



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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANEMIA FERROPENIA
QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 12 MESES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DOMINGO
MANDAMIENTO - HUACHO - 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

BACHILLER: MATEO RONDON BRYAN JESPER

**HUACHO - PERU
2017**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANEMIA
FERROPENIAQUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 12 MESES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD DOMINGO MANDAMIENTO - HUACHO - 2015”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos que sobre la anemia ferropénica tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento – Huacho – 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 65 madres, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: *medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento, efectos*. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,811); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,903). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 17,7 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de conocimiento sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo.

PALABRAS CLAVES: *Conocimientos, anemia ferropénica, medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento, efectos.*

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the level of knowledge about iron deficiency anemia among mothers of children under 12 months of age who attend Sunday Command Center - Huacho - 2015. It is a cross-sectional descriptive investigation, with a sample of 65 mothers, for the collection of information, a multiple choice questionnaire of 18 items was used, organized by the dimensions: preventive measures, diagnosis and treatment, effects. The validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0,811); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of (0.903). The hypothesis test was carried out using the Chi square statistic with a value of 17.7 and a level of significance of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of knowledge about iron-deficiency anemia in mothers of children under 12 months of age who attend the Domingo Mandamiento-Huacho Health Center is Low.

KEY WORDS: *Knowledge, iron deficiency anemia, preventive measures, diagnosis and treatment, effects.*

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	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	34
2.4. Hipótesis	34
2.5. Variables	35
2.5.1. Definición conceptual de la variable	35
2.5.2. Definición operacional de la variable	35
2.5.3. Operacionalización de la variable	35

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

INTRODUCCION

Según la OMS la prevalencia de anemia es un problema de Salud Pública que afecta a todos los países. Esta enfermedad es considerada como el mayor problema que afecta a los hombres, mujeres y niños de cualquier edad.

Se tiene información que en el 2002 este problema ocasiono el más grande índice de morbilidad a nivel planeta, las cifras fueron alarmantes porque indicaron que más del 30% de la población tienen anemia, y por ende ocasionan severas alteraciones en la salud como por ejemplo en las gestantes pueden ocasionar la muerte a la hora del parto.

En el caso de los niños les aumenta el riesgo de enfermar, retrasa el normal crecimiento y desarrollo, y otras patologías. Se tiene que el 47.4% de niños en edad pre- escolar, el 25.4% de niños en edad escolar, 41.8% de embarazadas, 12.7% de varones, 23.9% de ancianos sufren de anemia según datos de la OMS.

El presente proyecto consta:

Capítulo I: El problema de investigación, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación del estudio.

Capítulo II: Marco Teórico, antecedentes del estudio, bases teóricas, definición de términos, variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable.

Capítulo III: Metodología, tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y el plan de recolección y procesamiento de datos.

Resultados, Discucion, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliograficas, Anexos

CAPITULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximadamente, un 50 por ciento de los niños menores de 3 años padece anemia infantil, una enfermedad que generalmente se trata con una dieta destinada a aumentar el consumo de alimentos ricos en hierro, como la carne, y a aumentar su absorción combinándola con frutas ricas en vitamina C, ya que para que el hierro se absorba mejor, necesita vitamina C en la misma digestión.

Los suplementos de hierro también están indicados, bajo supervisión médica, cuando la anemia no sea de carácter leve (1).

La anemia infantil se caracteriza por una disminución del número de glóbulos rojos en la sangre, que son los encargados de trasladar el oxígeno a todos los órganos del cuerpo, gracias a la hemoglobina que contienen.

La hemoglobina es una proteína muy importante para nuestro organismo, pues es la encargada de transportar el oxígeno necesario para el buen funcionamiento de todos los tejidos y órganos de nuestro cuerpo.

Cuando la cifra o el contenido de la hemoglobina se presentan más bajo de lo esperado en un análisis de sangre, significa que el niño tiene anemia.

Su causa más frecuente es la falta de hierro, un mineral necesario para la formación de la hemoglobina de la sangre. Otra causa habitual suele ser la dificultad para absorberlo.

