



TESIS

**“CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA INFANTIL EN LOS PADRES DE
FAMILIA DEL CUARTO GRADO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION
EDUCATIVA MARIANO BONIN – TINGO MARIA 2016”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADA POR :
GONZALES QUISPE GRISELA**

**ASESORA:
MG. ISABEL RAMOS TRUJILLO**

TINGO MARIA – PERÚ, 2018

**“CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA INFANTIL EN LOS PADRES DE
FAMILIA DEL CUARTO GRADO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION
EDUCATIVA MARIANO BONIN – TINGO MARIA 2016”.**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el conocimiento sobre la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 115 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, organizado por las dimensiones: Medidas de hemoglobina, prevención, consecuencias, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado con un valor de 24,3 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo. Estos niveles de práctica se presentan, de acuerdo a las respuestas, quienes señalan: Desconocen qué es la anemia, consecuencias, características, pruebas que deben realizarse. Asimismo, desconocen qué es el hierro, cuáles son las medicinas para el tratamiento de la anemia, también desconocen cuáles son los alimentos que son fuentes de Hierro, de igual forma desconocen que algunos alimentos y preparaciones ayudan a que nuestro cuerpo retenga el hierro consumido en los alimentos, además que algunos alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento, anemia infantil, Medidas de hemoglobina, prevención, consecuencias,*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the knowledge on the infantile anemia that the parents of family of the fourth grade of primary of the Educational Institution Mariano Bonin have - Tingo Maria 2016. It is a transversal descriptive investigation, worked with a sample of 115 mothers , for the collection of information, a Likert type questionnaire was used, organized by the dimensions: hemoglobin measurements, prevention, consequences, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the judgment of experts obtaining a value of 0.86; the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of 0.91, the hypothesis test was carried out using the Chi-square with a value of 24.3 and with a level of significance of value $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of knowledge that parents have, of the Fourth Grade of Primary, of the Educational Institution Mariano Bonin, Tingo María, was Low. These levels of practice are presented, according to the answers, who state: They do not know what is anemia, consequences, characteristics, tests that must be performed. Likewise, they do not know what iron is, what are the medicines for the treatment of anemia, they also do not know what are the sources of iron, they are unaware that food and preparations help our body to retain the iron consumed in food. Also, what foods or drinks prevent the iron contained in the food from being absorbed.

KEY WORDS: *Knowledge, infant anemia, hemoglobin measurements, prevention, consequences,*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
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	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	2
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	32
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	33
2.5.1. Definición conceptual de la variable	33
2.5.2. Definición operacional de la variable	33
2.5.3. Operacionalización de la variable	34

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	35
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	35
3.3. Población y muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	37
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	38
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: DISCUSION	44
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

La anemia ferropénica es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona. Es la enfermedad por deficiencia nutricional más común en niños entre 6 meses a 3 años de edad, para afirmar que es ferropénica deben determinarse valores de hemoglobina, hematocrito, presencia de microcitosis, hipocromía y respuesta a la terapia con hierro. La carencia de hierro tiene tres estadios bien definidos. La ferropenia induce una anemia hipocrómica microcítica. Simultáneamente, la depleción de enzimas esenciales que contienen hierro puede causar otras alteraciones, incluyendo la alopecia, alteraciones tróficas en la lengua y en la mucosa gástrica y mala absorción intestinal. Al inicio de la deficiencia las reservas en forma de ferritina y hemosiderina pueden ser inadecuadas para mantener niveles normales de hemoglobina y hematocrito, así como los de hierro sérico y de transferrina, pero todavía no causa anemia. Hasta esta fase, existe un aumento de la actividad eritroide de la médula ósea. Después al persistir el balance negativo, aparece anemia microcítica e hipocrómica.

La estructura del estudio descrito a continuación está conformada por los siguientes capítulos:

CAPITULO I: el problema y el planteamiento de problemas objetivos, justificación, alcances y límites.

CAPITULO II: el marco teórico, antecedentes de estudios, base teóricas, marco conceptual. sistemas de hipótesis, variables, operacionalización de variables.

CAPITULO III: metodología, tipo de estudio, método, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas de instrumentos y recolección, validez y confiabilidad de instrumentos plan de recolección y procesamiento de datos.

Resultados

Discusión

Conclusiones

Recomendaciones

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños son el capital humano de un país, cuya salud se ve comprometida por la anemia.” La anemia ferropénica, anemia infantil de gran magnitud mundial, ocasionada por una ingesta inadecuada de hierro o una menor disponibilidad de hierro en la dieta ⁽¹⁾ es uno de los principales problemas nutricionales del país. ”Durante la etapa del crecimiento y desarrollo, el impacto de la disminución de hierro conduce a graves consecuencias a nivel de la inmunidad celular, intestinal, rendimiento físico, conducta, metabolismo de catecolaminas, termogénesis y a nivel del sistema nervioso central, donde los daños son permanentes” . Se conoce que la deficiencia de hierro aun sin presentar anemia tiene consecuencias funcionales negativas en la salud del niño. “La anemia según el ENDES –2008 afectó al 63.9 % de los niños de 6 a 11 meses, cabe resaltar que esta edad corresponde al periodo de alimentación complementaria” ⁽²⁾.

Es en esta etapa donde las madres por desconocimiento, influenciada por sus creencias, hábitos nutricionales, inadecuado cuidado, falta de acceso económico, no provee adecuadamente los nutrientes ricos en hierro”⁽³⁾ exponiendo a sus niños al flagelo de la anemia, presentándose en niños que viven en los departamentos con extrema pobreza y en áreas rurales,

presentan el mayor índice de deficiencia nutricional en todo el país, la insatisfacción de necesidades básicas y escasa educación de los padres hace que vivan en condiciones adversas para el normal desarrollo.

Al realizar la entrevista en la Institución Educativa “Mariano Bonin” con la participación de los padres de familia del cuarto de primaria, se observa que algunos niños reciben suplementación de Sulfato Ferroso. Lo que evidencia que, el conocimiento de las madres sobre una alimentación adecuada de sus hijos no es bueno, ya que no proporcionan una alimentación rica en hierro para evitar la anemia.

Al interactuar con los padres de familia, ellos manifiestan que aproximadamente que sus niños menores presentan algún grado de anemia, desde su punto de vista las razones serían:

Durante el control prenatal las madres no están realizando un buen uso del sulfato ferroso, por ello hay tantos niños que tienen anemia y a la mala alimentación complementaria.

La enfermera está comprometida como defensora de los derechos del niño y responsable del logro de los objetivos del Desarrollo del Milenio (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - UNICEF) específicamente en reducir la morbilidad infantil. Frente a todo esto surgieron algunas interrogantes como: ¿el enfermero es un ente imperativo o motivador?, ¿cómo son las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería y paciente sano y/o enfermo?, ¿cuáles son las habilidades sociales que practican el profesional de enfermería?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el conocimiento sobre la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el conocimiento sobre el nivel de hemoglobina de sus hijos que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre las medidas de prevención de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre las consecuencias de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

- Determinar el conocimiento sobre la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016.

1.3.1. Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento sobre el nivel de hemoglobina de sus hijos que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención en la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016.

- Identificar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Siendo la anemia ferropénica un problema de gran magnitud a nivel mundial, según MINDES, disminuyó en 6.5%, respecto a lo registrado en el cuando se situaba en 56.8%. “De 56,8% de anemia infantil, esta cifra se redujo a 50,3% ,es decir hubo una disminución de 6,5%”.

“Esto significa que los patrones culturales y de consumo de las familias que tienen que ver con la ingesta de hierro muestran mejoras, pero aún el tema de la anemia se ubica en niveles del 50%”, La anemia se mide en los niños menores de 36 meses, en relación con su falta de nutrientes, según la edad, sexo y talla. Se pone especial atención, por ejemplo, en la carencia de hierro, que nutre de glóbulos rojos a la sangre.⁽⁵⁾

El Instituto de Investigación Nutricional del Perú, señaló en una entrevista para Radio Programas del Perú, que el 70% de niños menores de un año, el 50% de niños menores de tres años y 37% de niños menores de cinco años, sufren de anemia en nuestro país. “La anemia provoca el retraso en el desarrollo psicomotor de los niños y niñas, y se presenta en todos los estratos sociales, esta enfermedad pasa desapercibida por los padres de familia, por ello, es necesario que conozcan la variedad de alimentos ricos en hierro para revertir esta situación”.

