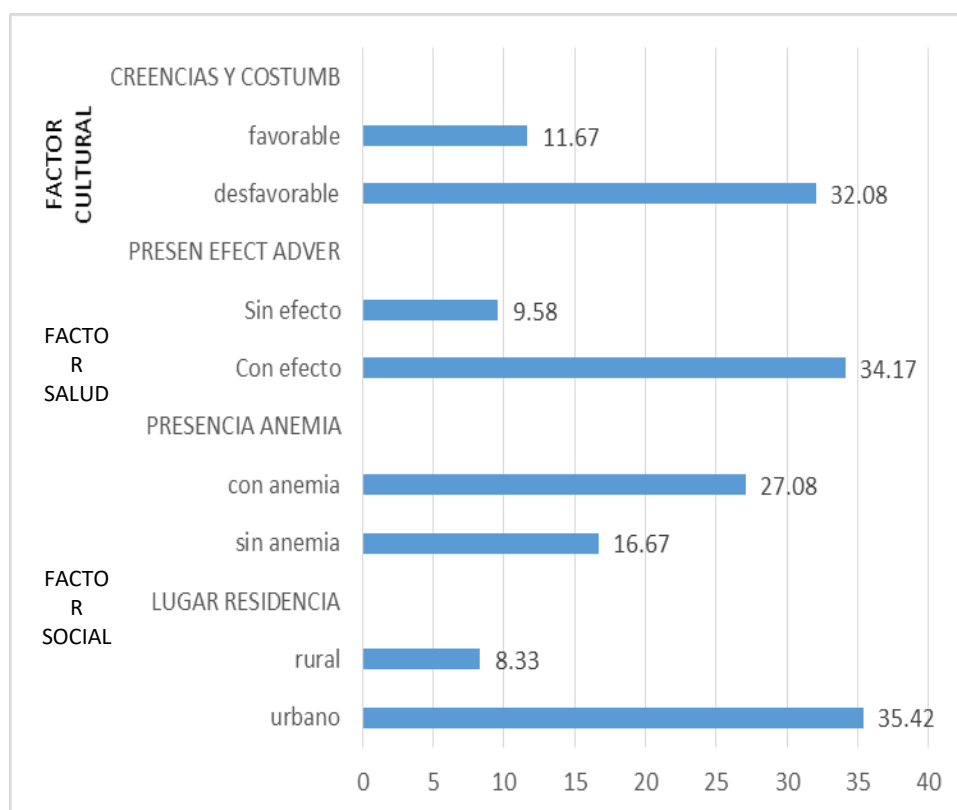
Figura 7. Factores asociados al déficit de autocuidado del modo de adherencia de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Análisis e interpretación

El 47.92% de las gestantes con creencias y costumbres desfavorables tienen inadecuado modo de adherencia al sulfato ferroso; mientras que son menos las gestantes con creencias y costumbres favorables y un 23.33% inadecuado modo de adherencia, con un nivel de significancia ($p=0.000$).

El inadecuado modo de adherencia al sulfato ferroso se asocia con la presencia de algún efecto adverso: las que no tuvieron efecto adverso 25.42% tienen adecuada adherencia al sulfato ferroso; mientras que los que si presentaron tuvieron un inadecuado modo de adherencia (45.83%). “

Finalmente el déficit de autocuidado a través del modo de adherencia al sulfato ferroso también se asocia a las informaciones recibidas por los profesionales encargados de la atención en los establecimientos de salud: los que tuvieron una insuficiente información sobre el sulfato ferroso presenta un inadecuado modo de adherencia 45.42% mientras que los que recibieron una suficiente información tienen un déficit de 14.17%. Según referencias de madres con anemia “yo tomo las tabletas con mate o agua de manzana con jugo de naranja me aumenta las náuseas” “cuando me acuerdo de tomar el sulfato lo tomo con matecito siempre y a veces con agua noma” “la manzanilla mejora el estómago”.



FUENTE: datos de la aplicación de la entrevista entre marzo a mayo 2019.

Figura 8. Factores asociados a la actitud de abandono del sulfato ferroso frente a efectos adversos de gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Análisis e interpretación

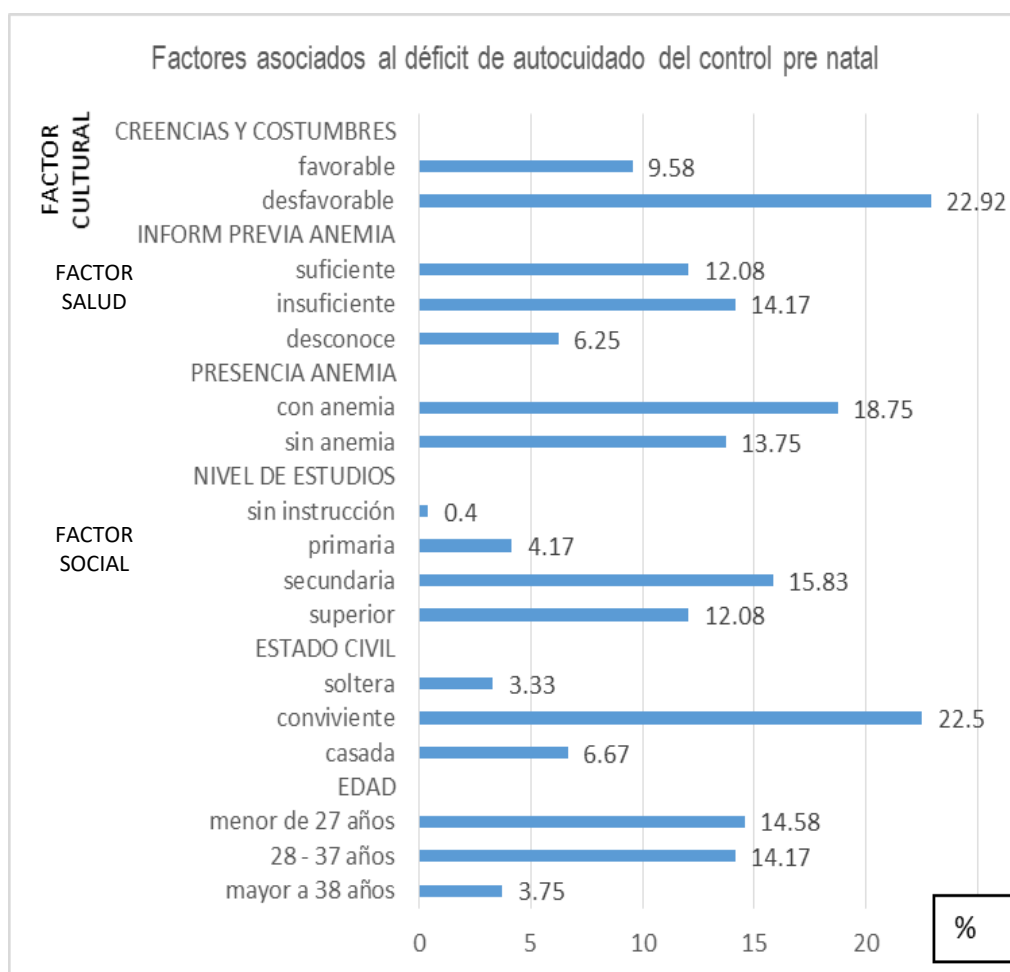
En el factor social hay un alto nivel significativo con la actitud frente a efectos adversos ($p=0.027$). El 35.42 % de las gestantes que viven en zona urbana asumen la actitud de abandonar el tratamiento con el suplemento ferroso.