Algunas enfermedades también pueden causar anemia en los niños. La anemia infantil se reconoce por la palidez en el tono de la piel, el cansancio y la falta de energía en los niños. Es posible que el niño tenga también la boca o la lengua de un tono blanquecino.

La anemia puede estar causada por distintos motivos:

- 1. La deficiencia de hierro es la principal causa de la anemia infantil.** Una alimentación pobre en alimentos ricos en hierro puede provocar la anemia.
- 2. Una enfermedad parasitaria intestinal** también puede provocar pérdidas de sangre, al consumida por los parásitos.
- 3. Algunas enfermedades o infecciones,** como las infecciones urinarias, la tuberculosis, el paludismo, los tumores, la fiebre tifoidea y la leucemia, entre otras, pueden causar anemia.
- 4. Una ingestión de leche entera de vaca** u otros animales en los menores de 1 año puede producir una pérdida de glóbulos rojos, lo que provocaría una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo, anemia.
- 5. Una exposición diaria a la contaminación ambiental** que producen las fábricas de pinturas, tintes, baterías y talleres de metalmecánica. Esas situaciones pueden llevar a una intoxicación progresiva por plomo del organismo y ocasionar una anemia severa.

6. **Algunos antibióticos** pueden producir anemia cuando se usan por largos periodos de tiempo. Por esta razón, cuando el pediatra recete algún antibiótico al bebé, es importante seguir estrictamente sus instrucciones en cuanto a la dosis y al tiempo de duración del tratamiento.
7. **La deficiencia en vitamina B12** también puede ser una causa de anemia. (2).

Cómo tratar la anemia infantil

Cuando existe una sospecha de que el niño tiene anemia, la primera prueba que debe hacerse es un análisis de sangre en la que se pide reflejado el nivel de hemoglobina, hematocrito, etc. El medico también querrá conocer los hábitos de alimentación del niño y de la familia, así como los de conducta y comportamiento. Si se confirma la sospecha de anemia, el pediatra determinará una dieta rica y equilibrada como primer paso para asegurar una nutrición adecuada al niño. El hierro y la vitamina B12 son dos elementos esenciales que no deben faltar en la dieta del niño con anemia y que están presentes en las carnes rojas y vísceras, así como en vegetales verdes crudos (ricos en ácido fólico).

El segundo paso consiste en complementar la dieta mediante preparados que contengan hierro, y otras vitaminas, por vía oral. La dosis, así como el suplemento vitamínico, deberán ser indicados solamente por el médico.

La duración del tratamiento dependerá de los resultados que se obtengan en los posteriores exámenes de control. Normalmente, se administra un suplemento durante tres meses o hasta se haya normalizado el valor de hemoglobina. En los casos de anemia severa, y que esté agravada por una neumonía, asma, insuficiencia respiratoria, u otro cuadro de riesgo, se puede emplear una transfusión sanguínea, siempre recomendada por el médico. La transfusión sanguínea solo se emplea en determinados casos por

los riesgos que ésta implica: anemia severa, anemia más neumonía o asma con insuficiencia respiratoria moderada o severa. Se emplea sangre completa o paquete de glóbulos rojos. (1).

EN EL PERU

Anemia en niñas y niños

- El 32,9 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad padeció de anemia, proporción menor a la observada en el año 2012 (37,2 por ciento). Por tipo, el 20,7 por ciento tuvo anemia leve, 11,8 por ciento anemia moderada y el 0,3 por ciento anemia severa. En relación con la ENDES 2012, se observa reducción en todos los tipos; siendo mayor en la anemia moderada (2,4 puntos porcentuales), al pasar de 14,2 por ciento en el año 2012 a 11,8 por ciento en la ENDES 2014.
- La anemia afectó al 63,7 por ciento de niñas y niños de seis a ocho meses de edad y al 65,8 por ciento de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (61,2 por ciento) y de 18 a 23 meses de edad (44,4 por ciento); mientras, que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores: 24 a 35 meses (27,7 por ciento), 36 a 47 meses (19,4 por ciento) y de 48 a 59 meses de edad, el porcentaje baja a 19,1 por ciento.
- De igual manera, el porcentaje de anemia fue mayor en niñas y niños de madres sin educación (43,7 por ciento), que pertenecen al quintil inferior de riqueza (41,6 por ciento), niñas y niños que consumieron agua hervida proveniente de otra fuente distinta a pública (40,0 por ciento); por sexo, los niños tuvieron mayor prevalencia de anemia que las niñas (33,6 y 32,2 por ciento, respectivamente).
- Según ámbito geográfico, la anemia fue más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (40,7 por ciento) y de la Sierra (39,8 por ciento). Por