1.5. LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

- Como limitación cabe mencionar a la poca colaboración del personal Docente de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016, durante la recolección de información a los padres de familia.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

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:

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 no 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. BASE TEÓRICA

2.2.1. Definiciones de conocimiento

El conocimiento ha sido tratado históricamente por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología.⁽¹¹⁾

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, distingue dos formas de definir el conocimiento: Primero considerando el conocimiento como un acto, y segundo el conocimiento como un producto. En la primera definición asume que el conocimiento es un acto o proceso psíquico que realizamos en cuanto somos conscientes, y consiste en percibir, intuir y observar un hecho, propiedad o cosa del mundo directamente por medio de los sentidos.⁽¹²⁾

En el conocer el sujeto toma contacto con el objeto pero de una manera no física, pues la aprehensión o capacitación cognoscitiva propiamente dicha es de naturaleza psíquica, y en la segunda definición afirma que el conocimiento es una formulación de los hechos, los caracteres o las propiedades de los objetos. Dicho en otras palabras el conocimiento desde este enfoque viene a ser el producto del acto de conocer.

Los conocimientos entendidos como resultado, producto o contenido significativo, se puede adquirir, acumular, transmitir, examinar, medir y derivar unos a otros. Del mismo modo diferencia tres formas o niveles de conocimiento el vulgar, el científico y el filosófico:

- a. **Conocimiento vulgar:** Los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con

instituciones vagas y razonamientos no asistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática permite pasar del saber vulgar al científico.

- b. Conocimiento Científico:** Se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, y hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales claramente definidos, precisos y ordenados.

En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos más huidizos a la captación ya además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios

- c. Conocimiento Filosófico:** Esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación en más ala de la experiencia, ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a la cual el hombre intente da una explicación integral del mundo y de la vida.⁽¹³⁾

2.2.2. Formas de conocimiento

- A. Conocimiento cotidiano:** También llamado conocimiento vulgar; es el conocimiento del mundo y de nuestro entorno que la gente usa todos los días. Ha sido adquirido a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias, contacto con el

mundo y otras personas y no como el producto de la experimentación consciente y dirigida para saber si son verdades irrefutables.

B. Conocimiento revelado o religioso: Es la que viene de la revelación profética. Es el conocimiento adquirido a través de las tradiciones y los libros sagrados, los que a su vez provienen de la revelación divina o del mundo de Dios o de los dioses. No admite dudas y no es posible ponerlo a la prueba de métodos basados en las percepciones de nuestros sentidos o de nuestro razonamiento lógico. Simplemente se cree en ellos por fe.

C. Conocimiento filosófico: Es el que proviene de la reflexión sistémica y metódica acerca de las verdades últimas de la existencia humana y de todo lo que nos rodea. Originalmente el conocimiento filosófico abarcaba o comprendía el conocimiento acerca de la naturaleza del mundo y de los seres humanos, pero en la medida que la filosofía y los filósofos fueron descubriendo leyes de la naturaleza, se fueron separando de la filosofía para constituir cuerpos o sistemas de conocimientos independientes como disciplinas autónomas. Estas pasaron a constituirse disciplinas científicas separadas del pensamiento filosófico de manera que si bien la filosofía representa la búsqueda del conocimiento verdadero, lo hace respecto de las grandes verdades fundamentales de la vida y del universo a través de la reflexión metódica y sistemática, mientras que el conocimiento científico se refiere a aspectos más concretos. El conocimiento filosófico está permanentemente abierto a la revisión, al mismo tiempo que es frecuente que ofrezca más de una visión del mismo fenómeno en estudio, y contradictorios.

D. Conocimiento científico: Es el conocimiento considerado como verdadero, o como una verdadera descripción o explicación de la realidad existente, porque es el producto de los mejor de los

métodos conocidos para la investigación, la reflexión y la experimentación sistemáticas, por una comunidad de científicos.

Es una forma de conocimiento abierto a la revisión permanente y a la corrección de lo ya sabido. Aquí hay una contradicción que suele confundir al estudiante, porque si bien por una lado, como producto de la investigación, la reflexión y el descubrimiento, tenemos un conocimiento que consideramos como una verdad cierta, por otro lado es un conocimiento que está abierta a la permanente revisión y corrección, de nuevos equipos de investigadores. En esta contradicción es donde está su fortaleza, porque permite que se le estén haciendo continuas correcciones y aportes para mejorarlo y hacerlo aún más cierto como reflejo de la realidad.

Para efectos de esta investigación, se considera el conocimiento como el grado alcanzado de ideas, conceptos y experiencias adquiridos como resultado de sus vivencias, contacto con el mundo y otras personas. ⁽¹³⁾

2.2.3. Anemia Ferropénica

La anemia ferropénica es la forma más común de anemia. El hierro es una parte esencial de la hemoglobina, la proteína que transporta el oxígeno en la sangre. Uno obtiene hierro de ciertos alimentos y el cuerpo también recicla hierro proveniente de glóbulos rojos viejos

Los bebés nacen con aproximadamente 500 miligramos (mg) de hierro en sus cuerpos y para el momento en que alcancen la vida adulta necesitarán tener alrededor de 5,000 mg. ⁽¹⁴⁾

Los niños necesitan absorber un promedio de 1 mg por día de hierro para estar a la par con las necesidades de sus cuerpos en crecimiento y, dado que ellos únicamente absorben alrededor del 10% del hierro que consumen en los alimentos, la mayoría de los niños necesitan 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 anemia es la causa más frecuente en el niño, observándose en mayor medida en edad preescolar. La anemia tiene como consecuencia el retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, así como con una resistencia disminuida a las infecciones.

El niño con anemia es un niño desnutrido y que está expuesto a diversos tipos de infección, particularmente a infecciones respiratorias y diarreas, un estudio realizado por **Fernández Salgado** al respecto menciona: *“La desnutrición en los niños les predispone a enfermedades infecciosas y estas enfermedades por ser más graves y prolongadas en ellos tienden a causar deterioro en el estado de nutrición ya precario en el niño”* (12)

En nuestro país según ENDES -2,000, 1 de cada 2 niños presentó anemia. Según EL ENDES 2005 pese a la reducción de 49.6 a 46.2 en menores de 5 años la prevalencia de anemia se mantiene alta “En especial aquellos niños que viven en los departamentos con 10 extrema pobreza, los que viven en áreas rurales son los que presentan mayor índice de deficiencia nutricional en todo el país, las carencias de satisfacción a las necesidades básicas y escasa educación de los padres hacen que sus condiciones de vida sean adversas para el normal desarrollo”. (15)

“La OPS-OMS indica que en el continente americano aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia ferropénica, en Caribe 60% la prevalencia en embarazadas, Ecuador notificó una prevalencia de 70% en niños de 6- 12 meses y 45 % en niños de 12- 24 meses, Cuba 64% en niños de 1-3 años, Argentina 55% en niños de 9- 24 meses, México de 50.7% en niños de 6- 36

meses. Todos los estudios indican que la población más afectada es R. N. de bajo peso, menores de 5 años y mujeres embarazadas”.

Según la OMS más de dos mil millones de personas son anémicas. Es más frecuente en el Sur de Asia y en África, con la más alta prevalencia en África Occidental, estas dos regiones representan más del 40% de todos los casos. La prevalencia de anemia es mayor en mujeres embarazadas y niños de 1- 5 años de edad comúnmente 50- 60. % son anémicos en los países en desarrollo y 10- 20% en los industrializados. ⁽¹⁷⁾

Según la OMS se clasifican en leve, moderada y grave:

Anemia leve: hemoglobina mayor de 10 g/dl.

Anemia moderada: hemoglobina entre 8-10 g/dl.

Anemia severa: hemoglobina menor de 8 g/dl.

El hierro es un mineral pese a que se encuentra en cantidades muy pequeñas, es importante para la hematopoyesis, forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células. Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. También forma parte de la mioglobina de los músculos y de diversas enzimas participando en diversas fases del metabolismo. El hierro actúa como cofactor de varias enzimas claves para la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Asimismo participa en reacciones de transferencia de energía dentro de la célula, y síntesis del ácido desoxirribonucleico. Es posible que una menor disponibilidad de hierro libre para estos procesos se traduzca en alteraciones funcionales.

