



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“FACTORES QUE PREDISPONEN LA ANEMIA FERROPENICA
EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EL CENTRO MATERNO
INFANTIL SAN JOSE LIMA”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR:
LONDOÑO ZEGARRA CARLA LISSETT**

**ASESOR
MG. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

LIMA-PERÚ, 2019

**“FACTORES QUE PREDISPONEN LA ANEMIA FERROPENICA
EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EL CENTRO MATERNO
INFANTIL SAN JOSE LIMA”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar los factores que predisponen la anemia ferropénica en niños menores de 1 año en el centro materno infantil San José – Lima 2017. Es una investigación enfoque cuantitativo es de tipo no experimental, nivel aplicativo y de diseño descriptivo de corte transversal y prospectiva, se trabajó con una muestra de (n=60 niños menores de un año), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , Se aplicó la prueba de Alfa de Crombach: Para corroborar la confiabilidad del instrumento y para determinar la validez se aplicó la validez de criterios aplicando el juicio de expertos (prueba binomial), a profesionales de salud conformado por 2 enfermera, 2 nutricionistas y 1 un profesional especialista en saneamiento ambiental, además, se empleará la validez por el método del promedio.

Para la recolección de datos se pidió permiso y/o autorización al director del centro de salud, para poder ingresar y aplicar el instrumento, dejando establecido que días se realizara el levantamiento de la información en el mencionado lugar.

CONCLUSIONES:

Se concluyo que el factor de riesgo que predispone más en la anemia ferropénica en niños menores de 1 año del centro materno infantil San José 2017. Son los factores culturales en un 65%, seguido de los factores económicos con un 35% respectivamente. Ante la prueba de riesgo, el tener el factor cultural como predisposición se constituye en riesgo elevado para contraer una anemia ferropénica

PALABRAS CLAVES: factores que predisponen la anemia ferropénica.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the factors that predispose iron-deficiency anemia in children under 1 year of age in the maternal and child center San José - Lima 2017. It is a quantitative approach research is non-experimental type, application level and descriptive design of cross-sectional and prospective cut, we worked with a sample of (n = 60 children under one year), for the collection of information a Likert questionnaire was used, Crombach's Alpha test was applied: To corroborate the reliability of the instrument and to determine validity, the validity of criteria was applied applying expert judgment (binomial test), to health professionals made up of 2 nurses, 2 nutritionists and 1 a specialist in environmental sanitation, in addition, validity will be used by the method of the average.

In order to collect data, permission and / or authorization was requested from the director of the health center, to be able to enter and apply the instrument, leaving it established that the information will be collected in the aforementioned place.

CONCLUSIONS:

We conclude that the risk factor that predisposes more in iron deficiency anemia in children under 1 year of the maternal and child center San José 2017. Are cultural factors by 65%, followed by economic factors with 35% respectively. Given the risk test, having the cultural factor as predisposition constitutes a high risk for iron deficiency anemia.

KEYWORDS: factors that predispose to iron deficiency anemia.

INDICE

Pág.

RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	7
2.3. Definición de términos	22
2.4. Variables	23
2.4.1. Operacionalización de la variable	23

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	24
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	26
3.3. Población y muestra	27
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	27
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	27
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	27
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	28
CAPÍTULO V: DISCUSION	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial; la causa principal es la deficiencia de hierro, aunque generalmente coexiste con otras causas como la malaria, infecciones parasitarias o la desnutrición. Es un factor que contribuye a la mortalidad infantil, materna y perinatal, al bajo peso al nacer, a la discapacidad y a una menor productividad. 1 Los factores condicionantes de la anemia resultan de la combinación de múltiples factores etiológicos; entre las causas inmediatas de esta carencia destacan condiciones sociales de los padres ya que tienen pocos ingresos y se encuentra estrechamente relacionada al lugar donde se da las mayores incidencias de pobreza. Las familias provenientes del área rural o de lugares urbano marginales, tienen menor poder adquisitivo, la baja ingesta de alimentos fuentes de hierro, la pérdida de este micronutriente por infecciones parasitarias y una baja absorción de hierro por ausencia del factor que la potencializan (carne, ácido orgánico y otros) y/o presencia de inhibidores de su absorción (Calcio, te, café, etc.). 2

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia de hierro es en la actualidad la principal deficiencia de micronutrientes en el mundo; afecta a millones de individuos durante todo su ciclo de vida, en especial a los lactantes, niños pequeños y las mujeres embarazadas ⁽¹⁾.

La anemia ferropenia es uno de los problemas de salud pública a nivel mundial, en un estudio que realiza la OMS estima que, es una de las formas más común de anemia. Este tipo de deficiencia se presenta cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales; la exposición a una deficiencia prolongada conduce a la anemia. Se estima que más de 2 mil millones de personas sufren de anemia y que la mitad tiene anemia ferropenia ⁽³⁾.

La Organización Panamericana de la Salud determinó que en el continente americano aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia, siendo las mujeres embarazadas y los niños los que presentaron las más altas prevalencias, lo cual se traduce en un problema de gran magnitud ⁽²⁾.

La anemia, afecta a más de dos tercios de los niños de países subdesarrollados. Los niños de 12 meses son particularmente vulnerables a este tipo de anemia porque sus requerimientos de hierro son más altos. En un estudio realizado en la ciudad de Guantánamo en el año 2003, por Sociedad Cubana de Administración de Salud de Anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 12 meses, nos refiere que diversos factores socioeconómicos pueden afectar el estado el aporte de hierro, en el niño, por ejemplo, mala alimentación de la madre, destete precoz, ablactación incorrecta, la ingestión excesiva de leche en detrimento de otros alimentos, la presencia de algunas enfermedades como; enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA)⁽⁴⁾.

En América Latina, la incidencia es elevada entre niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y en gestantes. En Brasil, La deficiencia de hierro continúa siendo una de las carencias nutricionales más frecuentes en este país. La carencia de hierro se presenta especialmente en poblaciones en condiciones de pobreza y en estrecha correspondencia con el contenido férrico de la dieta ⁽⁵⁾.

La anemia es una enfermedad en la que la sangre tiene menos glóbulos rojos de lo normal, Los glóbulos rojos transportan oxígeno y retiran del cuerpo el dióxido de carbono, que es un producto de desecho, Según la OMS la clasifica en anemia leve, moderada y severa. El hierro es un componente fundamental de la hemoglobina y su función es la de trasportar el oxígeno, esencial para el desarrollo de los tejidos y las células. El hierro está en forma funcional, o ligado a proteínas, nunca existe hierro libre. El hierro se absorbe en el estómago y duodeno y se excreta por las heces dando a éstas un color negruzco ⁽¹⁰⁾.