departamento, Puno presentó la más alta proporción (61,5 por ciento), seguido por Loreto (49,5 por ciento), Huancavelica (43,9 por ciento) y Pasco (43,4 por ciento). Los menores porcentajes se presentaron en San Martín (24,0 por ciento) y Lima (24,3 por ciento).

“La anemia según el ENDES –2012 afectó al 63.9 % de los niños de 6 a 11 meses, cabe resaltar que esta edad corresponde al periodo de alimentación complementaria” (3).

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” 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.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la anemia ferropenia que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento- Huacho - 2015?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

1. ¿Cuáles son los conocimientos en medidas preventivas de la anemia ferropenia de las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento- Huacho - 2015?

2. ¿Cuáles son los conocimientos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropenia de las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento- Huacho - 2015?
3. Cuáles son los conocimientos respecto a los efectos de la anemia de la anemia ferropenia de las madres de niños menores de 12 que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento- Huacho - 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos que sobre la anemia ferropénica tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento – Huacho - 2015

1.3.2. OBJETIVOS SECUNDARIO

1. Identificar el nivel de conocimientos de las madres sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica.
2. Identificar el nivel de conocimientos de las madres sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia.
3. Identificar el nivel de conocimientos de las madres sobre las consecuencias de la anemia en los niños.

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Siendo la anemia ferropénica un problema de gran magnitud a nivel mundial, según el ENDES 2012 uno de cada dos niños presentó anemia, siendo la prevalencia en 47% en niños de 9 – 24 meses en áreas urbanas. Según el ENDES

2012 pese a la reducción de 49.6% a 46.2% en menores de 5 años la prevalencia de anemia se mantiene alta.

“Hay una gran brecha entre el conocimiento (a nivel familiar) y la motivación para resolver el problema. A corto así como a largo plazo, se necesitan de muchos esfuerzos para mejorar el conocimiento y practicas dietéticas, los trabajadores de salud podrían hacer muchísimo por combatir este problema, la comunicación y educación vigorosa a la comunidad ayudaría a dar solución a esta problemática”

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

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:

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Dra. Carballosa Cruz, Tania Lilia y otros, titulado “Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos – Las Tunas –CUBA Enero 2012”, investigación descriptivo cuyo objetivo fue 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 (4).

Pérez Rebosio, José y otros realizaron el estudio titulado “Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 – 24 y m y de 6 – 12 a de edad, Guantánamo – Cuba – 2013” Cuyo objetivo fue diagnosticar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 – 24m 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 cianometá hemoglobina 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 (5).

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” 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 2,011 al 2012. 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 (7)

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, 2013. Estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó el microhematòcrito para discriminar prevalencia anemia ferropènica y evaluación antropométrica para prevalencia de desnutrición. Los resultados en los menores de 14 años, 11.7% tuvo desnutrición global y 71.7% desnutrición crónica, de los cuales 36.6% era de sexo femenino y 61.6% en edad escolar; 71.7% presentó anemia, con mayor prevalencia en el sexo femenino (38.3%) y en edad escolar (55%); 56,7%(34) presentaron desnutrición crónica y anemia concomitantemente. Aplicando el χ^2 con error de 0.05, se encontró que hubo correlación entre las variables estudiada. Las conclusiones:

La mayoría de niños presenta simultáneamente desnutrición crónica y Anemia ferropénica, con mayor prevalencia en el sexo femenino y en la edad escolar. Existe correlación significativa entre la presencia de desnutrición y anemia ferropénica en la población estudiada. Las investigaciones presentadas como antecedentes son importantes para orientar a la presente investigación, empleadas como un marco de referencia para establecer algunas bases conceptuales y precisar la metodología utilizada, por los autores, a través de estos

Cabe resaltar el rol importante del enfermero a través de la educación nutricional (8).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Anemia Ferropénica

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.