Se conoce que la deficiencia de hierro, aún sin presentar anemia, tiene consecuencias funcionales negativas en la salud de las

personas. La deficiencia de hierro en la mujer de edad reproductiva aumenta los peligros asociados con las complicaciones del embarazo, tales como prematuridad y bajo peso al nacer, lo cual hace que estos niños comiencen la vida con reservas de hierro disminuidas, los diferentes componentes de hierro corporal se dividen en: el hierro esencial que se encuentra en la hemoglobina, mioglobina, citocromos, y las enzimas celulares en las mitocondrias y el hierro de reserva que se encuentra en la forma de ferritina, hemosiderina en el hígado, médula ósea, bazo, ganglios linfáticos y sangre y la transferrina (proteína de transporte que se encuentra en la sangre).⁽¹⁸⁾

La absorción del hierro se da en las primeras porciones del intestino, en particular a nivel del duodeno, estas representan las dos formas principales de hierro, denominadas hierro no-hem y hierro hem.

El hierro hem se absorbe directamente y sólo está influido por la presencia de carnes y calcio. La absorción de este es regulada por el estado de hierro en el organismo. El hierro no –hem se encuentra presente en los cereales, leguminosas y verduras, y su porcentaje de absorción es mucho menor que el hem y está regulado principalmente por los factores dietéticos y fisiológicos. Los individuos en cualquier estadio del déficit de hierro tienen un mayor porcentaje de absorción.

Los factores dietéticos que influyen sobre la absorción del hierro no hem tienen que ver con la presencia de elementos inhibidores y potenciadores. Entre los agentes inhibidores, podemos mencionar al ácido fítico presente en los cereales y leguminosas, los taninos presentes en las hojas de té y ciertas hojas forraceas y pectinas abundante en ciertos frutos que forman complejos insolubles con el hierro y no permiten su absorción. El huevo, la leche y el queso no permiten una absorción óptima del hierro no-hem, el primero porque forma complejos fosfatados y los segundos porque existe un proceso competitivo entre el calcio y el hierro.

Los estimuladores de la absorción del hierro no-hem son componentes alimentarios capaces de atraer a los minerales desde sus inhibidores y transferirlos a un aceptor fisiológico molecular. Los ácidos orgánicos son los estimuladores más conocidos de la absorción de hierro no-hem, de los cuales el ácido ascórbico es el más potente, debido a su efecto reductor que previene la formación de hidróxido férrico insoluble y por formar complejos solubles con iones férricos aun en el pH alcalino.

La vitamina “A” y los B-carotenos son otros estimuladores de la absorción con mecanismos parecidos al de la vitamina C. Existe otro agente potenciado como es la carne cuyo efecto se conoce como “el efecto carne”, valga la redundancia, debido a los aminoácidos libres que posee y a los lugares de unión al hierro en el medio gastrointestinal de tal manera que permanece en solución indispensable para su absorción. ⁽¹⁸⁾

Las fuentes alimentarias de hierro suelen ser clasificadas por el tipo de hierro predominante en el alimento (hierro hem y no hem). Los alimentos considerados como alimentos fuentes de hierro hem son las carnes, sangre, vísceras, pollo, pescados, mariscos; con un porcentaje de absorción en promedio de 25% como aproximación. Los alimentos considerados como fuentes de hierro no hem son las leguminosas, hortalizas, cereales y frutas, ejemplo: espinaca , acelga, cebada tostada y molida, avena, quinua, lenteja, soya, fréjol, haba, garbanzo, pera, tamarindo; cuyo porcentaje de absorción varía según su interacción con otros agentes.

2.2.4 Etiología y Factores de la Anemia

- **Deficiencia de hierro:** es la principal causa de anemia infantil, el aporte dietario inadecuado por una dieta con bajo contenido de hierro y/o de pobre biodisponibilidad (predominante en inhibidores

de la absorción de hierro y con un bajo contenido de hierro hem).
(19)

- Ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo.
- Aumento de requerimientos debido al crecimiento, sobre todo en el menor de dos años.
- Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen con menor depósitos de hierro.
- Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta.
- Niños de estratos socioeconómicos bajos.
- Parasitosis Intestinal: uncinarias, amebas, giardias son una de las causas que ocasionan perdidas de hierro
- Niños en edad pre escolar con mala alimentación
- Bajos conocimientos de las padres sobre alimentación balanceada
- Bajos conocimientos sobre la anemia ferropenica ⁽¹⁹⁾

En los niños en edad escolar , las funciones digestivas y metabólicas de los niños / niñas y niñas han madurado de manera que ya pueden comer de todo, si bien se han de ajustar las cantidades y los alimentos a la propia evolución y costumbres del niño / niña; sin sobreestimar ni su apetito ni sus necesidades. A los 2 años la velocidad de crecimiento del niño / niña es grande, aunque va desacelerando hasta los 3 años. Y es a partir de esa edad cuando su ritmo de crecimiento y desarrollo se reducen aún más, hasta llegar a la pubertad donde se da el estirón puberal.

- **Cambios en el apetito de tu niño / niña:** Lo cierto es que a partir de los dos años, el niño / niña suele comer menos. Se trata de una respuesta fisiológica normal de su cuerpo ya que su ritmo de crecimiento es más lento en comparación con el primer año, por lo que sus necesidades de energía y nutrientes, inevitablemente son menores. Estos cambios de

apetito deben ser entendidos y atendidos por la familia para no forzarle a comer al niño / niña más cantidad de alimentos, que en realidad su organismo no necesita. Asimismo, en esta etapa el niño / niña va descubriendo todo lo que le rodea y centra su atención en otros temas que no son precisamente la alimentación, suele manifestar manías y caprichos con la comida, por lo que es una oportunidad para que padres y madres, y responsables de su alimentación le guiéis de la mejor manera posible para que vaya adquiriendo hábitos de alimentación y de vida saludables.

➤ **Características generales de la dieta**

- La comida en niños pre escolar deben tiene que ser equilibrada y variada en platos, sabores, texturas y consistencia e incluso colores, para acostumbrar a su paladar a comer de todo. El olor, el color, el sabor, la forma y la textura van a influir y a determinar en parte sus gustos personales.
- Si le vas a dar a probar un alimento nuevo, inténtalo al principio de cada comida, cuando el niño / niña tiene más apetito; e insiste varias veces, cocinando el alimento de distinta forma, hasta que el niño / niña descubra el nuevo sabor, se aficione y se acostumbre a él.
- Si empleáis los alimentos como premio o castigo podéis hacer que vuestro niño / niña sea un caprichoso y tenga manías a la hora de comer los alimentos más nutritivos. Es necesario que dediquéis el tiempo necesario para que el niño / niña aprenda a comer disfrutando de lo que come.
- A medida que van creciendo, los niños / niñas van marcando sus preferencias sobre los alimentos y deberéis orientarlas adecuadamente, pues suelen presionar para comer sólo aquello que les gusta.

- Evita que coma a menudo golosinas, patatas fritas de bolsa, bollería, refrescos y similares, que no le nutren y le quitan apetito para que coma lo que tiene que comer a sus horas.
- Convierte el desayuno en una de las comidas más importantes del día. Para ello el desayuno debe incluir al menos un lácteo, cereales (galletas, cereales, pan, bollería sencilla…) y fruta o zumo.
- Ofréceles almuerzos y meriendas, mejor a base de bocadillos preparados en casa, frutas y lácteos, sin abusar de embutidos, patés y quesos grasos.⁽²⁰⁾

2.2.5. El niño en edad escolar con anemia

En el continente americano, aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia ferropénica. Siendo la causa más frecuente de anemia en el niño, observándose en mayor medida en edad preescolar, especialmente entre los 6 y los 24 meses de edad.⁽²¹⁾

El niño preescolar es un ser en desarrollo que presenta características, físicas, psicológicas y sociales propias, su personalidad se encuentra en proceso de construcción, posee una historia individual y social, producto de las relaciones que establece con su familia y miembros de la comunidad en que vive, por lo que un niño.

El niño es unidad biopsicosocial, constituida por distintos aspectos que presentan diferentes grados de desarrollo, de acuerdo con sus características físicas, psicológicas, intelectuales u su interacción con el medio ambiente.

- **El niño Escolar:** Los niños en edad escolar que presentan anemia presentan gran deficiencia intelectual y propenso a contraer cualquier enfermedad por lo tanto un problemas social, ya que conlleva a la deficiencia concentración intelectual

ya que uno de los signos y síntomas en el escolar es el cansancio evidenciándose el sueño en clase.

2.2.6. Signos y síntomas de la Anemia Infantil:

Las manifestaciones son las propias de la anemia. Dado que en la deficiencia de hierro de origen nutricional la anemia es habitualmente de carácter leve, los síntomas son poco evidentes existe palidez de piel y mucosas, disminución de la capacidad del trabajo físico y manifestaciones no hematológicas debidas al mal funcionamiento de enzimas dependientes del hierro, irritable, poco interesado en el medio e inapetente, en especial frente a los alimentos sólidos. En los lactantes anémicos se han observado una reducción de los coeficientes de desarrollo motor y mental, que no es recuperable con la terapia con hierro, aun más en estos niños existe una disminución leve del coeficiente intelectual a los 5 a 6 años, de edad a pesar de la recuperación de la anemia, persistiendo incluso algún grado de déficit en la edad escolar.⁽²²⁾

- 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.