MINSA reconoce el importante y fundamental aporte que el profesional de enfermería peruano ofrece a través de su participación en el control de crecimiento y desarrollo de la población infantil; en tal sentido la dimensión humana y social que caracteriza a ésta profesión concuerda

con la filosofía del programa de atención de salud integral del niño y adolescente del Ministerio de Salud ⁽¹¹⁾.

En el pasado se creía que la herencia genética era el factor determinante del crecimiento y desarrollo, sin embargo hoy en día existe suficiente evidencia científica que demuestra que somos lo que somos, no solo por los genes que heredamos, sino por el ambiente que heredamos; en este contexto la nutrición, la estimulación, la higiene y otros cuidados de la salud del niño son factores determinantes del adecuado crecimiento y desarrollo ⁽¹²⁾.

El cuidado de la salud tiene una gran repercusión tanto en la salud durante los primeros años de vida como en la edad adulta. El efecto de la prevención de enfermedades, la detección precoz de riesgos y su tratamiento y la creación de hábitos saludables en la infancia, perdura en etapas posteriores y permite una mejor calidad de vida de cada persona.

Los organismos vivos requieren hierro para que sus células funcionen normalmente. El hierro es necesario para el desarrollo de tejidos vitales incluido el cerebro y para transportar y almacenar oxígeno en la hemoglobina y la mioglobina muscular. Esta falta de hierro se debe por lo general a pérdida de sangre, mala alimentación o incapacidad de absorber suficiente hierro de los alimentos ⁽¹³⁾.

Dentro de los factores que condicionan anemia podemos mencionar los factores nutricionales; como el hígado, carnes rojas, pescado y los mariscos. Alimentos vegetales; legumbres, verduras verdes y cereales integrales. La vitamina C, le ayuda al cuerpo a absorber el hierro. Entre las fuentes de vitamina C se encuentran las frutas y verduras ⁽¹⁴⁾.

Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva tienen asegurado un buen balance de hierro, durante los primeros meses de vida. La leche humana tiene 0.5mg/l de hierro, siendo su absorción próxima a 50%, los niños alimentados con leche de vaca, presentan por un lado menor

absorción de hierro al 10%; con respecto a la leche humana y por otro lado el agravante de presentar pérdida intestinal de sangre . Los niños alimentados a base de fórmulas lácteas artificiales, reciben un alimento enriquecido con hierro entre 7 – 12,8 mg/l según las diferentes marcas comerciales y con un porcentaje de absorción que varía entre 6 – 4% ⁽¹⁵⁾.

Cuando se inicia la alimentación complementaria las madres, no tienen los conocimientos suficientes de la preparación de los alimentos necesarios que el niño debe consumir. Las anemias ferropénica y la deficiencia de hierro acarrear consecuencias funcionales serias que alteran significativamente la salud, el desarrollo y bienestar de la población en general que van desde un estado físico deplorable hasta consecuencias fatales. Es importante mencionar el factor antecedentes, prematurez, bajo peso al nacer, multiparidad y primíparas que podemos atribuirles la inexperiencia que tienen las madres para dar de lactar a sus recién nacidos, factor cultural, edad de iniciar la alimentación del niño, tipo de alimentación, forma de preparación, número de infecciones respiratorias agudas, parasitosis intestinales y diarreas periodos durante la cual las madres suspenden todo tipo de alimentación.

Otro factor es el socioeconómico los padres tienen que trabajar, por lo que la madre deja a su niño al cuidado de una guardería o de otra persona .La anemia en niños interfiere en el desarrollo mental y motor, disminución de la capacidad de atención, concentración (alteraciones en el lenguaje, comportamiento, disminución de la actividad física y alteraciones metabólicas diversas), siendo más frecuente en el segundo semestre de vida, debido a que en el primero, el niño cuenta con las reservas de hierro obtenidas durante la gestación ⁽¹⁶⁾.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Problema general

¿Qué factores predisponen la anemia ferropénica en niños menores de un año en el centro materno infantil San José – Lima 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 Objetivo General.

Determinar los factores que predisponen la anemia ferropénica en niños menores de 1 año en el centro materno infantil San José – Lima 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Identificar los factores culturales que predisponen la anemia ferropénica en niños menores de 1 año en el centro materno infantil San José – Lima 2017
- Determinar los factores económicos que predisponen la anemia ferropénica en niños menores de 1 año en el centro materno infantil San José – Lima 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La insuficiencia de hierro es en la actualidad, la principal deficiencia de micronutrientes en el mundo; afecta a millones de individuos en los países subdesarrollados, en especial a los lactantes, niños pequeños y mujeres embarazadas. La anemia ferropénica en los niños interfiere en su desarrollo mental y motor, en la disminución de la capacidad de atención, concentración, produce alteraciones en el lenguaje, comportamiento, disminución de la actividad física y alteraciones metabólicas. Hablar la incidencia, centro múltiples factores y rol de enfermería en presión de anemia.

1.5 LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio de la investigación se llevara a cabo en el servicio de CRED del centro materno infantil San José. Si es factible realizar porque se cuenta con los conocimientos necesarios, el consentimiento de la administradora del Centro Materno Infantil para recabar la información necesaria.

CAPITULO II: EL MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

A continuación, se presentan los antecedentes relacionados con el estudio permiten ubicar a la investigación en el contexto actual, a nivel internacional se han revisado las investigaciones:

Dra. Carballosa Cruz, Tania Lilia y otros, realizó una investigación titulado “Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos – Las Tunas – Enero 2006”, con el objetivo de investigación descriptivo cuyo objetivo fue conocer la Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos – Las Tunas, con ello pretende caracterizar la incidencia de la anemia en niños de 6 meses a 2 años y escolares de 6 12 a., residentes en 4 municipios de la provincia las Tunas durante la primera quincena del mes de enero. La población estuvo constituida por 941 residentes de zonas urbanas y rurales, dividido en 2 grupos: de 6 m a 2 años y de 6-11 a. En ambos se aplicó la tabla de números aleatorios. La técnica fue la determinación de la hemoglobina. Para el análisis de datos se

procesó en EXCEL. Las variables se procesaron por el cálculo de por cientos.