El 27.08 de gestantes con anemia abandonaron completamente el tratamiento con sulfato ferroso; mientras que en menor proporción 16.67% de gestantes sin anemia abandonaron el tratamiento. ($p=0.000$). Las demás gestantes mitigan, otras deciden cambiar el suplemento ferroso por el Polimaltozado y otro grupo de madres continúan después de una temporada de abandono. El 35.42 % de gestantes sin anemia decide continuar con el tratamiento con sulfato ferroso. Porque consideran necesario y bueno para su salud y la de su hijo, el cual es el principal motivador del autocuidado de las gestantes.

En el presente gráfico se observa una relación altamente significativa entre las variables de actitud frente a efectos adversos y las creencias y costumbres de las gestantes. ($p=0.000$)

El 32.08% de gestantes con creencias y costumbres desfavorables respecto al consumo de las tabletas del sulfato ferroso abandonan el consumo del suplemento ferroso. Mientras el 11.67% de gestantes con creencias y costumbres favorables decide abandonar el suplemento.

“en mi familia dicen que no debo tomar porque mi mamá nunca tomaba ni siquiera conocía estas pastillas dice...”.



FUENTE: datos de la aplicación de la entrevista entre marzo a mayo 2019.

Figura 9. Factores asociados al déficit de autocuidado del Control Pre natal en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Análisis e interpretación

El 22.92% presenta déficit de autocuidado en el control prenatal (CPN) por creencias y costumbres desfavorables y en menor proporción 9.58% presentan déficit de autocuidado en CPN con creencias y costumbres favorables. $P= (0.002)$

El 22.5% con estado civil conviviente presenta déficit de autocuidado en su CPN seguido de un menor porcentaje 6.67% están con déficit en casadas. ($p= 0.10.$)

El déficit de autocuidado en CPN. Se asocia a gestantes con anemia 18.75% seguido de gestantes sin anemia con 13.75%. ($P=0.000$)

La asociación entre información recibida y el autocuidado del control prenatal, muestra que hay un déficit de 14.17% de los pacientes que reciben información insuficiente sobre prevención de anemia, importancia, reconocimiento de signos y síntomas de alarma; mientras que este déficit de autocuidado presentan 12.08% de los pacientes que reciben información suficiente por profesionales responsables de la atención a gestantes.

V. Discusión de resultados

En las gestantes de la red de salud Puno a una altura de 3820 msnm se encontraron con anemia 40.4% y sin anemia 59.6%. La presencia de anemia se relaciona con el déficit de autocuidado de la alimentación 30.42%), abandono al tratamiento 27.08%, inadecuada adherencia 33.75% inadecuado modo de asumir el tratamiento 33.75% y tuvieron un déficit de autocuidado en el CPN 18.75%. Mientras las que no presentaron anemia el déficit es en menor proporción déficit de alimentación 18.75%, abandonaron el tratamiento 16.67% inadecuada adherencia 24.17%, déficit de CPN 13.75%. Salaverry O. (2017) sostiene que los niveles de hemoglobina aumentan conforme a la edad gestacional y altitud a nivel del mar. Coincidiendo con Hernández-Vásquez et al.,(2017) en los departamentos de la sierra mantienen mayor prevalencia de anemia.

Munares-García et al., 2012), Se asemeja a los hallazgos de su estudio que concentra mayores prevalencias en las áreas rural y en la zona sur de la sierra como en Huancavelica (45.5%) Puno (42.8%) seguido de Pasco, Cusco y Apurímac. Según . García1* & Gómez-Guizado, (2018). La anemia reside en altitudes de la sierra rural y quintil de pobreza.

En nuestro estudio, en su mayoría las gestantes abandonan el tratamiento por temor a sufrir daño la gestación y su hijo y porque no hay costumbre en la familia de tomar pastillas durante la gestación. Salaverry O. (2017). Refiere, una mirada médica hacia la sociedad con el objetivo de conocer las circunstancias que rodean a las percepciones de la enfermedad es coherente con los antecedentes y cultivadores clásicos. Dependiendo también de la cultura y no solo de los factores biológicos.

El déficit de autocuidado de alimentación en gestantes es de 49.2%. Y se relaciona con presencia de anemia 30.42 % mientras las que no tienen anemia tienen un déficit de

18.75%. el déficit responde a que nunca o a veces consumen 5 veces a mas comidas al día , nunca y a veces consumen por lo menos tres veces por semana sangre, bazo hígado o pescado azul así como el consumo de verduras y frutas es escaso por semana; el mismo que no satisface las necesidades de la gestante. Según estudiosos como Joyce (2011) manifiesta que las necesidades de hierro aumentan durante el embarazo, ocurre anemia ferropénica por reservas bajas de hierro, importante es el consumo de alimentos con fuentes de hierro como las carnes magras, vegetales de hojas verde oscuro, huevos y granos enteros cereales enriquecidos; frutas secas, legumbres, mariscos y melaza.

Según Gómez, A. J. L., & Cogollo, L. J. M. (2018) J Nutr. (2003) El embarazo se caracteriza por tener mayor demanda de hierro y por los cambios hemodinámicos, que producen que la mujer sea más susceptible a variaciones en la concentración de hemoglobina. En nuestro estudio el déficit de alimentación también se relaciona con un nivel de estudios secundario (25.4%) y viven en zonas urbano el 35%. Podríamos atribuir a que en la ciudad debido al trajín del día a día en los hogares de hoy la alimentación es a base de comida rápida el incremento por preferir ir a los restaurant el consumo de comidas al paso de pollo debido a la accesibilidad económica y de fácil y rápida cocción; lo que no garantiza que están comiendo alimentos ricos en hierro.

Raile, A.M. (2015).Oren refiere, autocuidado, son actividades que las personas maduras o en proceso de maduración, inician, para la regulación funcional y desarrollo. Los requisitos de la alimentación, deben alcanzar con el autocuidado cuyos orígenes están en la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Por cierto para el autocuidado se requiere de conocimientos, habilidades y motivación; no obstante este estudio encontró una insuficiente información sobre anemia (24.17%), esta misma desinformación está condicionando a una la alta proporción de creencias y

costumbres desfavorables (34.17%) a través de algunos de sus ítems como acostumbro a tomar mates, infusiones en forma diaria (ítems 6). En Puno por ser un lugar con clima frío es un hábito el consumo de mates, infusiones que podría estar limitando la absorción del hierro por la presencia de tanino.

Olivas-Aguirre, (2015) señala sobre taninos hidrolizados, que limitan o benefician con los alimentos puede estar condicionado a la liberación de sus compuestos activo en el tracto digestivo. Vite Gutiérrez, Flor Yesenia. (2011). Refiere, las creencias de la población, genera una gran des adherencia respecto al cuidado que debe tener una gestante durante el embarazo lo cual lleva a un 15,83% de las gestantes con anemia ferropenia. Rapayan se dieron suplemento y charlas de nutrición, alimentos que deben consumir lo cual llevó a tener un 15.83% de anemia ferropenia de las gestantes.

Joyce, Y.Y. (2011) refiere, las necesidades de hierro aumentan de forma considerable durante el embarazo con el consumo de hierro puede el déficit. Las deficiencias de hierro, yodo, folato, vitamina "A" y zinc son contribuyentes a un crecimiento deficiente, sufren consecuencias de déficit intelectual, complicaciones perinatales y un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. La deficiencia de hierro es más común en todo el mundo. Las mujeres embarazadas y sus hijos de 5 años o menos son los grupos poblacionales más vulnerables.