2.2.6. Diagnóstico de la Anemia Infantil

Realizar primeramente una exhaustiva Historia Clínica, la cual nos permite conocer la existencia o no de antecedentes importantes como

factores de riesgo de anemia, asimismo obtenemos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia, realizar el examen físico que nos revelar los síntomas clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño.

Solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentración de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica. Esta medición, sin embargo, tiene limitada especificación, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones crónicas por ejemplo. (18). Su sensibilidad es también dada la clara superposición de valores normales en poblaciones hierro deficiente.

La distribución normal de la concentración de hemoglobina, en la sangre varía con la edad, sexo, embarazo y especialmente con la altitud residencia del sujeto. Entre mediciones suelen ser suficientes ya que su dopaje costo. Se puede medir ya sea en un hemoglobinómetro o en un espectrofotómetro. Se recomienda la técnica de cianometahemoglobina, debe tomarse en cuenta la corrección por altitud cuando se determine la concentración de hemoglobina en poblaciones de altura.

Para niños mayores de 5 años niveles de hemoglobina y hematocrito por debajo de los cuales se considera que existe anemia, la hemoglobina es menor de 11gr/dl, hematocrito menos que 33%. Hematocrito es más simple de ejecutar por el personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina.

Obtener información acerca de los hábitos alimentarios del niño y de la familia. Realizar el Examen Físico, que nos revelará los síntomas y signos clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño.

Examen de heces, examen de orina, así como prueba más específicas como hierro sérico, ferritina sérica e índice de saturación de transferinas⁽²³⁾.

En muchos casos, los doctores no diagnostican la anemia hasta que realizan una serie de pruebas como parte de la rutina de un examen físico. Un examen de sangre completo (CBC por sus siglas en inglés) puede indicar que hay menos glóbulos rojos de los que debería haber. Otras pruebas de diagnóstico pueden incluir:

- **Examen de frotis de sangre:** La sangre se examina como un frotis en el microscopio lo cual puede en algunas ocasiones indicar las causas e la anemia.
- **Pruebas de hierro:** Estas incluyen evaluar el total de suero y ferritina, los cuales pueden ayudar a determinar si la anemia es debida a una deficiencia de hierro.
- **Electroforesis de hemoglobina:** Se utiliza para identificar diferentes tipos de hemoglobina en la sangre y para diagnosticar la anemia perniciosa, la talasemia y otras formas heredadas de la anemia.
- **Aspiración y biopsia de la médula ósea:** Esta prueba puede ayudar a determinar si la producción de células está ocurriendo de una forma normal en la médula ósea. Es la única forma de diagnosticar la Anemia Aplásica definitivamente e igualmente se emplea si una enfermedad afectando a la médula ósea (como la leucemia) es una causa sospechosa del origen de la anemia.
- **Conteo de reticulocitos:** Una medida de los glóbulos rojos jóvenes que puede ayudar a determinar si la producción de glóbulos rojos se encuentra en los niveles normales.

Además de efectuar estas pruebas, el doctor de su niño(a) puede preguntarle sobre el historial médico de la familia respecto a la anemia, así como los síntomas de su hijo(a), y los medicamentos que está tomando. Esto puede ayudar al doctor a realizar otras pruebas para detectar enfermedades específicas que pueden estar causando la anemia.

2.2.7 Tratamiento de la Anemia Ferropénica

Recomendaciones nutricionales para garantizar el aporte adecuado de hierro, vitaminas y oligoelementos.

- Administración oral de preparados de hierro (sulfato ferroso, gluconato de hierro).
- Una dosis de 3 mg / Kg de peso corporal de hierro elemental, fraccionando esta dosis en 2 o 3 tomas.
- No darse junto con leche, pues disminuye su absorción.
- La hemoglobina y el hematocrito deberán controlarse a los 15 y 30 días, de iniciado el tratamiento la respuesta se evalúa cuando hay un aumento de la hemoglobina de 1g/dl ó 3% de hematocrito por mes.
- El tratamiento se prolongará tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser re – evaluados mensualmente, motivar a la madre continuamente.
- Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia.

Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como: dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y raramente vómito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomendaría que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis en dos tomas al día. Si persisten las molestias, disminuir la dosis a la mitad y luego aumentada a los 15 días.

También el hierro se puede administrar por inyección intramuscular o endovenosa en casos de estar comprometida la vía oral. Se monitorea bien y se pasa al esquema de suplementación con hierro.

En los casos de anemia severa y sobre todo acompañada de problemas respiratorios se emplea la transfusión sanguínea, bien sea con sangre completa o con concentrado de glóbulos rojos.

La temperatura corporal causa al organismo capacidad de adaptarse a ambientes fríos, parece relacionarse con la disminución de la secreción de la hormona estimulante del tiroides y de la hormona tiroidea. ⁽²⁴⁾

2.2.8 Consecuencias de la anemia ferropénica en el niño

- Los efectos son no solo en la salud presente sino también en la futura, afecta principalmente a la inmunidad celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual, metabolismo de las catecolaminas y termogénesis.
- Inmunidad, la ribonucleotidilreductasa requiere hierro al igual que la hidrógeno peroxidasa del fagocito, estudios invitro y invivo demuestran la disminución en la capacidad bactericida de los neutrofilos.
- A nivel del tracto gastrointestinal se reportan alteraciones de la mucosa oral y esofágica, anorexia, aclorhidria y mala absorción

por disminución enzimática y enteropatía exudativa acompañada de sangrado microscópico.

- El déficit de hierro reduce el aporte de oxígeno a los tejidos, entre ellos el músculo esquelético, observándose debilidad muscular, fisiológicamente la adaptación es el descenso de la afinidad por el oxígeno y el aumento del rendimiento cardiaco, pero no podrá funcionar adecuadamente si se demanda mayor esfuerzo físico.
- A nivel del sistema nervioso, se observa irritabilidad, apatía, “Trabajos de Thomas Walter demuestran que el hierro es necesario para que se den las conexiones neuronales, así como para el funcionamiento de los neurotransmisores”.
- “La maduración de las estructuras cerebrales que se desarrolla en los primeros años, donde la disminución del hierro en el cerebro provoca la disfunción del sistema dopaminérgico e hipomielinización, observándose alteraciones del lenguaje, disminución de la atención, concentración, significativo compromiso del desarrollo psicomotor y coeficiente intelectual”. El tratamiento con hierro corrige el déficit de hemoglobina, pero la disminución del coeficiente intelectual persiste en la edad escolar.
- La temperatura corporal causa al organismo capacidad de adaptarse a ambientes fríos, parece relacionarse con la disminución de la secreción de la hormona estimulante del tiroides y de la hormona tiroidea. ⁽²³⁾

2.2.9. Prevención de la Anemia Ferropénica

- Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.
- La lactancia adecuada la que debe empezar a partir de los 6 meses de edad, la leche materna sola no es suficiente y es necesario complementarla con otros alimentos, siendo recomendable introducir alimentos semisólidos en la dieta del niño. Además de los nutrientes que esos alimentos pueden

proporcionar, esta práctica enseñará al niño a comer alimentos con diferentes texturas, consistencias y sabores. Se debe evitar la administración prematura de alimentos a niños amamantados, para evitar que sustituyan la leche materna, además, es importante insistir en que los alimentos semisólidos se deben considerar como complementarios a la leche humana, y que su introducción en la dieta no implica que se deba discontinuar la lactancia materna. Esta puede continuar hasta los 12 o más meses de edad, dependiendo del entorno cultural y familiar del niño.⁽²⁴⁾

- Las preparaciones apropiadas son mazamorra espesas o purés que contiene una densidad energética mínima de 0.8 a 1.0 Kcal/gr con este tipo de preparación el niño puede cubrir sus requerimientos energéticos comiendo de 4 a 5 veces al día, además de la leche materna.
- La combinación de alimentos que se usa es importante, los alimentos de fuente animal contienen proteínas de mayor calidad en cuanto a su composición de amino-ácidos y a la digestibilidad de la misma, además aportan micronutrientes. Las deficiencias de aminoácidos de alimentos vegetales se pueden mejorar con la combinación adecuada, como por ejemplo combinando un cereal con una leguminosa. Sin embargo para los niños es importante incluir producto animal a fin de asegura un adecuado crecimiento.
- La relación de energía a proteína y la composición de las vitaminas y minerales, conocidas como “la calidad” de la dieta, es especialmente crítica en esta etapa, se recomienda que un mínimo de 10% de la energía provenga de la proteína, para que haya un uso óptimo de la proteína y sea suficiente para el crecimiento. Si la cantidad de proteína es muy alta (mayor 15% por ejemplo), el organismo lo utilizará para generar energía y no para su función proteica. La grasa es otro importante elemento en

la dieta y permite aumentar el contenido de energía sin aumentar el volumen. En preparaciones caseras, la adición de una cucharadita de aceite o margarina a la porción de puré para el niño contribuye a ello.