Se confeccionaron tablas. La conclusión fue que el municipio Amancio fue el que aportó mayor porcentaje de anémicos tanto en lo rural como área urbana. Los grupos de edad que con mayor cantidad de niños anémicos fueron entre las edades de 6 m – 2 a. para el 1er grupo y de 6 – 7 a. para el segundo. Se recomendó intensificar la educación nutricional para modificar a largo plazo hábitos alimenticios, incorrectos. ⁽⁷⁾

Pérez Rebosio, José realizó el estudio titulado “Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 – 24 y m y de 6 – 12 a de edad, Guantánamo – Cuba – 2007” Cuyo objetivo fue diagnosticar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 – 24 m y en escolares de 6 – 12 a, de edad residentes en la ciudad de Guantánamo, investigación descriptiva transversal, la muestra estuvo compuesta por 220 niños, la concentración de hemoglobina se determinó por el método de la cianometahemoglobina y la ferritina sérica, la prevalencia de anemia en niños hasta 2 años fue el 35.8% y en escolares el 22%, presentó valores de anemia grave. El primer grupo, recibió lactancia materna hasta el 4to. mes. El 62.5% de las madres de estos niños iniciaron la gestación con anemia y el 29.2% tuvieron anemia en cualquier trimestre del embarazo. Para el grupo de escolares el consumo de alimentos portadores de hierro hem y no hem fue poco frecuente. Se recomienda incrementar la fortificación de alimentos dirigidos a estas edades, actividades, de educación nutricional y mejorar los patrones de ingestión de alimentos ricos en hierro. ⁽⁸⁾

Las investigaciones presentadas permiten tener una visión global del problema de la anemia en Latinoamérica.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Castañeda Aguirre, Isabel Rocío, realizó un estudio titulado: “Características del consumo de hierro estado de anemia y su relación con el Desarrollo Psicomotor en niños de seis a 36 m del distrito de Palca, provincia y Departamento de Huancavelica”-2008-2009 cuyo objetivo fue Evaluar las características de consumo de hierro y relacionar el estado de anemia con el desarrollo psicomotor de niños menores de 3 años. Investigación de corte transversal. Participaron 143 niños esta investigación se realizó desde agosto del 2008 al 2009. Se aplicó una encuesta de consumo para determinar los hábitos alimentarios, se aplicó el test de desarrollo Pauta breve, la prueba de hemoglobina Una encuesta de observación de la relación madre-niño y una encuesta de nivel socioeconómico.

Se tuvo como resultados que el 81% de niños tienen niveles bajos de hemoglobina, siendo los niños de 6 a 12 meses y 12 a 24 meses los más afectados. El consumo de alimentos fuente de hierro hem es escaso para ambos grupos y la dieta de los niños anémicos sólo cubre el 57% de sus requerimientos. El desarrollo psicomotor de los niños es deficiente en el 37% de la población principalmente en las áreas de lenguaje y coordinación. La conclusión del presente estudio fue la frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro es muy parecida entre los niños anémicos y no anémicos; la diferencia en los hábitos alimentarios entre los niños anémicos y no anémicos es la que explica parcialmente la mayor hemoglobina del segundo grupo. El retardo en el desarrollo psicomotor de los niños no es explicado por la anemia sino por el tipo de relación con su madre. ⁽⁹⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 La Anemia

Se define anemia como una disminución de los valores de hemoglobina en la sangre. Los valores considerados normales

son de 12 gr/dl en la mujer y 13.5% en el hombre. La hemoglobina es una proteína responsable de transportar el oxígeno y con él, la producción de energía a todo el organismo. Es una afección en la cual el cuerpo ya no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Estos glóbulos llevan oxígeno a los tejidos corporales.

Hay muchos tipos de anemia. La anemia ferropénica es una disminución en el número de glóbulos rojos en la sangre debido a una falta de hierro

La anemia ferropénica es la forma más común de anemia. El cuerpo obtiene hierro de ciertos alimentos.

La deficiencia de hierro (muy poco hierro) puede ser causada por:

- Una alimentación pobre en este elemento (ésta es la causa más común).
- Incapacidad del cuerpo para absorber el hierro muy bien, aunque se esté consumiendo suficiente cantidad de este elemento.
- Pérdida de sangre lenta y prolongada, generalmente a través de los períodos menstruales o sangrado en el tubo digestivo.
- Crecimiento rápido (en el primer año de vida y en la adolescencia), cuando se necesita más hierro.

2.2.2 Clases

El hierro se presenta en los alimentos en 2 clases: Hierro hémico y no hémico.

El hierro hémico es el mejor hierro alimentario, porque hay muy pocas cosas que destruyen su absorción y su aprovechamiento, se absorbe en un 20 a 30%. Los únicos alimentos que tienen hierro hémico son las carnes (vacunas, aves, pescados), el hierro no hémico se encuentra en los vegetales, es absorbido entre un 3% y un 8% y se encuentra en las legumbres, hortalizas de hojas verdes, salvado de trigo, los frutos secos, las vísceras y la yema

del huevo .Para mejorar la absorción del hierro no hémico siempre es bueno consumir conjuntamente alimentos que contengan vitamina C.

Los inhibidores de la absorción de hierro no hémico son: el té, café, la leche bovina, la clara del huevo, el salvado de trigo y los productos de soya.

Los bebés nacen con hierro almacenado en el cuerpo. Debido a que crecen rápidamente, los niños y los bebés necesitan absorber un promedio de 1 mg de hierro al día. Dado que los niños únicamente absorben alrededor del 10% del hierro que consumen en los alimentos, la mayoría de ellos necesita ingerir de 8 a 10 mg por día de este elemento. Los bebés lactantes necesitan menos porque el hierro es absorbido 3 veces más cuando proviene de la leche materna.

La leche de vaca es una causa frecuente de deficiencia de hierro. Contiene menos hierro que muchos otros alimentos y también le dificulta más al cuerpo la absorción de este elemento de otros alimentos. La leche de vaca también puede provocar que el intestino pierda pequeñas cantidades de sangre.

El riesgo de desarrollar anemia ferropénica se incrementa en:

2.2.3 Síntomas:

Coloración azulada o muy pálida de la esclerótica de los ojos, sangre en las heces, uñas quebradizas, disminución del apetito (especialmente en los niños), fatiga, dolor de cabeza, Irritabilidad, coloración pálida de la piel (palidez), dificultad para respirar, dolor lingual, deseos vehementes e inusuales por alimento (llamado pica), debilidad. El médico llevará a cabo un examen físico. Se toma una muestra de sangre y se envía a un laboratorio para su análisis. Los glóbulos rojos con deficiencia de

hierro aparecen pequeños y pálidos al examinarlos bajo un microscopio.

Los exámenes específicos que se pueden hacer abarcan: hematocrito, la ferritina sérica revela la cantidad de hierro almacenada en el cuerpo, el hierro sérico muestra qué tanta cantidad de este elemento hay en la sangre, capacidad total de fijación del hierro (CTFH) para medir la capacidad de una proteína llamada transferrina para transportar hierro en la sangre, Una medición llamada saturación del hierro a menudo puede brindar un estimado de si usted tiene o no suficiente hierro en el cuerpo.