Giraldo., Catalina, M., Rondon, Mt. Abadia CE. 2016).En su estudio, observaron que existen alimentos que incluyen o son restringidos por recomendaciones de sus familiares. Entre los alimentos aceptados están las vísceras, hígado, la pajarilla y los granos frutas, remolacha, ajonjolí, agraz, a todos ellos los consideró como útiles para combatir la anemia. Entre los alimentos no permitidos o restringidos son el huevo, gaseosas, banano, plátanos, toronjil, canela, nada caliente, considera que es como un veneno, y que se puede

perder al bebé. Sarmiento Ismael (2015) en Ecuador a propósito de la identidad cultural se encontró que la alimentación está ligado al componente cultural, a las costumbres autóctonas y según conocimientos de sus ancestros.

La inadecuada adherencia al sulfato ferroso es de 57.9%.es déficit de autocuidado poniéndose en riesgo la salud y la vida de la gestante. Según MINSA (2017) es inadecuado cuando el consumo es menor de 22 tabletas en 30 días. Asociado a gestantes con anemia en 33.75 %, principalmente con creencia y costumbres desfavorables (47.92%) según referencias de ítems como por ejemplo piensan que el suplemento hace daño al embarazo (item1) tienen miedo de tomar el SF. Porque puede hacer daño al hijo (items2) la opinión de la familia no es favorable con el consumo de pastillas durante el embarazo (ítems 3). Estas gestantes respondieron ninguna visita domiciliaría hasta el momento de la entrevista 42.08% de las tres visitas que tenían que recibir, dependiendo del trimestre gestación; además presentaron algún efectos adversos, recibieron insuficiente información del SF 38.33%. Según ítems sobre importancia del consumo (items1) hora apropiada de consumo (items2) posibles efectos adversos que pueden producir (items3). Relacionándose con déficit en la adherencia (consumo menor a 22 tabletas).

MINSA cuenta con suplementos de 60 mg. Fe. Para la administración profiláctica, para casos de tratamiento de anemia es con el doble de dosis indicada. Reevaluando la hemoglobina cada 4 semanas, y si se ha normalizado continuar con esta dosis por 3 meses y luego a dosis profiláctica hasta completar en el puerperio. Con todo, la inadecuada adherencia está condicionado principalmente con las creencias desfavorables 47.9% según el ítems 1, 2,3 que se refiere al miedo y daño que pueda producir el SF y porque la familia no está de acuerdo que la gestante tome patillas durante el embarazo.

MINSA (2015) el estudio epidemiológico en establecimientos del Ministerio de salud, con una muestra por cuotas en 1251 gestantes que recibieron sulfato ferroso en 12

regiones del Perú, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Ica, Junín, Libertad, Lima Loreto, Moquegua, Piura, Puno, y Tumbes. Hallaron el 14.9% de las gestantes manifestó no haber recibido tabletas de sulfato ferroso durante el período de estudio. Un 38 % de las gestantes, presentaron un nivel de adherencia a las tabletas de sulfato ferroso entre bajo y nulo. La adherencia baja fue en gestantes de Moquegua Puno, Ica Piura Loreto. Una cuarta parte presentó molestias como estreñimiento, mal aliento, náuseas, somnolencia.

MINSA, UNICEF. Concluyen que la adherencia promedio a la suplementación de hierro en las gestantes estudiadas es menor al 50%, y disminuye conforme transcurren los meses de gestación, llegando a ser sólo del 30% al sexto mes de seguimiento.. El riesgo de presentar adherencia baja se relacionó con mayor número de efectos adversos producto del suplemento, la pérdida de motivación para continuar con la suplementación, la inadecuada consejería de refuerzo y la falla en la dispensación del hierro en el establecimiento. Estos resultados son concordantes con los obtenidos en nuestro estudio; aparte la inadecuada adherencia está asociado al factor cultural y a la desinformación; porque según refieren las madres creen que el suplemento ferroso afecta la salud de la madre, según refieren “*producen malformaciones en él bebe*” la versión común y textual de una gran mayoría de madres es que “*mi mamá, dice, nunca han tomado nada de pastillas durante el embarazo y todo fue natural*” es así que en la zona rural inclusive urbano, prevalece la opinión familiar de que todo debe ser natural en convivencia armónica entre el ser humano y la naturaleza.

Paz, P. C. Artieta, P.I., Gonzalo, G. Espinoza, C.M., Gaminde I.I. Payo, (2016) En su estudio cualitativo con grupos focales estratificado por situaciones socioeconómicas y etapa de embarazo de 30 mujeres en Biskaya – Osakidetza., concluye: la información que brindan los profesionales de salud, no cubren las expectativas por ser escasa, en ocasiones contradictoria, a veces desactualizada, o por que ofrecen a destiempo, y sin empatía.

Demandan de una educación dinámica, mayor participación, e interacción, entre asistencias que empodere a las mujeres para la gestión de su propia salud y la de su familia.

El inadecuado modo de consumo del sulfato ferroso es muy alto 71.3%. Asociado a gestantes con anemia (33.75%). Las recomendaciones del MINSA para un efectivo tratamiento y prevención, se deben tener en cuenta, que la toma debe ser a la misma hora en forma diaria, tomar alejado de las comidas 1 a 2 horas (ítems1) consumir con cítricos (ítems2) la conservación adecuada de las tabletas (ítems6). Corroborado por El ministerio de salud (2004) que refiere, algunos alimentos que pueden limitar la absorción del hierro son la leche y cafeína por lo que es preferible tomar el complemento con agua. (MINSA). La vitamina C incrementa la absorción del hierro alimentario al intervenir en la reducción del hierro en su forma férrica (Fe^{3+}) a su forma ferrosa (Fe^{2+}); Se estima que aproximadamente 100 ml de zumo de naranja triplican la absorción de hierro. (Raquel 2006). Restringir la ingestión de alimentos como cereales, alimentos ricos en fibras, el té, café y los mates, porque disminuyen la absorción de hierro. Las pastillas de suplementos de hierro deben guardarse en un frasco oscuro cerrado al que no le dé la luz.

El déficit en el modo de consumo se relaciona con gestantes con ninguna visita domiciliaria (50.83%) seguido de gestantes con creencia y costumbres desfavorables como temor al consumo (ítems 1,2) con el 47.92%. incluso son gestantes con insuficiente información sobre el sulfato ferroso ítems 1, 2, 3, 4, 5,6) 45.42%. Consumiendo el S:F: bajo estas condiciones, el riesgo es la morbilidad materna y perinatal a causa de la anemia.

Según, Betancourt, Héctor. (2015). La cultura se basa en factores como valores, creencias, normas y prácticas socialmente compartidas en una sociedad o comunidad. No obstante, si

estas alteran la salud, pueden ser modificadas, reestructuras o negociadas por el profesional de la salud, según M. Leininger.

Salazar A.M., Valenzuela S. S. (2009). Refiere, durante el embarazo las mujeres con sus familias emprenden actividades, tradicionales y no tradicionales para mantener la salud y aliviar los efectos negativos a causa de cambios que experimenta en período de gestación. En la necesidad de autocuidado terapéutico es una muestra de tipos de conocimiento y habilidades requeridas por las personas.

Gómez, A. J. L., & Cogollo, L. J. M. (2018). Asegura, la utilización de las sales de hierro es la vía convencional para combatir la anemia por esta deficiencia, sin embargo, su baja biodisponibilidad, absorción y solubilidad, ocasiona intolerancias que pueden provocar la interrupción del tratamiento. Además observamos, que las madres desconocían que existen formas de mitigar los efectos adversos y por ello preferían abandonar el suplemento.