- La dieta para ablactancia debe proveer suficientes minerales y vitaminas en forma disponible para el cuerpo. En algunos casos, los productos animales, permiten una mayor biodisponibilidad de varios de estos micronutrientes que las fuentes vegetales, por lo cual es importante incluir una pequeña porción de un producto animal.
- El consumo de varios micronutrientes en las dietas de los niños de nuestra población es deficiente, dentro de ellos están el hierro, calcio, zinc, yodo, y en algunos lugares, vitamina A, estas deficiencias influyen negativamente en el crecimiento, el apetito o la susceptibilidad del niño a enfermarse⁽²⁴⁾
- Ciertos alimentos procesados facilitan la disponibilidad de estos nutrientes al cuerpo. Los niños pequeños tienen mayor dificultad para digerir algunos granos, como por ejemplo, la quinua en grano. En estos casos es preferible la utilización de harina de quinua o de hojuelas. Para que el niño satisfaga sus requerimientos nutricionales, es necesario que coma varias veces al día, además de las preparaciones ya mencionadas se pueden ofrecer “entre comidas” nutritivas como: pan, galletas o frutas.
- Cuando se recomienda un alimento para el destete, hay que tomar en consideración las percepciones de la madre ante la alimentación de su hijo. Algunos criterios importantes son que la madre considere la preparación como nutritiva y que su hijo pequeño la pueda “pasar” con facilidad. Otro aspecto importante es la facilidad con la cual la madre la pueda preparar. En la mayoría de los casos la madre tiene poco tiempo para la

preparación de alimentos especiales para su niño pequeño o para darle de comer varias veces al día, consecuentemente, es recomendable un alimento de ablactancia fácil de preparar.

- A medida que el niño crece y empieza a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes se le debe dar alimentos más sólidos al principio deben ser blandos, cortados en trocitos de tamaño adecuado y a medida que se desarrolla la dentición se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los trozos.

- La madre debe usar los alimentos que estén al alcance económico de la familia y que sean culturalmente aceptables. Pero teniendo en cuenta su calidad nutricional en términos de digestibilidad, densidad energética y contenido de nutrientes. En general, se puede dar a los niños los alimentos que forman parte de la dieta del resto de la familia, pero teniendo en mente las consideraciones que se hacen a continuación.
 - ✓ Todos los alimentos deben ser preparados, conservados y administrados bajo estrictas condiciones higiénicas.

 - ✓ Cuando se use alimentos de origen vegetal, se debe poner atención a factores tales como el descascarado, refinamiento y grado de molienda de los cereales, las leguminosas y sus productos tales como harinas, y mezclas vegetales), que aumentan la digestibilidad de las proteínas y almidones, pero pueden reducir el aporte de algunos micronutrientes.

 - ✓ El contenido de fibra, fitatos, taninos y otros compuestos puede interferir con la biodisponibilidad de diversos micronutrientes. El tiempo de cocción en el hogar y el procesamiento industrial como la pre cocción, extracción y tostado, destruyen los factores antinutricionales y mejoran la digestibilidad de proteínas y almidones.

- ✓ Después de los cuatro meses de edad se puede empezar a dar productos lácteos y carnes de aves, res y cerdo. Es mejor posponer hasta los ocho meses de edad los alimentos de origen animal que son potencialmente más antigénicos, como la clara de huevo y el pescado. Sin embargo estos alimentos se pueden introducir a una edad más temprana en la dieta de aquellos niños que no tengan acceso a otras fuentes de proteínas de alto valor nutricional, además de aquellos niños que no tengan acceso a otras fuentes de proteínas de alto valor nutricional. Además de ser una excelente fuente de proteínas las carnes aportan hierro hemínico, que es fácilmente absorbido, zinc y ácidos grasos esenciales. Además favorecen la absorción del hierro inorgánico que se encuentran en los alimentos vegetales que son ingeridos junto con la carne. Este aumento en la absorción también ocurre cuando se ingiere alimentos que contienen vitamina C junto con alimentos que contienen hierro inorgánico. Se debe evitar la administración de remolacha y espinaca durante el primer año de vida para reducir el riesgo de metahemoglobina, como consecuencia de la producción de nitrosos a partir de nitrosos contenidos en esos alimentos.
 - Tratamiento de las enteroparasitosis y desparasitación periódica en capas endémicas.
 - Promover la ingesta de sales de hierro. En niños pre-término, a partir del segundo mes de vida: administración de sulfato ferroso a una dosis diaria de 1 mg Fe elemental/kg de peso. En el niño a término: administración de 2 mg. Fe elemental/kg de peso a partir de 3° mes si recibe leche artificial y a partir de 6° mes si recibe lactancia materna.

- Promover la suplementación con hierro en gestantes a partir del cuarto mes del embarazo hasta el segundo mes de post parto.
- Las recomendaciones diarias de consumo de hierro varían según la edad, sexo, estado fisiológico (embarazo, lactancia) de las personas, y depender del tipo de alimentación. Los requerimientos de hierro absorbido son especialmente altos en los niños y en las embarazadas.
- Los niños menores de un año requieren 0.77 mg/día y las embarazadas hasta 6mg/día, que se cubren con consumos de 10 y 30 mg de hierro al día. Estas necesidades no pueden ser cubiertas por la alimentación debido a que el niño hasta los 6 meses de edad depende exclusivamente de la leche materna. Por ello requieren de suplementación.
- La fortificación de los alimentos con hierro es la forma más práctica de prevenir la carencia de hierro. Su principal ventaja es que el consumo de estos productos no requiere de una conducta activa del sujeto. Para su implementación se debe seleccionar un alimento.
Ejm.: Harina y derivados.
 - ✓ Promover buen saneamiento básico.
 - ✓ Promover la participación comunitaria.

2.2.10. Intervención de la Enfermera en el Tratamiento de la Anemia Ferropénica en el primer nivel de atención

La enfermera como servicio profesional juega un rol muy importante en la prevención y tratamiento, brindando un tratamiento holístico. En la operativización de actividades en la Estrategia Sanitaria⁽²⁴⁾

Nacional de Crecimiento y Desarrollo del Niño (ESNCRED) se desarrollan estrategias en forma conjunta con el equipo de salud (médico pediatra, enfermero, nutricionista, tecnólogos médicos). La anemia ferropénica se maneja en todos los niveles de complejidad. La enfermera realiza en el consultorio CRED: Interrogatorio a las madres sobre sus niños, examen físico del niño, solicita a todo niño mayor de seis meses exámenes de hemoglobina y hematocrito. Previo diagnóstico médico de ser necesario inicia el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro quien personalmente entrega en suplemento a la madre, aconseja y orienta adecuadamente sobre el consumo del suplemento, previene sobre los efectos colaterales, por medio de la visita domiciliaria se debe supervisar si se toman o no los suplementos, motivando a la madre permanentemente y en cada oportunidad. En caso de que se haya suspendido la suplementación, averiguar los motivos y reportarlos. Se debe motivar nuevamente a la madre.

Registro de lo entregado en la historia clínica del niño, carnet de CRED, registro diario de atención al paciente y consolidado de información mensual de CRED e informe HIS.

Monitorea la suplementación, solicita Hb y Hcto. a los quince días y prolonga el tratamiento por 3 meses. Si hay casos que no responden al tratamiento se deriva al especialista.