2.2.4 Tratamiento

El tratamiento consiste en suplementos de hierro (sulfato ferroso) que se toman por vía oral. El hierro se absorbe mejor en un estómago vacío, pero muchas personas necesitan tomar los suplementos con alimento para evitar el malestar estomacal.

Si usted no puede tolerar los suplementos de hierro por vía oral, éste se puede administrar por medio de una inyección intramuscular o intravenosa (IV).

La leche y los antiácidos pueden interferir con la absorción del hierro y no se deben tomar al mismo tiempo que los suplementos de este elemento.

2.2.5 Situación actual de la Anemia Ferropénica

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS): La deficiencia de hierro constituye el problema nutricional más grave en el mundo, por cuanto afecta a más de dos mil millones de personas.

La anemia está ubicada entre las diez principales causas de muerte y enfermedad, el 50% de las mujeres y niños en los países en desarrollo padecen anemia .Los estudios realizados

determinan que en una población dada, por cada individuo anémico habrá al menos dos individuos más con deficiencia de hierro, la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro) representa el 90% del total de anemias.

Asimismo, la OMS ha estimado que el 51% de los niños menores de cuatro años en países latinoamericanos sufren de anemia. Las causas de estas deficiencias de hierro se deben principalmente a tres factores:

- Una dieta que provee muy poco hierro.
- Una pobre absorción de la mayor parte del hierro dietario.
- La presencia de otros factores alimentarios que inhiben la absorción de hierro.

El principal factor causal de la deficiencia de hierro en los países en desarrollo no es la baja ingesta de este mineral, que con frecuencia es relativamente alta, sino más bien su baja absorción, ya que la mayor parte del hierro ingerido a través de los alimentos no es biodisponible, es decir que no está presente en una forma aprovechable por el organismo.

2.2.6 Principales grupos de riesgo

Algo importante a destacar es que existen grupos de riesgo bien definidos para el desarrollo de anemia por deficiencia de hierro y en orden de importancia se encuentran los lactantes, preescolares, adolescentes y embarazadas. Los recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer presentan menores depósitos de hierro y ácido fólico y como consecuencia la anemia ferropénica puede desarrollarse a los tres meses de edad ya que sus reservas se agotan rápidamente, por esta razón requieren de un complemento de hierro durante los primeros meses de la lactancia. Los menores de 5 años presentan con mayor frecuencia

deficiencia de hierro producida por un limitado aporte de este nutriente en los alimentos. Durante esta etapa, el hierro total del organismo para satisfacer las demandas de crecimiento y aumento de la masa eritrocitaria, debe ser mayor del doble de su requerimiento habitual.

2.2.7 Según normas de CRED

Lactancia materna

La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento para el niño menor de seis meses, es capaz de satisfacer todos los requerimientos nutricionales durante esta etapa de vida sin requerir otros alimentos agregados como agua o jugos; contiene todos los nutrientes que el niño necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo, tiene propiedades inmunológicas que provee de protección contra las infecciones, tiene propiedades higiénicas y psicológicas que favorece el lazo afectivo entre la madre y él bebe por lo que no puede ser remplazada por ninguna otra leche.

Este conjunto de factores no solo tienen un importante impacto sobre el crecimiento y desarrollo del niño sino que sus efectos benéficos se acrecientan en aquellos que viven en condiciones de pobreza, y en muchos casos pueden incluso llegar a salvarles la vida. Por tal razón la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuada hasta los dos años en combinación con alimentos complementarios ha sido reiterativamente recomendada por la organización Mundial de la Salud y UNICEF como el mejor régimen alimenticio para el niño.

La introducción de agüitas, infusiones u otros alimentos atenta contra una lactancia materna exitosa y contribuye a aumentar la incidencia de la desnutrición y el riesgo de enfermedades infecciosas, además puede ocasionar alergias. La agüita llena el estómago pero no los alimenta.

La alimentación del niño o niña con leche materna debe ser a libre demanda, se debe estimular la succión frecuente para asegurar la producción de leche materna y a los niños dormilones, se le debe despertar de dos a tres horas para que lacten con frecuencia a fin de asegurar su alimentación, el tiempo de lactancia en cada pecho es de veinte minutos.

2.2.8 Alimentación del niño de seis meses a dos años de edad

A partir de los seis meses de edad, la niña o niño además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria el cual finaliza alrededor de los dos años, que es cuando la alimentación más leche materna es remplazada totalmente por la olla familiar. A partir de los seis meses de edad la leche materna sola, ya no es suficiente para satisfacer los requerimientos nutricionales del niño, es necesario complementarlo con otros alimentos ricos hierro, energía y otros suplementos vitamínicos. Este periodo llamado también destete o de ablactación, comprende entonces, la incorporación progresiva de alimentos hasta alcanzar una dieta completa.

La incorporación de diversos nutrientes en la alimentación del niño, actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz, de tal manera que el niño establece el contacto con nuevos estímulos que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos, en tal sentido la alimentación debe ser de diferente sabor, olor, textura y consistencia.

Numero de comidas al día según edad

La frecuencia y el volumen de comidas diaria ha sido estimada en función a los requerimientos energéticos, mínimo de 0.8 Kcal/g de alimento y de acuerdo a la capacidad gástrica del niño de 30 g/Kg de peso corporal, por lo que se recomienda comenzar con raciones pequeñas e ir aumentando la cantidad a medida que el

niño crece, mientras tanto se continúa ofreciendo el pecho materno hasta los dos años.

Es pertinente destacar que el requerimiento energético del niño o niña en el segundo semestre, es alto debido a la elevada velocidad de su crecimiento, sin embargo su capacidad gástrica es pequeña, por lo que es importante ofrecer alimentos de alta densidad energética con una elevada cantidad de micronutrientes en toma pequeña y frecuente.

En este sentido la ablactancia o alimentación complementaria se inicia a los seis meses con dos comidas al día más su lactancia materna frecuente; a los 7 y 8 meses se incrementará a tres comidas diarias y continúa con su leche materna; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales recibirá una adicional entre comidas; y, entre los 12 y 24 meses, el niño comerá tres comidas principales más dos adicionales y continúa con su lactancia materna hasta los dos años de edad.

Dadas las pequeñas cantidades de alimentos que los niños consumen es necesario recalcar que los alimentos deben ser de alta densidad energética y de alto valor nutritivo, en este sentido los alimentos de origen vegetal por sí solo no satisfacen los requerimientos del niño, por lo que se hace necesario la introducción de carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria para asegurar el aporte de hierro, zinc, calcio, vitamina A y otros elementos nutritivos.