Los resultados coinciden con las afirmaciones de Picciano MF McGuire MK (2008). Las características sociales pueden estar limitando y por lo tanto, es posible que las poblaciones en mayor riesgo sean aquellas que tienen menos probabilidades de cumplir con estas recomendaciones.

Se encontró que el 43.8% de las gestantes decidieron asumir la actitud de abandono del tratamiento y en igual proporción 43.6% deciden continuar con el tratamiento del SF. Ante la presencia de efectos adversos, decidieron asumir una de cuatro alternativas; la primera frente a un efecto adverso mitigar o eliminar según recomendaciones, la segunda corresponde al abandono, la tercera decide cambiar con el complejo Polimaltozado férrico o de continuar tomando a pesar de los efectos adversos presentados (ítems 1, 2, 3,4). Se relacionó principalmente en gestantes que viven en zona urbana 35.42% y se encontró en gestantes que presentaron algún efectos adversos 34.17% como boca amarga,

estreñimiento, náuseas, vómito, mal sabor como a sangre o hierro. Entre otras manifestaciones de las gestantes, con el (34.17%); el abandono también se relacionó con alto nivel de significancia con creencias y costumbres desfavorables 32.08 % (ítems 1, 2,3,4,5,6.), este resultado hace pensar que el abandono no se debe únicamente a los efectos adversos sino también a las percepciones que tienen sobre las tabletas del suplemento porque además de presentarse con mayor incidencia en zona urbana , pues el poblador de los andes como es Puno es aun conservador de las tradiciones familiares. Este abandono al tratamiento se relación con gestantes que presentaron anemia con un 27.08%. Los resultados son preocupantes porque se observa que la enfermedad aun continua afectando a las gestantes abandonando un tratamiento y pudiendo más los efectos y las recomendaciones de la familia y no se tiene confianza en el tratamiento por que prefieren y deciden abandonar.

El Autocuidado, son acciones que la persona realiza para mantener su bienestar. Serpa Guerra, A. M., Vélez Acosta, L. M., Barajas Gamboa, J. A., Castro Herazo, C. I., & Gallego, R. Z. (2016). Los aspectos sociales estructurales, demográficos como etnia, clase social, religión y género, son concebidos como diversidad cultural; es la cultura la que directamente repercute en procesos conductuales. El modelo responde a que la cultura se basa en factores como valores creencias normas y practicas socialmente compartidas en un sociedad y/o comunidad y según la estructura de las relaciones entre las variables culturales, uno de los aspectos claves es la forma como impacta la cultura en las conductas, (Betancourt, 2015). Aunque, observamos que estas creencias no siempre favorecen el cuidado y por lo tanto requieren de una amplia y necesaria información que le ayude a emprender conductas saludables. Sobre el consumo la dosis es diaria, una sola toma, en caso de presentar efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis para dos tomas, si hay estreñimiento, se puede indicar que va a pasar a medida que se va a consumir

más frutas, verduras e incrementando agua; la toma es recomendable el consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas. (Norma Técnica d MINSA 2017) si la gestante supiera algunas alternativas de afrontamiento podrá mitigar sin embargo un gran porcentaje respondió que la información recibida fue insuficiente, a pesar de la importancia de la comunicación y la consejería que recomienda. Por lo que es preferible tomar el complemento con agua. Se recomienda consumir frutas y verduras para minimizar las molestias gastrointestinales. (MINSA 2004) En Huánuco, lugar donde también se puede observar elevado número de gestantes con anemia se encontró que los factores relacionados de la no adherencia del consumo de micronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, se halló una relación significativa con la percepción negativa. De las madres sobre los beneficios que tiene las chispitas en su niño. Claudio, J., & Cristina, (2016).

Hay un **déficit de autocuidado del CPN de 32.5% del total mientras que el 67.5% no tienen déficit** el déficit encontrado es preocupante cuando la meta de cobertura de salud es 100% evaluados según ítems como por ejemplo asistencia a CPN según fechas programadas, solicita información sobre el tratamiento, me intereso por leer los mensajes del material educativo, considera importante asistir a los controles Ítems 1.2.3.4.5.6.7.) Y se relaciona significativamente con gestantes cuyas creencias y costumbres son desfavorables en los ítems temor y miedo al daño que puede ocasionar el SF. La familia no está de acuerdo para que tome las tabletas (ítems, acostumbro a cuidarme en casa (ítems 1, 2, 3,5), así como se encuentra condicionado por gestantes con estado civil conviviente (22.5%). presentan el déficit las gestantes con anemia 18.75%. En México en los estudios descriptivo el personal de salud identifico obstáculos para la toma de la citología cervical por parte del personal de se encontró alto nivel de desinformación sobre la prueba y la enfermedad, el personal de salud no habla el idioma nativo produciendo desconfianza, así

como notables prejuicios, y mitos que imperan en relación a la enfermedad lo que dificulta la asistencia y el seguimiento. Saldaña-Téllez, M., Montero, M., & Lena, L. (2017). (Barzola, C. M. A., Gonzales, E. O. V., 2018) Así como la ausencia de visita domiciliaria influye en el déficit de autocuidado. Estudios asumen que el autocuidado es una responsabilidad que tiene cada persona para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud; para lo cual es importante individualizar los cuidados y su implicación de las personas en su propio plan de cuidado. En el plan de cuidado se debe considerar la motivación, cambio de comportamientos y hacer que la educación sea una herramienta principal de t trabajo (Prado Liana. A. Gonzales maricela R. Paz. Noelvis., Romero Krelia. (2014).

Control prenatal: Consiste en vigilar y realizar una evaluación integral a la gestante y al feto que asegure un recién nacido y su madre saludable. Entre los varios objetivos del control prenatal: permite identificar la presencia de signos de enfermedades asociadas que necesitan tratamiento, promover la adecuada nutrición, prevenir y/o tratar la anemia.

El Control prenatal es importante para una evaluación integral y mantener vigilada a la gestante y al feto que asegure una madre a su recién nacido (RN) estén saludable, permite identificar signos de riesgos de enfermedades asociadas que requieren tratamiento oportuno, promover la nutrición. El control prenatal debe ser de manera temprana, periódica, continúa e integral, con una frecuencia de CPN mensual hasta las 32 semanas, quincenal entre las 33 y las 36 semanas, CPN semanal desde las 37 semanas hasta el parto. Como mínimo que reciba 6 atenciones en las cuarenta semanas de gestación; y como mínimo el quinto control debe recibir entre las 37 y 40 semanas y la sexta entre las 37 hasta las 40 semanas de gestación. MINSA (2004)

En el CPN se hace la entrega del Suplemento de Hierro, y se administran en forma profiláctica, a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos; puede producir gastritis y estreñimiento; en estos casos se recomienda fraccionar la ingesta o tomar el suplemento después de la comida principal o antes de acostarse aunque no se recomienda en gestantes OMS y UNICEF. Norma Técnica MINSa (2017)