“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 2 años y mujeres embarazadas”.

En nuestro país según ENDES -2,006, 1 de cada 2 niños presentó anemia. Según EL ENDES 2014 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 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” (6).

La anemia 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 m.- 3 años de edad .La Academia Americana de Pediatría sostiene que para afirmar que es ferropénica deben determinarse valores de hemoglobina, hematocrito, presencia de microcitosis, hipocromía y respuesta a la terapia con hierro. La carencia de hierro tiene tres estadios bien definidos. La ferropenia induce una anemia hipocrómica microcítica. Simultáneamente, la depleción de enzimas esenciales que contienen hierro puede causar otras alteraciones, incluyendo la coiloniquia, alopecia, alteraciones tróficas en la lengua y en la mucosa gástrica y mala absorción intestinal. Al inicio de la deficiencia las reservas en forma de ferritina y hemosiderina pueden ser inadecuadas para mantener niveles normales de hemoglobina y hematocrito, así como los de hierro sérico y de transferrina, pero todavía no causa anemia. Hasta esta fase, existe un aumento de la actividad eritroide de la médula ósea. Después al persistir el balance negativo, aparece anemia microcítica e hipocrómica. Según la OMS se clasifican en leve,

Moderada y grave:

1. Anemia leve: hemoglobina mayor de 10 g/dl.
2. Anemia moderada: hemoglobina entre 8-10 g/dl.
3. 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. (9)

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 transferina (proteína de transporte que se encuentra en la sangre). 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 (9).

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 del 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 potenciador 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. 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.

2.2.2. Etiología y Factores de Riesgo

1. 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).

2. Ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo.
3. Aumento de requerimientos debido al crecimiento, sobre todo en el menor de dos años.
4. Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen con menor depósitos de hierro.
5. Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta.
6. Niños de estratos socioeconómicos bajos.
7. Parasitosis Intestinal: uncinarias, amebas, giardias son una de las causas que ocasionan pérdidas de hierro.
8. La biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada es importante ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida, la absorción será mínima. En el caso del hierro, se considera que la leche materna, aún de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses. Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplementos de hierro, hasta cerca de los dos años de edad. En el caso de niños que no son alimentados primordial o exclusivamente del pecho materno, se asume que los niños con dietas con una alta biodisponibilidad de hierro lo absorben en un 15% por lo que se recomienda la ingestión de 7 mg. Fe/día. En vista de que muchos niños en el Perú entre 6 y 12 meses de edad tienen dietas con un alto contenido de cereales y otros vegetales que podrían reducir la biodisponibilidad del hierro dietético a cerca de

10% se considera oportuno recomendar para todos los niños de esa edad 10 mg Fe/día. Después de cumplir un año, se asume que las dietas con buena biodisponibilidad de hierro continúan permitiendo una absorción de alrededor del 10% y que las que tienen un predominio de alimentos vegetales permiten la absorción de 7.5% del mineral. En el primer caso, la recomendación del hierro dietético es menor que antes del año de edad, ya que la expansión del volumen sanguíneo, y por ende la necesidad de hierro, disminuye al reducirse la velocidad de crecimiento del niño, cuando la biodisponibilidad es de 7.5% la recomendación dietética diaria continua siendo de 10 mg., entre uno y cinco años de edad. Empleo de leche entera de vaca: los niños menores de un año no deben tomar leche entera de vaca u otros animales, ya que la digestión de esta no es adecuada y se puede producir una enteropatía perdedora de glóbulos rojos, enfermedad en la cual se presenta una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo, anemia (10).