2.2.9 Bases fisiológicas de la alimentación complementaria

La introducción de alimentos sólidos se lleva a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a la secuencia funcional de: masticación, deglución, digestión y absorción, en tal sentido, la alimentación del primer año de vida depende de la eficiencia con que madura el aparato digestivo, tanto en lo motor como en lo enzimático. De los

seis meses en adelante, la función digestiva de la mayoría de los lactantes ya es lo suficiente maduro para digerir los almidones y otros carbohidratos complejos, las proteínas y la grasa de la dieta no láctea debido a la maduración de las enzimas pancreática que hasta los cuatro o cinco meses era baja o casi ausente.

El cardias adquiere cerca de los tres meses su tono normal, por lo que se puede esperar cierto grado de reflujo hasta esta edad, a los seis meses ya ha adquirido cierta madurez por lo que en el niño mayor de esta edad, el reflujo gastro esofágico debe ser mínimo; alrededor de los seis meses también empieza la erupción dentaria indicando mayor madurez morfo funcional.

Los objetivos son promover el crecimiento y desarrollo de los niños con un enfoque de derechos, interculturalidad y equidad, fomentando la participación de los padres o responsables del cuidado de los menores, identificando e interviniendo de manera oportuna en los factores condicionantes de la salud, nutrición, desarrollo y crianza.

El Ministerio de Salud reconoce la gran labor del personal de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo que contribuye a prevenir discapacidades y/o alteraciones, y a mejorar la calidad y estilos de vida saludable. El cuidado es el atributo más valioso que una enfermera puede ofrecer a la humanidad, es dar la mano y sonreír con el corazón a fin de satisfacer las necesidades bio - psico, social, espiritual y cultural del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte en sus diferentes etapas de vida, sano y enfermo.

Los niños son los grupos más vulnerables a esta deficiencia, debido al rápido periodo de crecimiento cerebral, en especial durante los dos primeros años de vida. El hierro es uno de los principales sustratos que soportan y permiten el desarrollo y

actividad metabólica de procesos a nivel cerebral, entre los cuales se encuentra el proceso de mielinización. Una insuficiente disponibilidad de hierro en un periodo de alta incorporación de éste en el tejido cerebral, que coincide con el período de mielinización del tejido nervioso.

La importancia consiste que cuando ocurre un déficit de hierro cerebral en etapas tempranas, los daños ocurridos persisten en la etapa adulta, más allá de la recuperación de la anemia durante los primeros meses de vida. Estas alteraciones cerebrales se reflejan a largo plazo en un retraso del desarrollo mental y físico de los niños que han tenido anemia, y como consecuencia un menor desempeño escolar, con altos niveles de repetición de grados y deserción de la escuela primaria en comunidades económicamente pobres.

Factores culturales

Son todos aquellos elementos que se presentan por la relación del ser humano con otras personas y con el ambiente físico. La cultura influye en el estado de nutrición de la población, ya que la aceptación o rechazo de ciertos tipos de alimentos depende de los patrones culturales y de crianza. También influye en el crecimiento factores climáticos como la humedad, la lluvia, la temperatura y los vientos ya que estos determinan la flora y la fauna de las regiones lo que a su vez determina la disponibilidad de alimentos.

Factores económicos

Se relaciona con la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud, así como con las leyes de la oferta y la demanda y con las políticas de desarrollo del país. Es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorables; en tal sentido los países desarrollados muestran una tendencia de

crecimiento mayor de su población en peso y talla en comparación con los países en desarrollo.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Niño lactante:

Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. Este periodo a su vez puede dividirse en dos subperiodos.

- Lactante Menor: desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad.
- Lactante Mayor: desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad.

Anemia ferropénica:

Corresponde a la más común de las anemias, y se produce por deficiencia de hierro, representado por el símbolo químico "fe", el cual es necesario para la formación de los hematíes.

Factor cultural:

Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades.

Factor económico:

Los hechos económicos de producir, distribuir y consumir ocurren espontáneamente sin que los hombres estén realmente conscientes de lo que hacen ni de diversos procesos que implican. Pero cuando el hombre toma conciencia de sus necesidades y de cómo satisfacerlas, está en presencia de un acto económico.

2.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 Hipótesis General

Los factores condicionantes de la anemia ferropenia en niños menores de 6 meses a 1 año de edad, que son controlados en el en el centro materno Infantil Santa María De La Vida. Es medio referente a los factores culturales, factor económico,

2.5 VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN

Factores condicionantes de la anemiaa

2.5.1 Definición Conceptual de la variable:

Los factores que predisponen a la anemia por deficiencia del hierro resultan de la combinación de múltiples factores tales como cultural, económico y etiológicos. Entre las causas inmediatas de esta carencia destaca la baja ingesta de alimentos fuentes de hierro, la pérdida de este micronutriente por infecciones parasitarias y una baja absorción de hierro por ausencia de factores que la potencializan (carnes, ácidos orgánicos y otros) o presencia de inhibidores de su absorción (te, café, etc)

2.5.2 Definición operacional de la variable:

Es verdaderamente triste que en la mayoría de los países latinoamericanos haya alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro moderada y grave sobre todo si s toma encuentra si se trata de trastornos prevenibles en la actualidad .debe considerarse una tragedia que muchos niños latinoamericanos hayan sufrido daño cerebral a edad temprana , como un retraso de desarrollo psicomotor que pudiera ser irreversible , lo que pudo evitarse como resultado de políticas de salud y nutrición en los diferentes países de la región.

2.5.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	%
los factores que predisponen la anemia ferropenia en niños menores de 1 año	Factor cultural	Ablactancia Lactancia materna Control de CRED	1-15	50%
	Factor económico	Ocupación Ingreso familiar Gasto para alimentación -	16 - 30	50%

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

La tesis tuvo un enfoque cuantitativo es de tipo no experimental, nivel aplicativo y de diseño descriptivo de corte transversal y prospectiva

TIPO DE INVESTIGACION	ALCANCE
CUANTITATIVO	Según (Sampieri) recolectan datos numéricos de los fenómenos de los participantes.
NO EXPERIMENTAL	Según (Kerlinger) es la búsqueda empírica y sistémica en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que ya han sido ocurrida y que no son manipulables
DESCRIPTIVO	Según (Canales) busca especificar las propiedades importantes de las personas.