Nuestros resultados coinciden porque se encontró que la cobertura del CPN no es al 100% y para ello son los factores como la cultura, la falta de información y de sensibilización están condicionando la asistencia al CPN en forma oportuna cumpliendo con por lo menos 6 sesiones. En el estudio realizado en algunos departamentos a nivel nacional donde se encontró que en áreas rurales de Cajamarca, Amazonas, Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Cuzco, Puno y Ucayali. el 69 % refirieron su primer control prenatal en primer trimestre de gestación, y haber cumplido más de 6 controles de prenatal (CPN) 65.3%, recibieron sulfato ferroso (83.6%); estos resultados. Velásquez Hurtado José, Solís Alcedo Lucía, Vigo Valdez Walter, Rosas Aguirre Ángel, Giusti Hundskopf Paulina, Alfaro Fernández Paul, (2014)

VI. Conclusiones

1. El mayor porcentaje de déficit de autocuidado, modo de consumo del SF adherencia inadecuada al SF. Déficit en la actividad física - reposo, déficit en la alimentación y actitud de abandono al tratamiento del SF; se relaciona principalmente con factores individuales y sanitarios como son las creencias y costumbres desfavorables, la presencia de efectos adversos por el SF. Ninguna visita domiciliaria, insuficiente información.
2. Según el componente social demográfico, la mayoría de las gestantes, no tienen remuneración económica, viven en zona urbana, estado civil conviviente, y se encuentran en el grupo etario de 18 a 27 años de edad. Estos factores no son modificables por el sistema de atención de la salud, pero deben ser considerados como factores de riesgo para el autocuidado.
3. La mayoría de las gestantes recibieron consejería sin la participación de la familia, se encontraban en el tercer trimestre del embarazo, con ninguna visita domiciliaria e insuficiente información sobre prevención de anemia por parte de los profesionales de la salud en los establecimientos de la RED. Estos factores, son modificables por parte del profesional de la salud.
4. Las gestantes tienen creencia y costumbres desfavorables transmitidas principalmente por la familia, que limitan el consumo y adherencia al suplemento ferroso. Estos factores dependen de la conducta de la gestante y de la familia. Es modificable por el profesional de la salud en el cambio de conductas a través de la promoción de salud.

VII. Recomendaciones

1. El cuidado debe ser, a través de las intervenciones educativas, información, comunicación, con mensajes cortos, precisos y frecuentes, para que las gestantes desarrollen su capacidad de AC. con conocimiento, habilidades y motivación, que ayuden a tomar decisiones y acciones de autocuidado para prevenir y tratar la anemia ferropénica de tal manera que pasen de agentes pasivos a agentes activos en el cuidado de sí mismo y de su niño por nacer.
2. Es necesario, supervisar, evaluar las intervenciones de visitas domiciliarias, consejerías de tal manera que se cumplan, sean efectivas, que logren los objetivos de mejoras en la provisión de los servicios de salud.
3. Fortalecer la capacitación del profesional de la salud en teorías del autocuidado, temas de interculturalidad, cosmovisión andina; de tal manera que el plan de cuidados sea, individualizado e integral, considerando a la persona de forma holística, dentro de su contexto familiar y comunitario.
4. Se recomienda realizar trabajos de investigación de autocuidado con enfoque cualitativo, intercultural sobre percepciones, vivencias en gestantes en las diferentes etapas de la concepción y con distintos grupos de interés.
5. Durante los cuidados de la salud de las gestantes valorar las creencias, costumbres ancestrales, diagnosticar, analizar e intervenir con cuidados profesionales que nos permita reestructurar – reorientar, negociar – adaptar, y la conservación - mantenimiento de los cuidados culturales de las gestantes con la participación de la familia y comunidad.

VIII. Referencias

- Artieta, P.I., Gonzalo, G. Espinoza, C.M., Gaminde I.I. Payo, J. G. (2016). Necesidades Percibidas por las mujeres respecto a su maternidad” Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal “ atención primaria,. *Atención Primaria*, 48(10), 457–664.
- Barakat-Carballo, R., & Stirling, J. (2010). Influencia del ejercicio físico aeróbico durante el embarazo en los niveles de hemoglobina y de hierro maternos. (Influence of the physical aerobic exercise during pregnancy in the maternal haemoglobin and iron levels). *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias Del Deporte*, 4(11), 14–28. <https://doi.org/10.5232/ricyde2008.01102>
- Barzola, C. M. A., Gonzales, E. O. V., & R. (2018). Consumo de hierro y nivel de hemoglobina en púerperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 3(3), 4–8.
- Betancourt, H. (2015). Investigación Sobre Cultura y Diversidad en Psicología: Una Mirada Desde el Modelo Integrador. *Psykhé (Santiago)*, 24(2), 1–4. <https://doi.org/10.7764/psykhe.24.2.974>
- Burns N. Grove S.K. (2012). Investigación en Enfermería. Desarrollo de la Practica Enfermera Basada en la Evidencia. Elsevier. Quinta edición. España.
- Claudio, J., & Cristina, E. (2016). (2016). Factores relacionados a la no adherencia del consumo de multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del 26. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis. Retrieved from <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/316>

- Giraldo, V. Catalina, M., Rondón, M. A. . (2016). Interacciones entre le cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el Puerperio entre mujeres que viven en condiciones adversas que asisten a una clínica de maternidad”., 44(3), 224-229.
- González, F., & Genes, M. A. (2017). Determinantes Culturales de la Salud .Opinion Novel Cultural, (14).
- Hernán, M. A., Salinas Rivas, J., De, V., Pública, S., César, J. I., Cabezas, A.,Barrientos, E. (2017). Ministerio De Salud Del Perú Instituto Nacional De Salud Comité Técnico Responsable Centro Nacional De Alimentacion Y Nutricion. Retrieved from <http://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/1034/tablas-peruanas-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández-Vásquez, A., Azañedo, D., Antiporta, D. A., & Cortés, S. (2017). Spatial analysis of gestational anemia in Perú, 2015. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(1), <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2707>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2015). Informe técnico sobre Vigilancia centinela de adherencia a sales de hierro en niños de 6 a 35 meses y gestantes atendidos en establecimientos de salud del Ministerio de salud en 12 departamentos del país.
- Miranda Cipriano, O., Sánchez Abanto, J., Rojas Macedo, J., & Munares García, O. (2015). Vigilancia centinela de adherencia a sales de hierro en niños de 6 a 35 meses y gestantes atendidos en establecimientos de salud del ministerio de salud en 12 departamentos del país Lima , Mayo 2015, 32.

- Munares-García, O., Gómez-Guizado, G., Barboza-Del Carpio, J., & Sánchez-Abanto, J. (2012). Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 329–336. <https://doi.org/10.1590/s1726-46342012000300006>
- Munares-García^{1*}, O., & Gómez-Guizado, G. (2018). Anemia en gestantes con y sin talla baja. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 44(1), 14–26.
- Munayco C, Arias L, S. L. (2009). Estudio de adherencia a la suplementación con hierro durante la gestación en las direcciones de salud de Apurímac y Ayacucho. Dirección General de Epidemiología Unicef ESTUDIO, 12–13. Retrieved from http://www.unicef.org/peru/spanish/Adherencia_a_la_suplementacion_de_hierro.pdf
- Olivas-Aguirre, F. J., Wall-Medrano, A., González-Aguilar, G. A., López-Díaz, J. A., Álvarez-Parrilla, E., Rosa, L. A., & Ramos-Jiménez, A. (2015). Taninos hidrolizables: bioquímica, aspectos nutricionales y analíticos y efectos en la salud. *Nutrición hospitalaria*, 31(1), 55-66.
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Raile, A.M. (2015) Modelos y Teorías en enfermería. Octava Edición, Elsevier. España.