2.2.11. Teorías que fundamentan la investigación

- **Nola Pender modelo de promoción de la salud:** Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Meta paradigmas:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Las bases que Pender poseía en enfermería, Desarrollo Humano, Psicología experimental y en educación, la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la

enfermera y el aprendizaje de la teoría como bases para el MPS

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado.⁽²⁵⁾

➤ **Teoría de Ramona Mercer - Teoría del Rol Maternal:**

Esta teoría se centra en la paternidad y en la consecución de un papel maternal en diversas poblaciones. La aplicación de esta teoría conlleva una serie de consecuencias para el ejercicio de la enfermería en el ámbito de la salud de la mujer y de los lactantes...La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

El Rol Funcional, va orientado en la búsqueda de nuevos espacios profesionales, rompiendo paradigmas, en lo asistencial, docente y gerencial, donde cada uno de estos elementos se convierte en el pilar del quehacer de enfermería. En esta asignatura, se ofrece la oportunidad de validar y confrontar en la práctica desde cualquiera de los campos de acción seleccionados, el conocimiento teórico, sobre el cuidado a las madres y perinatos. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería.⁽²⁶⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimiento:** Conjunto de ideas, información o enunciados que se obtienen a lo largo de la vida, como resultado de la experiencia y el aprendizaje de las personas.
- **Anemia:** Es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos le suministran oxígeno a los tejidos corporales. Existen muchos tipos de anemia. La anemia ferropénica es una disminución del número de glóbulos rojos en la sangre provocada por la escasez de hierro.
- **Anemia infantil:** conocida como anemia ferropénica, característicos en los niños menores de 8 años ya que son más susceptibles a padecerlo por una inadecuada alimentación en la mayoría de los casos.
- **Padres de familia;** persona que tiene un preescolar en casa sexo femenino o masculino, que lo lleva al centro de salud Túpac Amaru.
- **Profesional de enfermería:** Es la persona que ejerce La enfermería como profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- EL conocimiento acerca de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016, es bajo.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- Los padres de familia desconocen el nivel de hemoglobina de sus hijos del cuarto de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016.

- El conocimiento sobre las medidas de prevención de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016, es bajo.
- EL conocimiento sobre las consecuencias de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016, es bajo.

2.5. VARIABLES

Variable: conocimiento Sobre Anemia infantil

2.5.1. Definición conceptual de la variable

- **Conocimiento sobre Anemia Infantil:** El conocimiento es un Conjunto de Información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje sobre la disminución de la Hemoglobina, sustancia presente en los glóbulos rojos de la sangre los cuales se encargan de transportar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo.

2.5.2. Definición operacional de la variable

- **Conocimiento Sobre Anemia Infantil:** Es el grado de conocimiento que poseen los padres de familia sobre la anemia infantil producida por deficiencia nutricional en especial por carencia de hierro.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
Conocimiento sobre anemia infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de hemoglobina. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control médico. ▪ Valores normales 	<p style="text-align: center;">Alto Medio Bajo</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de salud ▪ Ingesta de alimentos nutritivos 	<p style="text-align: center;">Alto Medio Bajo</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de la anemia infantil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades nutricionales ▪ Bajo peso y talla para su edad. ▪ Desarrollo intelectual ▪ Promedio de notas 	<p style="text-align: center;">Alto Medio Bajo</p>

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación según Hernández Sampieri⁽²⁷⁾ es de método inductivo, ya que está orientado a obtener datos sobre el nivel de conocimientos.

La presente investigación es de carácter descriptivo, el cual pretende identificar cuál es el conocimiento sobre la anemia en los padres de familia de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria

El Nivel de la Investigación es aplicativo ya que se ejecuta en la realidad y se obtiene datos reales a través de la aplicación de un instrumento.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La institucion Educativa Mariano Bonin es de Nivel Primario ubicado en la dirección Jirón Julio Burga Cdra. 3 del Centro Poblado Tingo María Distrito Rupa-rupa Provincia Leoncio Prado Región Huanuco se encuentra en el area urbana de categoría escolarizado los Profesores son Polidocente completos es de género mixto con turno continuo mañana y tarde pertenece a la UGEL Leoncio Prado.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población está conformada por todos los padres de familia de las cinco secciones de cuarto grado de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016, que son un total de 210 padres de familia.

3.3.2. Muestras:

La muestra extraída de la población fue de 115 padres de familia de la Institucion Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, cumpliendo los siguientes criterios de Inclusión y de Exclusión:

➤ **Criterios de inclusión:**

- Padres de familia de la Institucion Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, que acepten voluntariamente participar en la investigación.
- Padres de familia de la Institucion Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, que hablen Español.
- Padres de familia de la Institucion Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, que asistan a la reunión convocada en la asamblea general del Cuarto grado de Primaria.
- Padres de familia de la Institucion Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, que no tengan problemas o impedimentos físicos o psicológicos.

➤ **Criterios de exclusión:**

- Padres de familia de la Institución Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, que no acepten voluntariamente participar en la investigación.
- Padres de familia de la Institución Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, que no hablen español.
- Padres de familia de la Institución Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, que no asistan a la reunión convocada en la asamblea general del Cuarto grado de Primaria.
- Padres de familia de la Institución Educativa Mariano Bonin, de las diferentes secciones del cuarto grado de primaria, que tengan problemas o impedimentos físicos o psicológicos.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, el instrumento tiene como objetivo obtener información que permitió determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia de la Institucion Educativa Mariano Bonin, en el año 2016.

Los resultados se vaciaron en tablas una vez concluido el recojo, análisis e interpretación de la información.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para obtener la validez de contenido del instrumento se realizó un juicio de expertos (en número de 07) en el campo de atención en enfermería

Para establecer la confiabilidad se aplicó la prueba estadística de alfa de Crombach.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección y procesamiento de datos se realizó lo siguiente:

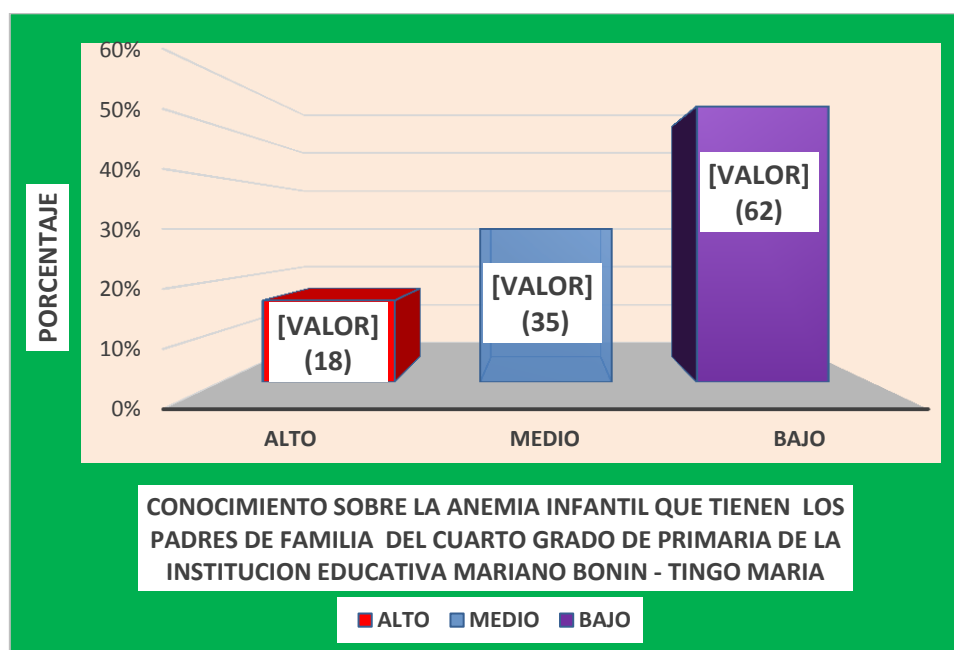
- Se solicitara autorización para aplicar el instrumento al Director de la Institucion Educativa Mariano Bonin.
- Se coordinó con el coordinador encargado de todas las secciones del 4to año de primaria, así como también se hará la coordinación respectiva con los docentes de cada sección.
- Se utilizó el paquete estadístico en salud SPSS versión 18.
- Para el análisis de los datos se elaboró los cuadros y tablas con los datos, se analizó e interpretó obteniendo los resultados respectivos.Obtenido los puntajes totales se procedió a aplicar la investigación, una vez ordenado los datos se obtuvo los datos.

Concluida la recolección de los datos, se elaboró la tabla matriz a fin de procesar los datos y presentar los resultados en gráficos para el análisis e interpretación respectiva.