TRANSVERSAL	Según (Sánchez) las variables son medidas en una sola ocasión y un solo tiempo.
PROSPECTIVO	Según (Canales), se inician con la observación de ciertas causas presumibles y avanzan longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias.
APLICADA	Según (Kerlinger), es una actividad que tiene por finalidad la búsqueda y consolidación del saber, y la aplicación de los conocimientos para el enriquecimiento del acervo cultural y científico, así como la producción de tecnología al servicio del desarrollo integral del país.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO

El Centro Materno Infantil San Jose es de clasificación de Centros de Salud con camas de Internamiento es de tipo con Internamiento tiene como direccion la avenida Los Ángeles S/N, Sector 1, Grupo 15 Lima - Lima - la atencion es las 24 Horas horas, pertenece a la DISA Lima Sur que pertenece a la Red Villa El Salvador - Lurin - Pachacamac - Pucusana Microred San Jose Unidad Ejecutora Red De Servicios De Salud Villa El Salvador - Lurin - Pachacamac - Pucusana.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está constituida por 60 niños menores de 1 año que se controlan en el centro materno infantil San Jose

La muestra

estara compuesta por el total de la población 60 niños menores de un año.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento que se aplicará fue el cuestionario y a través de él se especificó claramente la información que se necesita para recolectar datos básicos esenciales.

Este instrumento se aplicara de forma anónima, dicho instrumento constará de las siguientes partes:

Introducción datos generales y preguntas sobre medidas de prevención. El tipo de preguntas que se formularon fueron de opción múltiple.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se aplicó la prueba de Alfa de Crombach: Para corroborar la confiabilidad del instrumento y para determinar la validez se aplicó la validez de criterios aplicando el juicio de expertos (prueba binomial), a profesionales de salud conformado por 2 enfermera, 2 nutricionistas y 1 un profesional especialista en saneamiento ambiental, además, se empleará la validez por el método del promedio.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de datos se pidió permiso y/o autorización al director del centro de salud, para poder ingresar y aplicar el instrumento, dejando establecido que días se realizara el levantamiento de la información en el mencionado lugar. Se tabulara los datos que se obtendrán en una matriz de consistencia en forma manual y luego se procesaron utilizando el programa estadístico SPSS versión 18.0 en español el cual se dio a conocer la confiabilidad y validez a través de la aplicación de las fórmulas respectivas. Dichos datos fueron trasladados al programa Microsoft Excel para poder obtener los cuadros y graficas respectivamente. Cabe mencionar que para la validez estadística el instrumento será sometido a la prueba de riesgo (OR) y para la confiabilidad se realizo el alfa de Crombach.

RESULTADOS

TABLA N° 1

FACTORES QUE PREDISPONEN LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN JOSÉ – LIMA 2017.

FACTORES QUE PREDISPONEN LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN JOSÉ – LIMA 2017	N	%
Factor cultural	38	65
Factor económico	22	35
TOTAL	60	100

Análisis:

En la tabla N° 1, Se observa que el factor de riesgo que predispone más en la anemia ferropenica en niños menores de 1 año del centro materno infantil San José 2017. Son los factores culturales en un 65%, seguido de los factores económicos con un 35% respectivamente. Ante la prueba de riesgo, el tener el factor cultural como predisposición se constituye en riesgo elevado para contraer una anemia ferropenica.

TABLA Nº 2

FACTORES CULTURALES QUE PREDISPONEN LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN JOSÉ – LIMA 2017

FACTORES CULTURALES QUE PREDISPONEN LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	Factores culturales	
	N	%
Hábitos y Creencias	10	28
Malos Hábitos y creencias	35	40
Nivel de educación	15	32
TOTAL	60	100

Análisis:

En la tabla Nº 2, Se observa que entre los factores culturales que predisponen la anemia ferropenica en niños menores de 1 año son: Malos hábitos y creencias con el 40 % seguida del nivel de Educación con un 32% y solo un 28 % indica que depende de hábitos y creencias.

TABLA N° 3

FACTORES ECONÓMICOS QUE PREDISPONEN LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN JOSÉ – LIMA 2017

FACTORES ECONÓMICOS QUE PREDISPONEN LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	NIVEL DE HEMOGLOBINA	
	N	%
Ocupación	5	8
Ingreso familiar	35	63
Gasto para alimentación	20	29
TOTAL	60	100

Análisis:

En la tabla N° 3, Se evidencia que los factores económicos que predisponen la anemia ferropenica en niños menores de 1 año son el Ingreso familiar con un 63% (35) niños de la muestra de estudio, seguido de el gasto para la alimentacion con un un 29% (20) y un 8 %(5) por su ocupacion.

DISCUSION

Se observa que el factor de riesgo que predispone más en la anemia ferropénica en niños menores de 1 año del centro materno infantil San José 2017. Son los factores culturales en un 65%, seguido de los factores económicos con un 35% respectivamente. Ante la prueba de riesgo, el tener el factor cultural como predisposición se constituye en riesgo elevado para contraer una anemia ferropénica

Se encontró similitud con la tesis presentada por Dra. Carballosa Cruz, Tania Lilia y otros, realizó una investigación titulada “Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos – Las Tunas – Enero 2006”, con el objetivo de investigación descriptivo cuyo objetivo fue conocer la Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos – Las Tunas, con ello pretende caracterizar la incidencia de la anemia en niños de 6 meses a 2 años y escolares de 6 a 12 a., residentes en 4 municipios de la provincia Las Tunas durante la primera quincena del mes de enero. La población estuvo constituida por 941 residentes de zonas urbanas y rurales, dividido en 2 grupos: de 6 m a 2 años y de 6-11 a. En ambos se aplicó la tabla de números aleatorios. La técnica fue la determinación de la hemoglobina. Para el análisis de datos se procesó en EXCEL. Las variables se procesaron por el cálculo de por cientos.