- Saldaña-Téllez, M., & Montero y López Lena, M. (2017). Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca. *Psicooncología*, 14(2-3), 343-364.
<https://doi.org/10.5209/PSIC.57090>
- Velásquez Hurtado José, Solís Alcedo Lucia, Vigo Valdez Walter, Rosas Aguirre Ángel, Giusti Hundskopf Paulina, Alfaro Fernández Paul, C. A. H. (2014). Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú 2012. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública.*, 31(2), 243-254.
- Vite Gutiérrez, F. Y. (2011). Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash, Perú: Periodo mayo 2010 – marzo 2011. *Acta Med Per*, 28(May 2010), 184-187.
- Vitolo, M. R., Boscaini, C., & Bortolini, G. A. (2006). Baixa escolaridade como fator limitante para o combate à anemia entre gestantes TT - Low educational level as a limiting factor in the fight against anemia in pregnant women. *Revista Brasileira de Ginecología e Obstetricia*, 28(6), 331-339.
<https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000600003>

Anexos
Anexo 01: Matriz de consistencia

1.9. Problemas	1.10. Objetivos	1.11. Hipótesis	1.12.	1.14.	1.16.
Problema general	Objetivo general	Hipótesis General	1.13. Variables e indicadores	1.15. Método	1.17. Población y Muestra
<p>¿Cuál es la relación entre el déficit de autocuidado y los factores sociales, culturales, y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál de los componentes de autocuidado de alimentación, higiene, adherencia al suplemento ferroso, modo de consumo del suplemento ferroso, actitud ante efectos adversos, control pre natal, actividad física y reposo; presenta déficit de autocuidado en gestantes con y sin anemia de la RED de salud Puno? • ¿Cuáles son las condiciones sociales, culturales, y de salud de las gestantes con y sin anemia de la RED de salud Puno? • ¿Cuál de los componentes preventivo terapéutico con déficit de autocuidado, se relaciona a condiciones sociales, culturales, y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de salud Puno 	<p>Determinar la relación del déficit de autocuidado según componentes preventivo terapéutico de la anemia; ferropénica y los factores sociales cultural y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar el déficit de autocuidado según de los componentes de alimentación, higiene, adherencia, modo de consumo del suplemento ferroso, ante efectos adversos control pre natal, actividad física y reposo, en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno. ➤ Identificar los factores sociales culturales y de salud de las gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno. ➤ Relacionar el déficit de autocuidado de los componentes preventivo terapéutico de la anemia, condicionado por factores sociales, culturales y de salud con en gestantes con y sin anemia de la RED de salud Puno? 	<p>Hipótesis operacional: Existe déficit de autocuidado en gestantes con y sin anemia al no satisfacer de forma adecuada los requisitos de autocuidado en la prevención y recuperación de la anemia.</p> <p>Hipótesis estadística. Existe relación entre el déficit de autocuidado según requisitos de alimentación, higiene, adherencia, modo de consumo del suplemento ferroso, ante efectos adversos, control pre natal, actividad física y de reposo con factores sociales culturales y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.</p>	<p>VI. Condiciones social, cultural y de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores sociales: edad, estado civil, nivel de estudio, lugar de residencia, condición laboral, lengua materna, vive en compañía. • Factores de salud: trimestre de gestación, paridad, presencia de anemia, efecto adverso, visita domiciliaria, consejería con familia, información de prevención e información de uso del suplemento ferroso. • Factores culturales: creencias, costumbres respecto al suplemento ferroso. <p>VD. Capacidad de autocuidado según requisitos de:</p> <p>Autocuidado de la alimentación, higiene, adherencia, modo de consumo, ante efectos adversos, del control prenatal y de actividad física y reposo</p>	<p>1.18.</p> <p>Tipo de Investigación Es de tipo aplicativo Diseño de la Investigación Es de tipo descriptivo correlacional, explicativo de corte transversal.</p> <p>Técnica: entrevista</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos: cuestionario semiestructurado.</p>	<p>1.19.</p> <p>1.20. Población</p> <p>1.21. Gestantes con y sin anemia que acudieron a los consultorios de Control Pre Natal (CPN) de los establecimientos de la RED de Salud Puno</p> <p>1.22.</p> <p>1.23. Muestra</p> <p>El tamaño de muestra final es de 240 gestantes como unidades de observación</p> <p>1.24.</p> <p>1.25. Análisis de Datos</p> <p>Para el análisis inferencia se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado y el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza de 95%;</p> $\chi_o^2 = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$

Anexo 02: Instrumento de recolección de datos

FORMULARIO DE ENTREVISTA N° 01

FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y DE SALUD.

DATOS PERSONALES:

Nombre ----- Código

M:R: Fecha.

I.- FACTORES SOCIALES:

- 1.- Edad: menor de 27 años () 28 – 37 años () mayores de 38 años ()
- 2.- Estado Civil: Soltera () conviviente () casada ()
- 3.- Nivel de estudio: Sin instrucción () Primaria () secundaria () superior ()
- 4.- Lugar de residencia: rural () urbano ()
- 5.- Condición laboral: sin remuneración () con remuneración ()
- 6.- Lengua materna: quechua () aimara () castellano ()
- 7.- Vive en compañía de:
Sola () Pareja () pareja e hijos () con padres ()

II.- FACTOR DE SALUD.

- CLINICO OSTETRICO.

- 8.- Trimestre de gestación: II () III ()
- 9.- Número de hijos vivos: nulípara () primípara () multípara () gran multípara ()
- 10.- Con diagnóstico de anemia: SI () NO ()
- 11.- Presenta efectos adversos por el consumo del sulfato ferroso: SI () NO ()

- ATENCION DE SALUD.

- 12.- Cuantas visita domiciliarias recibió?: Ninguna () primera () Segunda ()
- 13.- Participa la familia de las consejerías? : Nunca () a veces () Siempre ()

14.- INFORMACION QUE MANEJA LA MADRE SOBRE PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA.

N°	Preguntas.	S	I	D
1	Cuáles son los signos y síntomas de la anemia ferropenia?	3	2	1
2	Cuáles son los alimentos que evitan la anemia ferropenia?	3	2	1
3	Porque es importante el consumo de hígado, sangre, bazo, carnes rojas, pescado?	3	2	1

S = Suficiente () I = Insuficiente () D = Desconoce ()

15.- INFORMACION QUE MANEJA LA MADRE SOBRE EL SUPLEMENTO DE HIERRO.

N°	PREGUNTAS.	S	I	D
1	Por qué es importante el consumo del suplemento ferroso?	3	2	1
2	Cuál es la hora más apropiada para consumir las tabletas del SF?	3	2	1
3	Cuáles son los posibles efectos adversos a presentarse con el SF.?	3	2	1
4	Cuál es el modo de evitar o mitigar los posibles efectos adversos?	3	2	1
5	Por qué es importante el consumo de cítricos?	3	2	1
6	Donde guarda las tabletas del suplemento ferroso?	3	2	1

S = Suficiente () I = Insuficiente () D = Desconoce ()

III.- FACTOR CULTURAL: CREENCIAS Y COSTUMBRES.

N°	ITEMS.	SI	NO
1	Pienso que el suplemento me hace daño.	SI	NO
2	Tengo miedo de tomar el suplemento y que ocasione algún daño a mi hijo.	SI	NO
3	La opinión de la familia respecto al suplemento ferroso es favorable. *	SI*	NO*
4	Mi religión permite el consumo de pastillas.	SI	NO
5	Acostumbro a sanar en casa de forma natural. (Hierba) ante problemas de salud.	SI	NO
6	Acostumbro a tomar mates, infusiones en forma diaria.	SI	NO

16.- Favorable () Desfavorable ()

FORMULARIO DE ENTREVISTA N°02

AUTOCUIDADO DE LA GESTANTE.