CAPITULO IV: RESULTADOS

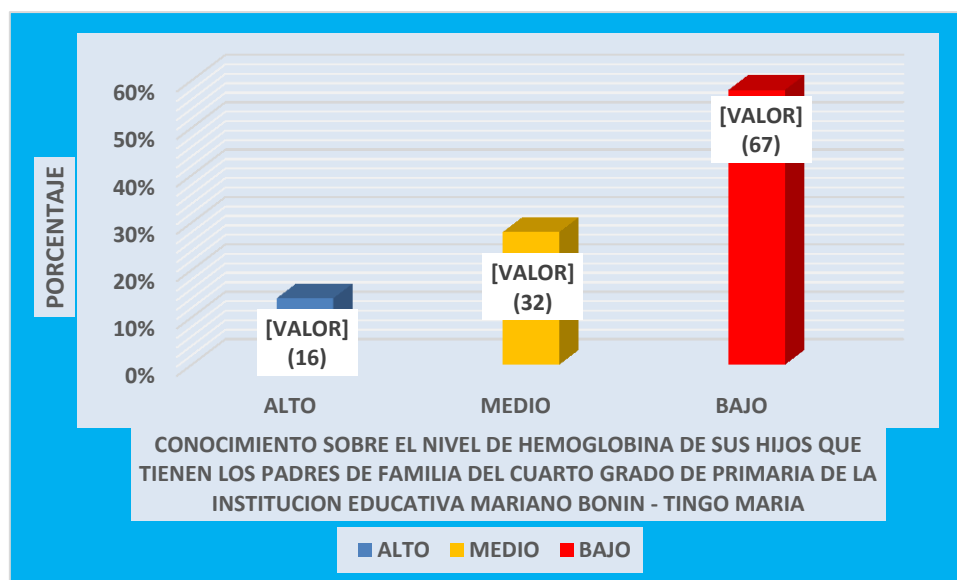
GRAFICA 1

CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA INFANTIL QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CUARTO GRADO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MARIANO BONIN - TINGO MARIA 2016.



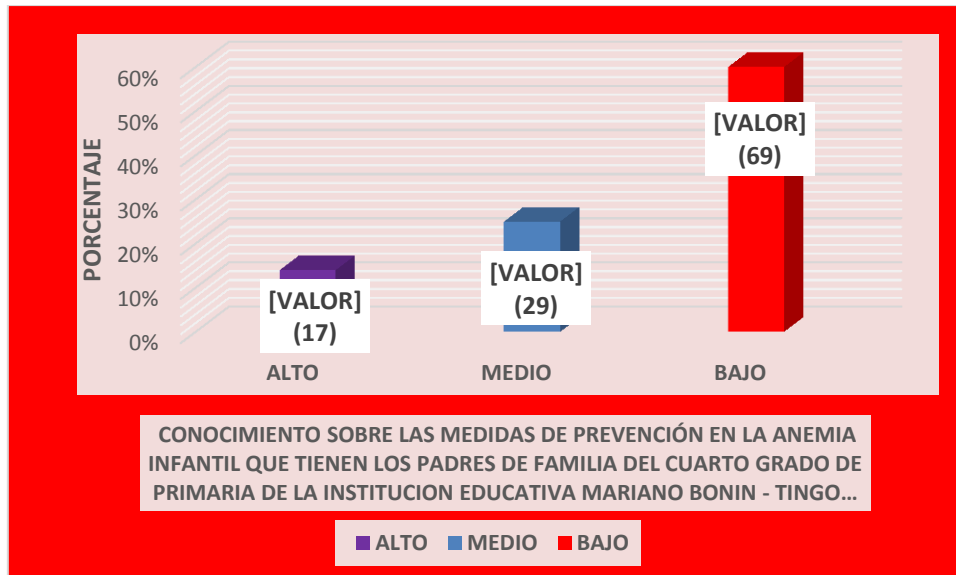
Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo en un 54%(62), Medio en un 30%(35) y Alto en un 16%(18). Estos niveles de práctica se presentan, de acuerdo a las respuestas, quienes señalan: Desconocen qué es la anemia, consecuencias, características, pruebas que deben realizarse. Asimismo desconocen qué es el hierro, cuáles son las medicinas para el tratamiento de la anemia, también desconocen cuáles son los alimentos son fuentes de Hierro, de igual forma desconocen que alimentos y preparaciones ayudan a que nuestro cuerpo retenga el hierro consumido en los alimentos, además qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos.

GRAFICA 2
CONOCIMIENTO SOBRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA DE SUS HIJOS
QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CUARTO GRADO DE
PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MARIANO BONIN - TINGO
MARIA 2016.



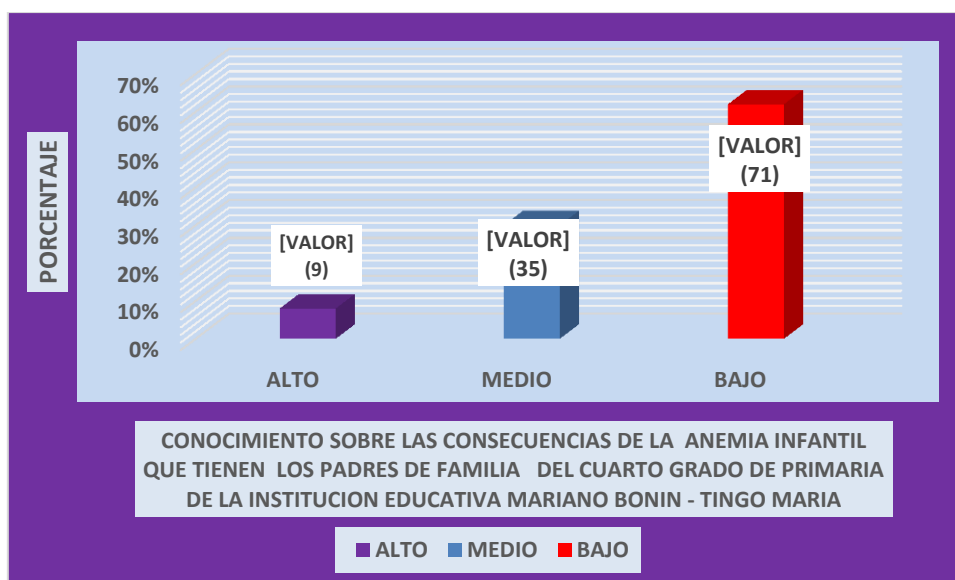
Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre el nivel de Hemoglobina de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo en un 58%(67), Medio en un 28%(32) y Alto en un 14%(16).

GRAFICA 3
CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA ANEMIA
INFANTIL QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CUARTO GRADO
DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MARIANO BONIN - TINGO
MARIA 2016.



Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre las medidas de prevención en la anemia infantil de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo en un 60%(69), Medio en un 25%(29) y Alto en un 14%(17).

GRAFICA 4
CONOCIMIENTO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA
INFANTIL QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CUARTO GRADO
DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MARIANO BONIN - TINGO
MARIA 2016



Según los resultados presentados en la Grafica 4, el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre las consecuencias de la anemia infantil de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo en un 62%(71), Medio en un 30%(35) y Alto en un 8%(9).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: El conocimiento acerca de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016, es bajo.

Ho: EL conocimiento acerca de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016, no es bajo.

Ha \neq Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	18	35	62	115
Esperadas	38	38	39	
(O-E) ²	400	9	529	
(O-E) ² /E	10,5	0,2	13,6	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 24,3; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alternativa (Ha), con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: El conocimiento acerca de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo María 2016, es bajo.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo en un 54%(62), Medio en un 30%(35) y Alto en un 16%(18). Estos niveles de práctica se presentan, de acuerdo a las respuestas, quienes señalan: Desconocen qué es la anemia, consecuencias, características, pruebas que deben realizarse. Asimismo desconocen qué es el hierro, cuáles son las medicinas para el tratamiento de la anemia, también desconocen cuáles son los alimentos son fuentes de Hierro, de igual forma desconocen que alimentos y preparaciones ayudan a que nuestro cuerpo retenga el hierro consumido en los alimentos, además qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos. Coincidiendo con Pérez (2007) 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.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre el nivel de Hemoglobina de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo en un 58%(67), Medio en un 28%(32) y Alto en un 14%(16). Coincidiendo con Castañeda (2009) 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.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre las medidas de prevención en la anemia infantil de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo en un 60%(69), Medio en un 25%(29) y Alto en un 14%(17).

OBJETIVO ESPECIFICO 3

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre las consecuencias de la anemia infantil de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo en un 62%(71), Medio en un 30%(35) y Alto en un 8%(9).

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo. Estos niveles de práctica se presentan, de acuerdo a las respuestas, quienes señalan: Desconocen qué es la anemia, consecuencias, características, pruebas que deben realizarse. Asimismo, desconocen qué es el hierro, cuáles son las medicinas para el tratamiento de la anemia, también desconocen cuáles son los alimentos son fuentes de Hierro, de igual forma desconocen que alimentos y preparaciones ayudan a que nuestro cuerpo retenga el hierro consumido en los alimentos, además qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 24,3 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre el nivel de Hemoglobina de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo.