Se confeccionaron tablas. La conclusión fue que el municipio Amancio fue el que aportó mayor porcentaje de anémicos tanto en lo rural como área urbana. Los grupos de edad que con mayor cantidad de niños anémicos fueron entre las edades de 6 m – 2 a. para el 1er grupo y de 6 – 7 a. para el segundo. Se recomendó intensificar la educación nutricional para modificar a largo plazo hábitos alimenticios, incorrectos. ⁽⁷⁾

Se observa que entre los factores culturales que predisponen la anemia ferropénica en niños menores de 1 año son: Malos hábitos y creencias con el 40 % seguida del nivel de Educación con un 32% y solo un 28 % indica que depende de hábitos y creencias

Se encontro similitud con la tesis presentada por Pérez Rebosio, José realizó el estudio titulado “Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 – 24 m y de 6 – 12 a de edad, Guantánamo – Cuba – 2007” Cuyo objetivo fue diagnosticar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 – 24 m y en escolares de 6 – 12 a, de edad residentes en la ciudad de Guantánamo, investigación descriptiva transversal, la muestra estuvo compuesta por 220 niños, la concentración de hemoglobina se determinó por el método de la cianometahemoglobina y la ferritina sérica, la prevalencia de anemia en niños hasta 2 años fue el 35.8% y en escolares el 22%, presentó valores de anemia grave. El primer grupo, recibió lactancia materna hasta el 4to. mes. El 62.5% de las madres de estos niños iniciaron la gestación con anemia y el 29.2% tuvieron anemia en cualquier trimestre del embarazo. Para el grupo de escolares el consumo de alimentos portadores de hierro hem y no hem fue poco frecuente. Se recomienda incrementar la fortificación de alimentos dirigidos a estas edades, actividades, de educación nutricional y mejorar los patrones de ingestión de alimentos ricos en hierro. ⁽⁸⁾

Las investigaciones presentadas permiten tener una visión global del problema de la anemia en Latinoamérica.

Se evidencia que los factores económicos que predisponen la anemia ferropénica en niños menores de 1 año son el Ingreso familiar con un 63% (35) niños de la muestra de estudio, seguido de el gasto para la alimentación con un 29% (20) y un 8 % (5) por su ocupación.

Se encontro similitud con la tesis presentada por Castañeda Aguirre, Isabel Rocío, realizó un estudio titulado:

“Características del consumo de hierro estado de anemia y su relación con el Desarrollo Psicomotor en niños de seis a 36 m del distrito de Palca, provincia y Departamento de Huancavelica”-2008-2009 cuyo objetivo fue Evaluar las características de consumo de hierro y relacionar el estado de anemia con el desarrollo psicomotor de niños menores de 3 años. Investigación de corte transversal. Participaron 143 niños esta investigación se realizó desde agosto del 2008 al 2009. Se aplicó una encuesta de consumo para determinar los

hábitos alimentarios, se aplicó el test de desarrollo Pauta breve, la prueba de hemoglobina Una encuesta de observación de la relación madre-niño y una encuesta de nivel socioeconómico.

Se tuvo como resultados que el 81% de niños tienen niveles bajos de hemoglobina, siendo los niños de 6 a 12 meses y 12 a 24 meses los más afectados. El consumo de alimentos fuente de hierro hem es escaso para ambos grupos y la dieta de los niños anémicos sólo cubre el 57% de sus requerimientos. El desarrollo psicomotor de los niños es deficiente en el 37% de la población principalmente en las áreas de lenguaje y coordinación. La conclusión del presente estudio fue la frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro es muy parecida entre los niños anémicos y no anémicos; la diferencia en los hábitos alimentarios entre los niños anémicos y no anémicos es la que explica parcialmente la mayor hemoglobina del segundo grupo. El retardo en el desarrollo psicomotor de los niños no es explicado por la anemia sino por el tipo de relación con su madre. ⁽⁹⁾

CONCLUSIONES

Se concluyo que el factor de riesgo que predispone más en la anemia ferropenica en niños menores de 1 año del centro materno infantil San José 2017. Son los factores culturales en un 65%, seguido de los factores económicos con un 35% respectivamente. Ante la prueba de riesgo, el tener el factor cultural como predisposicion se constituye en riesgo elevado para contraer una anemia ferropenica

Se concluyo que entre los factores culturales que predisponen la anemia ferropenica en niños menores de 1 año son: Malos hábitos y creencias con el 40 % seguida del nivel de Educación con un 32% y solo un 28 % indica que depende de hábitos y creencias.

Se concluyo que los factores económicos que predisponen a la anemia ferropenica en niños menores de 1 año son el Ingreso familiar con un 63% (35) niños de la muestra de estudio, seguido de el gasto para la alimentacion con un un 29% (20) y un 8 %(5) por su ocupacion.

RECOMENDACIONES

1. Frente a estos resultados se recomienda seguir trabajando en el primer nivel es decir en lo preventivo promocional para asegurar que la población reciba la información adecuada
2. Se recomienda que el personal de salud realice campañas de salud como estrategias preventivas en el lugar de estudio para contribuir en la educación para la salud.
3. Con los resultados obtenidos de este estudio de investigación que evidencian factores de mayor incidencia. Se puede hacer las gestiones necesarias con el centro de salud y tener conocimiento que la problemática contribuya de alguna manera a disminuir estas amenazas de anemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALARCÓN, MENDEZ PEDRO. Anemia y Deficiencia de Hierro en Pediatría. Perú.1990.
2. CARBALLOSA, CRUZ TANIA LILIA. Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimento. Las Tunas. Cuba. 2005.
3. .CASTAÑEDA, AGUIRRE ISABEL ROCÍO. Características del consumo de hierro. Estado de anemia y su relación con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 36 meses del distrito de Palca. Huancavelica. (Tesis de licenciada en Nutrición). Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004
4. ESPINOZA, MORENO TULA Y OTROS. Relación entre Prevalencia de Desnutrición y Anemia Ferropénica en menores de14 años de la comunidad Santa María Baja, Carapongo, Chosica, 2005. Perú. 2005.
5. 5. FREIRE PHD. WILMA. La Anemia por deficiencia de hierro .Estrategias de la OPS/OMS.
6. FORMULARIO MODELO. Anemia por déficit de hierro. OMS. 20047. MEN ESHELLO, JULIO. Pediatría. 5ta Ed. EE.UU. Editorial MédicaPanamericana. 1967.
7. .MEZA, ANA MARÍA Y OTROS. Manual de Nutrición. Proyecto de Salud Integral en Carabayllo de Chanye-FOR-CHILDREN.Canadá.
8. MINISTERIO DE SALUD. Procedimientos de Atención de Salud Infantil. Lima – MINSa. 2002

9. MINISTERIO DE SALUD. Prevención y control de la deficiencia de hierro. Guía para los trabajadores de salud. DISA IV. Lima –MINSa. 2002
10. RAMOS, RUBEN Y OTROS. Cómo como alimentación y nutrición .Perú Edit. Stella. 2002.
11. REBOSIO, PÉREZ JOSÉ. Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 – 24 meses y en escolares de 6 – 12 años de edad y Guantánamo Cuba – 2003.
12. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Bases dela Nutrición. Perú 2002.
- 13.. VALENCIA JORGE. Derechos Humanos en el Marco de la Doctrina Integral. Lima. 200415. WONG, DONNA. Enfermería Pediátrica. España. Editorial Mosbi.1995