NOMBRE: **CODIGO**

M.R **FECHA**

17.- AUTOCUIDADO DE LA ALIMENTACION.

N°	ACCIONES.	N	A	S
1	Consumo 5 veces a más comidas al día.	1	2	3
2	Consumo con mayor frecuencia/semana: sangre, bazo, riñón, hígado, pescado azul (bonito, furel.)	1	2	3
3	Procuro consumir productos lácteos alejados de las comidas principales.	1	2	3
4	Acompaño mis comidas con verduras de color, amarillo, anaranjado, rojo, hojas verde oscuro, todos los días de la semana.	1	2	3
5	Consumo frutas de color, amarillo, anaranjado, rojo, a media mañana y a media tarde todos los días de la semana.	1	2	3
6	En las comidas incluyo menestras tres veces por semana (frejoles, lentejas...).	1	2	3

N = nunca A = a veces S = siempre

18.- AUTOCUIDADO DE LA HIGIENE.

N°	ACCIONES	N	A	S
1	Me aseguro de tomar agua segura (potable, hervida)	1	2	3
2	Practico el lavado de manos con jabón y agua a chorro antes de preparar y consumir los alimentos	1	2	3
3	Lavo los alimentos previa preparación	1	2	3

N = nunca A = a veces S = siempre

19.- ADHERENCIA AL SUPLEMENTO.

N°	ACCIONES	N	A	S
1	Consumo más de 22 tabletas en 30 días.	1	2	3
2	Consumo el suplemento ferroso en forma diaria	1	2	3
3	Olvido tomar el suplemento ferroso. *	3*	2	1

N = nunca A = a veces S = siempre

20.- AUTOCUIDADO DEL MODO DE CONSUMO DEL SUPLEMENTOS.

N°	ACCIONES DE AUTOCUIDADO.	N	A	S
1	Consumo el suplemento alejada de las comidas en 1 a 2 horas	1	2	3
2	Consumo el sulfato ferroso con jugo de naranja, limonada a diario. (cítricos)	1	2	3
3	Consumo el suplemento con mates.*	3*	2	1
4	Acostumbro a tomar el suplemento de preferencia a la misma hora	1	2	3
5	Cuento con apoyo familiar para cumplir con mi tratamiento.	1	2	3

6	Las tabletas las guardo en un cajón lugar fresco, seguro y protegido de la luz solar.	1	2	3
---	---	---	---	---

N= nunca A = a veces S = siempre

21.- ANTE EFECTOS ADVERSOS OPTA UNA DE LAS SIGUIENTES ACCIONES.

N°	ACCIONES	A	M	CAM	CON
1	Ante un efecto adverso DECIDO mitigar o eliminar los efectos adversos. (Fraccionar las tabletas, consumir mayor cantidad de agua mayor cantidad de verduras y frutas respectivamente).				
2	Ante un efecto adverso prefiero ABANDONAR el suplemento ferroso				
3	Ante un efecto adverso a la tableta cumplo con la alternativa CAMBIAR con el complejo Polimaltozado Férrico.(en Polvo Madre, Nutriman)				
4	Ante efectos adversos del suplemento continuo tomando a pesar de los efectos.				

N= nunca A = a veces S = siempre

22.- AUTOCUIDADO PARA EL CONTROL PRENATAL

N°	ACCIONES DE AUTOCUIDADO	N	A	S
1	Asisto al CPN en fechas programadas.	1	2	3
2	Planifico y organizo mis asuntos personales para asistir tranquila al CPN.	1	2	3
3	Solicita mayor información sobre dudas e inquietudes sobre el suplemento ferroso, signos de alarma.	1	2	3
4	Tomo nota de la información que recibo.	1	2	3
5	Me intereso por leer o saber el mensaje del material educativo recibido, o el carnet materno perinatal.	1	2	3
6	Considero importante asistir a los controles para saber sobre el bienestar de los dos.	1	2	3
7	Me aseguro asistir a los controles acompañada de un familiar.	1	2	3

N = nunca A = a veces S = siempre

23.-AUTOCUIDADO REFERENTE A ACTIVIDAD FISICA Y REPOSO.

N°	ACCIONES DE AUTOCUIDADO	N	A	S
1	Acostumbro a reposar y descansar durante el día	1	2	3
2	Duermo más horas de lo normal y que favorezca el desarrollo de mi hijo.	1	2	3
3	Realizo ejercicios de respiración en forma diaria.	1	2	3
4	Realizo caminatas todos los días por mi embarazo.	1	2	3
5	Dispongo de un horario para llevar a cabo mis caminatas. Por mi embarazo.	1	2	3
6	Realizo caminatas en compañía de un familiar.	1	2	3

N = nunca A = a veces S = siempre.

Anexo 03

Consentimiento informado

YO:
NOMBRE DE LA GESTANTE PARTICIPANTE

.....
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE.

FECHA: LUGAR:

NOMBRE DEL AUTOR: ENF. NANCY S. ALVAREZ URBINA. Cel. 949546647.

LUGAR DE TRABAJO: ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LAS MICROREDES DE LA RED DE SALUD - PUNO.

Luego de haber recibido la información por escrito y verbal, clara en el idioma que entiendo, del problema central, objetivos, y beneficios e importancia respecto a la investigación titulada: **VARIABLES PREDICTORAS DE AUTOCUIDADO ASOCIADO A CONDICIONES SOCIALES, CULTURALES Y DE SALUD DE LA GESTANTE CON Y SIN ANEMIA DE LA RED DE SALUD, PUNO.** Cuyo objetivo es Determinar el déficit de autocuidado condicionado por factores social cultural y de salud en gestantes con y sin anemia de la RED de Salud Puno.

Habiendo sido **INFORMADA**, y aclarado previamente todas mis interrogantes **ACEPTO**, de forma consciente y voluntaria, para que se recolecte datos personales respecto a mis cuidados y condiciones sociales culturales de salud en que me encuentro.

Toda la información obtenida bajo este consentimiento, solo podrán ser utilizados con fines científicos y académicos dentro del marco de la ética.

FIRMA DE LA MADRE GESTANTE
NOMBRE
DNI.

TESTIGO PRESENTE o
RESPONSABLE.
NOMBRE
DNI

Anexo 04

Validación por juicio de expertos

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del experto:.....

Cargo o institución donde labora:

Favor de colocar sólo un número del 1 (deficiente) al 5 (excelente), según su opinión, en cada indicador.

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
1. Redacción	Ortografía adecuada					
2. Objetividad	Expresada en términos medibles					
3. Organización	Lógica y secuencial					
4. Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables					
5. Intencionalidad	Adecuado para valorar el objeto de la investigación					
6. Coherencia	Se manifiesta en las preguntas efectuadas					
7. Metodología	Tiene relación con su matriz de consistencia					

II. OPINION DE APLICABILIDAD:

III. PROMEDIO DE VALORACION:

.....
FIRMA DEL EXPERTO

Anexo 05

Resultados de la validez y confiabilidad del instrumento

Cuestionario de validación para los jueces

Se aplicaron, siguiendo el esquema de Likert, los 7 indicadores con sus criterios precisados más abajo (ver Tabla Validación por juicio de expertos) a 4 expertos en nutrición infantil, de los cuales 2 tienen Grado de Doctorado y 2 han completado sus estudios de Doctorado.