TERCERO

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre las medidas de prevención en la anemia infantil de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo.

CUARTO

El nivel de conocimientos que tienen los padres de familia, sobre las consecuencias de la anemia infantil de sus hijos del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, fue Bajo.

RECOMENDACIONES

Fortalecer las acciones educativas acerca de la Prevención y Consecuencias de la Anemia, a través del diseño de un Programa de Promoción y Prevención orientado a las madres del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María.

Enfatizar en el seguimiento de las madres del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María, de niños con riesgo a anemia través de las visitas domiciliarias.

Realizar estudios cuantitativos y/o cualitativos sobre prácticas alimenticias para la prevención de la anemia en madres del Cuarto Grado de Primaria, de la Institución Educativa Mariano Bonin, Tingo María.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alarcón, Méndez 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.
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 pág. 55.
4. Programa Nacional de Prevención y Deficiencia de Micronutrientes PREDEMI. Programa para prevenir la anemia. Peru
5. MINDES. Estrategias para disminuir la anemia infantil. Perú
6. Freire Phd. Wilma. La Anemia por deficiencia de hierro. Estrategias de la OPS/OMS pág. 57.
7. Dra. Carballosa Cruz, Tania Lilia y otros, realizó una investigación titulado “Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos – Las Tunas
8. 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
9. 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.
10. Espinoza Moreno Tula y otros titulado: Relación entre prevalencia de desnutrición y anemia ferropènica en menores de 14 años de la comunidad Santa María Baja, Carapongo, Chosica, 2005.
11. Bunge, Mario, la ciencia su método y su filosofía. Edt. Ariel. Buenos Aires. X edición
12. Salzar Bondy, El conocimiento Humano. Edt. Ariel. Buenos Aires. X edición; 2002.

13. Russel, Bertrand "El Conocimiento Humano." .Edit Ariel, Buenos Aires XI edic
14. Fernández, Mario , "Factores pre disponentes de Infecciones Respiratorias Agudas en el niño" 1998 cuba. [Http://www Méd, gen. Com](http://www.Méd, gen. Com).
15. Meza, Ana María y Otros. Manual de Nutrición. Proyecto de
16. Salud Integral en Carabayllo de Chanye-FOR-CHILDREN. Canadá.
17. OPS/OMS, actividades regionales, nacionales y locales 2006 pag. 45,48
MS Marianilla Miranda C, Rev. Perú medí ex salud publica 21(2), pág. 82,83
18. Ministerio De Salud. Procedimientos de Atención de Salud Infantil. Lima – MINSAA.. pág. 45
19. Ministerio de salud. Proyecto mejora de servicios de salud. Documento técnico. Lima Peru
20. Espinoza, Moreno Tula y Otros. Relación entre Prevalencia de Desnutrición y Anemia Ferropénica en menores de años de la comunidad Santa María Baja, Carapongo, Chosica, 2005. Perú.
21. Jose Aranibal. Ferro. Formulario Modelo sobre Anemia por déficit de hierro. OMS. 2004
22. Meneshello, Julio. Pediatría. 5ta Ed. EE.UU. Editorial Médica Panamericana. 1967. pag 123
23. Ministerio de Salud. Prevención y control de la deficiencia de hierro. Guía para los trabajadores de salud. DISA IV. Lima –MINSAA.
24. Ramos, Ruben y Otros. Cómo como alimentación y nutrición. Perú Edit. Stella.
25. Mercedes Arévalo, Walter Velásquez, Gloria Gupio, Rita URIBE "Manual de habilidades sociales para la prevención de conductas violentas en adolescentes".Peru;
26. Kozier "Teorías y conceptos en la práctica de enfermería". Editorial MC Graw Internacional México 1999.Pág. 35.
27. Sampieri Hernández Roberto Y Otros "Metodología de la
28. Investigación" 3 era edición Ed Mc Graw Hill México 2006.pag 223, 734

ANEXOS

CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA INFANTIL EN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CUARTO GRADO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MARIANO BONIN - TINGO MARIA 2016.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES
<p>Problema General ¿Cuál es el conocimiento sobre la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es el conocimiento sobre el nivel de hemoglobina de sus hijos que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016?</p> <p>¿Cuál es el conocimiento sobre las medidas de prevención de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016?</p>	<p>Objetivo General Determinar el conocimiento sobre la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar el conocimiento sobre el nivel de hemoglobina de sus hijos que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención en la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016.</p> <p>Identificar el nivel de</p>	<p>Hipótesis General EL conocimiento acerca de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016, es bajo.</p> <p>Hipótesis Específicas Los padres de familia desconocen el nivel de hemoglobina de sus hijos del cuarto de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016.</p> <p>El conocimiento sobre las medidas de prevención de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016, es bajo.</p> <p>EL conocimiento sobre las consecuencias de la anemia infantil que tienen los padres de</p>	<p align="center">Conocimiento sobre anemia infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control médico. ▪ Valores normales ▪ Control de salud ▪ Ingesta de alimentos ▪ nutritivos ▪ Enfermedades nutricionales ▪ Bajo peso y talla para su edad. ▪ Desarrollo intelectual ▪ Promedio de notas

<p>¿Cuál es el conocimiento sobre las consecuencias de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016?</p>	<p>conocimiento sobre las consecuencias de la anemia infantil que tienen los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016</p>	<p>familia del cuarto de primaria de la Institucion Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016, es bajo.</p>		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



Cuestionario

Buenos días, mi nombre es Gonzales Quispe Grisela, soy estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando la investigación que lleva por título Conocimiento sobre la anemia infantil en los padres de familia del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Mariano Bonin - Tingo Maria 2016

Muchas gracias por la colaboración brindada.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan preguntas con 4 alternativas de respuesta. Usted responderá la que considere más apropiada.

I. DATOS GENERALES

1. EDAD:

GRADO DE INSTRUCCION

- | | | |
|---------------------------|----------------|--------------|
| a. Primaria | incompleta () | completa () |
| b. Secundaria | incompleta () | completa () |
| c. Técnico | incompleta () | completa () |
| d. Superior universitario | incompleta () | completa () |

3. OCUPACION

- Dependiente
- Independiente.....

4. Nº DE HIJOS _____

CONTENIDO

5. ¿Qué es la anemia?
 - a. Es la disminución de la hemoglobina
 - b. Es el disminución de la glucosa
 - c. Es el aumento de la hemoglobina
 - d. Es la disminución del colesterol

6. Un niño llega a tener anemia por:
 - a. Consumir alimentos y agua contaminada
 - b. Consumir alimentos con pocas vitaminas
 - c. Consumir pocos alimentos ricos en hierro
 - d. Consumir embutidos o frituras

7. Una de las consecuencias que puede ocasionar en su niño, la anemia es:
 - a. El aumento de peso
 - b. El bajo rendimiento escolar
 - c. El dolor muscular
 - d. La diarrea

8. ¿Cuales son las características de una persona con anemia?
 - a. Aumento de apetito, fiebre, tos
 - b. Cansancio, palidez y mucho sueño
 - c. Falta de sueño, piel azulada y dolor de cabeza
 - d. Dolor de huesos, garganta y manchas en la piel

9. ¿Qué prueba conoce usted para confirmar el diagnóstico de la anemia?
 - a. Prueba de colesterol
 - b. Prueba de glucosa
 - c. Prueba de hemoglobina y hematocrito
 - d. Prueba de Elisa

10. ¿Qué es el hierro?
 - a. Es una vitamina.
 - b. Es una planta medicinal
 - c. Es un nutriente presente en los alimentos
 - d. Es un condimento

11. ¿Cuál de las siguientes medicinas sirve para el tratamiento de la anemia?

- a. calcio
- b. vitaminas
- c. paracetamol
- d. sulfato ferroso

12. ¿En cuál de las siguientes alternativas todos los alimentos o grupos de alimentos son fuentes de Hierro?

- a. Leche y derivados, lentejas y verduras
- b. Beterraga, huevo, carnes y papas
- c. Fruta, alfalfa, arroz y relleno
- d. Carnes, hígado, sangrecita y menestras

13. Existen alimentos y preparaciones que ayudan a que nuestro cuerpo retenga el hierro consumido en los alimentos ¿Cuáles son?

- a. Café, te
- b. Jugo de naranja, limonada
- c. Gaseosa, néctares
- d. Infusiones, leche

14. ¿Qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos?

- a. Trigo, sémola, arroz
- b. Café, té, infusiones
- c. Limón, naranja, verduras
- d. Frutas secas, manzana, uva