PÁGINAS WEB

1. ANEMIA FENOPÉRRICA. [Homepage on the Internet]
[.www.educared.edu.pe/modulo/upload/996660772.pdf](http://www.educared.edu.pe/modulo/upload/996660772.pdf)
2. FORMAS DEL CONOCIMIENTO [Homepage on the Internet]
[.http://www.formasdelconocimiento.monografias.com](http://www.formasdelconocimiento.monografias.com)
3. PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN AL INFANTE Y ADOLESCENT
ES.HomepageontheInternet]
[.www.minsa.gob.pe/ portal/servicios/susaluEsPrimero/NinoPresentación %20Ministra%PNAIA.ppt19](http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaluEsPrimero/NinoPresentación%20Ministra%PNAIA.ppt19) [www.rle.fao.org MUJER/docs/Perú/cap 09.pdf](http://www.rle.fao.org/MUJER/docs/Perú/cap_09.pdf)

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Estimado paciente

El presente cuestionario, tiene por finalidad determinar factores que predisponen la anemia ferropénica en niños menores de 1 año el centro materno infantil san José - Lima. Su opinión es importante, por lo tanto le solicito que conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas serán de carácter anónimo.

B. INSTRUCCIONES:

Le pido que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. Marque con un aspa (X) la respuesta que Usted considera conveniente. Por favor, lea cuidadosamente las preguntas, ya que tiene QUE ELEGIR una sola opción POR PREGUNTA.

C.DATOS GENERALES

II. DATOS GENERALES DE LA MADRE

Edad: _____

Grado de Instrucción:

Dirección: _____

Edad de su niño _____

Ocupación _____

Procedencia _____

Estado civil _____

Número de hijo _____

D. DATOS ESPECIFICOS

III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANEMIA FERROPENICA

1. ¿Según Ud. qué es la anemia?

- a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa
- b) Es una enfermedad donde el niño se pone muy flaco
- c) Es una enfermedad en la que disminuye la hemoglobina de la sangre.

2. ¿Cuál es el alimento ideal que Ud. daría a un niño durante los 6 primeros meses para evitar la anemia? y ¿Por qué

- a) Leche de vaca
- b) Leche evaporada
- c) Leche materna

3.-¿qué alimentos daría Ud. al niño después de los 6 meses?

- a) Papillas espesas
- b) Sopas-Caldos
- c) Solo leche materna

4¿Cuántas veces al día se le da de comer a un niño mayor de 6 meses – 1 año?

- a) Dos veces al día.
- b) Tres veces al día
- c) Cinco veces al día

5¿Cuál de los siguientes alimentos se debe dar a los niños?

- a) Lenteja
- b) Habas
- c) Quinoa
- d) Espinaca
- e) Pescado,
- f) Pollo

6¿con que frecuencia daría estos alimentos a su niño?

- a) 1 vez por semana
- b)2 veces por semana
- c) Nunc

7. ¿Conoce usted qué alimentos están aumentados en hierro?

- a) Leche Gloria
- b) Arroz
- c) Azúcar
- d) Sémola.VII

8 ¿Para Ud. cuál de los niños está con más riesgo a sufrir de anemia?

- a) Un bebe de 9 meses.
- b) Un bebe prematuro y de bajo peso al nacer.
- c) Un bebe alimentado con leche materna.

9. ¿Un niño que sufre de anemia, presenta la piel de color:

- a) Rosada.
- b) Pálida
- c) Azulada

10. ¿Sabe usted a qué lugar se debe acudir cuando un niño está enfermo de anemia?

- a) Llevándolo al consultorio médico, control de crecimiento y desarrollo.
- b) Consultando en la farmacia.
- c) Consultando a la abuelita.

11 ¿-Qué prueba para confirmar el diagnóstico de la anemia conoce Ud.?

- a) Prueba de colesterol
- b) .Prueba de glucosa.
- c) Prueba de Hemoglobina y hematocrito.

12. ¿Cuál es la causa de la anemia en los niños?

- a) Comer escasos alimentos ricos en grasa.
- b) Comer escasos alimentos ricos en dulces.
- c) Comer escasos alimentos ricos en hierro.

13. ¿Cuál de las siguientes medicinas sirven para el tratamiento de la anemia?

- a) Calcio
- b) Vitaminas
- c) Sulfato ferroso

14. Algunos efectos qué podría observar al tomar preparados de hierro son:

- a) Dolor de estomago, nauseas, diarreas
- b) Dolor de cabeza, mareos
- c) Sudor, subida de la presión.

15. ¿Conoce usted que beneficios tiene el jugo de naranja al consumir hierro?

- a) asimila mas el hierro
- b) no hace nada
- c) no sabe

16. ¿Los niños con anemia se enferman también de:

- a) Palpitaciones.
- b) Diarreas y neumonía
- c) Nauseas.

17. ¿Sabe usted cómo afecta la anemia en el crecimiento y desarrollo del niño?

- a) Demora en crecer
- b) Demora en subir de peso
- d) Disminuye la atención

Factor económico

1).-¿Ud. a que se dedica?

- a) ama de casa
- b) trabaja
- c) estudia

2).-¿al niño quien lo cuida cuando Ud. sale de casa?

- a) Mama
- b) Abuela
- c) Otros

3).-¿cuál es el ingreso familiar mensual?

- a) mayor de 100 soles
- b) menor de 100 soles
- c) no cuenta.

4). ¿a qué distancia de su casa se encuentra un centro de salud?

- a) cerca
- b) lejos
- c).no cuenta

5) ¿con qué frecuencia acude a un centro de salud?

- a) mensual
- b) anual
- c) no va

6) ¿con que medio de transporte se traslada a un centro de salud?

- a) carro
- b) mototaxi
- c) caminando

- 7) ¿cuál es el gasto mínimo de Ud. al acudir a un centro de salud?
- a) 5 soles
 - b) 10 soles
 - c) mas
- 8) ¿cuál es el gasto mínimo para su alimentación diaria?
- a) 10 soles
 - b) 20 soles
 - c) mas
- 9) ¿Ud. con qué frecuencia acude con su niño al consultorio de crecimiento y desarrollo?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) O no va
- 10) ¿de qué material está construido su casa?
- a) material noble
 - b) madera
 - c) otros
- 11) ¿su vivienda es .?
- a) propia
 - b) alquilada
 - c) no cuenta
- 12) ¿cuántas personas habitan en su vivienda?
- a) más de 3
 - b) más de 5
 - c) más de 10
- 13) ¿con qué frecuencia su hijo se enferma?
- a) siempre
 - b) casi siempre
 - c) nunca
- 14) ¿Ud. adquiere suplementos de hierro para su niño?
- a) siempre
 - b) casi siempre
 - c) nunca

--	--	--	--	--	--