La puntuación posible varió de 1 (la menos favorable) a 5 (la más favorable); así, la puntuación final pudo estar entre 28 a 140.

De acuerdo al cuestionario evaluado por los jueces, se obtuvo el puntaje final de 129, resultando en un coeficiente de 0.92.

EXPERTOS	PREGUNTAS							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	
1	5	4	3	4	5	4	5	30
2	5	5	5	5	5	5	5	35
3	5	4	5	5	4	5	5	33
4	4	5	4	4	4	5	5	31
TOTAL	19	18	17	18	18	19	20	129

RESULTADOS DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para determinar la validez del formulario se aplicó la siguiente escala, tomando en cuenta la puntuación total resultante:

VALIDEZ	
< 0.53	Nula
0.54 – 0.59	Baja
0.60 – 0.65	Válido
0.66 – 0.71	Muy válido
0.72 – 0.99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

En este caso, los resultados arrojaron que el cuestionario es de **excelente validez**.

Resultados de la confiabilidad del instrumento

Con los resultados se utilizará el SPSS, para la obtención del alfa

EXPERTOS	PREGUNTAS							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	
1								
2								
3								
4								
TOTAL								

Para determinar la confiabilidad del instrumento se usará el coeficiente α de Cronbach para las variables politómicas, aplicando la fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

α = coeficiente de Cronbach

k = No. de ítems utilizados para el cálculo

S_i^2 = Varianza de cada ítem

S_T^2 = Varianza total de los ítems

Anexo 06

Definición de términos

1. **Ácido Fólico:** Es una de las vitaminas del complejo B de gran importancia antes y durante el embarazo ya que se ha comprobado que su ingesta adecuada, antes y en las primeras semanas de la gestación, disminuye el riesgo defectos del tubo neural. (MINSa, 2017)
2. **Anemia ferropénica:** es la anemia producida por deficiencia en el ingreso de hierro a nuestro organismo o por pérdida crónica de sangre; es la causa más frecuente de anemia en el niño, siendo más frecuente en los lactantes y pre escolares. (Blesa, 2016)
3. **Absorción:** término que se usa en fisiología para designar una serie de procesos por medio de los cuales ciertas sustancias, que permanecían en la parte externa de un organismo vivo, penetran sin lesión traumática en el interior de dicho organismo. La absorción forma parte de la nutrición. (Blesa, 2016)
4. **Diagnóstico de anemia ferropénica:** se puede hacer el diagnóstico sobre la sospecha clínica y con la determinación de los niveles de hemoglobina. Una prueba útil confirmatoria del déficit de hierro es la determinación de los niveles de ferritina sérica, cuando se encuentran valores menores a 15 ug/L. (Blesa, 2016)
5. **Factor de riesgo:** son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o efecto. (Colimon, 2008)
6. **Hemoglobina:** es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo, es capaz de fijar eficientemente el oxígeno a medida que este entra en los alveolos pulmonares durante la respiración, también es capaz de liberarlo al medio extracelular cuando los eritrocitos circulan a través de los capilares de los tejidos. (MINSa, 2017)
7. **Hierro:** es un mineral que forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células. (MINSa, 2017)

8. **Metabolismo de hierro:** son una serie de importantes procesos, como la regulación de la absorción del hierro intestinal, el transporte de hierro a las células, el almacenamiento del hierro, la incorporación de hierro a las proteínas y el reciclado del hierro tras la degradación de los eritrocitos. (Noguera, 2009)
9. **Autocuidado:** Práctica de actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo para su bienestar y desarrollo personal mediante la satisfacción de requisitos universales y terapéuticos.
10. **Requisitos de autocuidado:** Son consejos expresados sobre las acciones que se deben llevar a cabo para regular el funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo algunas circunstancias y condiciones.
11. **Acción de autocuidado:** Habilidad adquirida por las personas madura o en proceso de maduración que les permite conocer y satisfacer sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.
12. **Déficit de autocuidado:** Es la relación entre propiedades humanas de necesidades terapéuticas de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para cubrir algunos o todos los componentes de las necesidades terapéuticas de autocuidado existente o proyectada. (Orem 2001)
13. **Factores básicos:** Condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y según circunstancias, entre las que se identificaron en la teoría son: edad, sexo, estado de desarrollo, de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, sistema familiar, socioculturales, disponibilidad de recursos, factores del entorno.
14. **Anemia:** Es una enfermedad cuya hemoglobina en sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a deficiencia de hierro en el organismo de la gestante. (Barzola, C. M. A., Gonzales, E. O. V., 2018).
15. **Gestante:** Uno de los grupos poblacionales más vulnerable a la deficiencia de hierro es precisamente la gestante; y quien según el MINSA, como una estrategia de salud

preventiva debe recibir el suplemento ferroso a partir de la 14ava. Semana de gestación hasta 30 días después del parto (etapa del puerperio).

16. Adherencia: Es el grado de consumo del suplemento ya sea preventivo, terapéutico prescrito. Buena disposición para cumplir con el tratamiento en cuanto a que se refiere al horario, dosis y tiempo. Es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada. (MINSA, 2017)
17. Ajuste del nivel de hemoglobina: Es la corrección del nivel de hemoglobina según altitud respecto al nivel del mar.
18. Suplemento ferroso: Son tabletas compuesto por FeSO₄. Se indica para el tratamiento de la anemia ferropénica necesario para mantener o reponer los niveles de hierro en el organismo.
19. Malnutrición: se presenta cuando lo que usted come, no le suministra a su cuerpo lo que necesita para crecer y tener energía. Su dieta puede carecer de uno o más alimentos básicos. La malnutrición es llamada primaria cuando es causada por no comer lo suficiente y secundaria cuando es causada por una enfermedad. (MSD, 2005)
20. Valores normales de hierro en el niño menor de 36 meses: el recién nacido posee un contenido en hierro aproximado de 75 mg/kg; a los 6 meses baja a 37 mg/kg. Durante los primeros meses de vida se requiere un aporte aproximado de 35-45 mg. por cada kilogramo de peso ganado. (Blesa, 2016)
21. Concentración de hemoglobina: Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre. Normalmente se expresa en gramos por decilitro (g/dL) o gramos por litro (g/l). (MINSA, 2017)
22. Consejería a gestantes y puérperas: Es un proceso educativo comunicacional entre el profesional de la salud capacitado en consejería nutricional y la gestante o puérpera con el propósito de analizar los resultados de la evaluación nutricional y reflexionando sobre aquellas prácticas de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. (MINSA, 2017)

23. Hematocrito: Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los rangos normales de hematocrito dependen de la edad y, después de la adolescencia, del sexo de la persona. (MINSA, 2017)
24. Hierro Hemínico (hierro hem): Es el hierro que participa en la estructura del grupo hem o hierro unido a porfirina. Forma parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas, como citocromos, entre otras. Se encuentra únicamente en alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res etc. Tiene una absorción de 10 – 30%. (MINSA, 2017)
25. Hierro no Hemínico (hierro no hem): Es el que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y tiene una absorción de hasta 10%, tales como habas, lentejas, arvejas, con mayor nivel de absorción, y las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro, con menor nivel de absorción. (MINSA, 2017)
26. Sulfato Ferroso: Es un compuesto químico de fórmula FeSO_4 . Se encuentra casi siempre en forma de sal hepta-hidratada, de color azul-verdoso. Se puede usar para tratar la anemia ferropénica. (MINSA, 2017)