9. Deficiencia de vitamina B12.
10. Intoxicación crónica por plomo.

2.2.3. Signos y síntomas:

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, aún 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. (11)

2.2.4. Diagnostico

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. 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. (12)

Para niños menor 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.

2.2.5. 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. (13)

2.2.6. 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 cardíaco, 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. (14)

2.2.7. Prevención de la Anemia Ferropénica

- Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.
- Ablactancia 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 a 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.

Las preparaciones apropiadas son mazamorras 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 asegurar 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 lactancia 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. 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:

1. Todos los alimentos deben ser preparados, conservados y administrados bajo estrictas condiciones higiénicas.
2. 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.
3. 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 precocción, extracción y tostado, destruyen los factores antinutricionales y mejoran la digestibilidad de proteínas y almidones.
4. 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 nitratos a partir de nitratos 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.(15)
- 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.(17).

2.2.8. Rol Del Enfermero

Intervención del Enfermero en el Tratamiento de la Anemia Ferropénica en el primer nivel de atención El enfermero 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 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. EL enfermero 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.

2.2.9. Generalidades Sobre Conocimiento

El conocimiento

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades. Estos cambios son observables en la conducta del individuo y actitudes frente a problemas de la vida diaria, estas conductas irán cambiando conforme aumenten los conocimientos aunado con la importancia que se le dé lo aprendido y se lleve a cabo a través de dos formas: la Informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad y suele completarse con otros medios de información ; La formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

El problema del conocimiento ha sido históricamente un problema tratado por filósofos y psicólogos ya que es una piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología de cada tipo de sociedad, su acertada comprensión depende de la concepción del mundo que se tenga. Al respecto Rossentall da la siguiente definición:

“Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir unido a la actividad práctica”.

Hoy en día está claro que el conocimiento es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica.

El conocimiento es un proceso dialéctico de reflejo y penetración a los fenómenos y procesos, sean estos naturales o sociales, proceso iniciado hace millones de años y que continúan hasta nuestros días. Que se da principalmente en tres etapas y tres niveles íntimamente vinculados. El descriptivo, el conceptual y el teórico, proceso en el que el hombre ha ido y sigue estableciendo conceptos, hipótesis leyes y teorías en su afán como ya se ha dicho de conocer, explicar, predecir y transformar el mundo.

En la construcción del conocimiento se vinculan diferentes niveles de abstracción, el primer nivel donde el conocimiento se inicia surge en el momento en que los órganos de los sentidos entran en contacto con el medio exterior, dando como resultado el conocimiento común o empírico espontáneo que se obtiene por intermedio de la práctica que el hombre realiza diariamente. Un segundo momento en este proceso es aquel en que surgen las conceptualizaciones apoyados por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos, ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que se estudian.

En el tercer nivel de conocimientos, el pensamiento adquiere su máxima expresión y autonomía de la realidad inmediata ya que se establece conexiones entre conceptos teóricos abstractos con la finalidad de explicar y predecir los procesos y fenómenos, sean naturales o sociales. Es la utilización del conocimiento científico que el hombre ha logrado conocer, dominar la naturaleza y en ese proceso ha logrado su propia transformación, su humanización.

El ser humano y el conocimiento:

Cuando el ser humano se enfrenta al mundo circundante sea este natural o social, entre él y los objetos o fenómenos objetivos del conocimiento, se

establece lo que se llama una relación cognoscitiva. Para el ser humano esta relación se produce en dos niveles inseparables: Concreto (de relación directa o inmediata entre el sujeto, con el que se obtiene un conocimiento sensorial en base a la actividad de los 5 sentidos) y abstracto (de relación indirecta entre el sujeto y el objeto obteniendo un conocimiento abstracto en función de la actividad pensante que se cristaliza en conceptos, juicios y raciocinios). El ser humano que conoce la realidad es un individuo concreto, de carne y hueso, que conoce la realidad solo en la medida que actúa sobre ella, modificarla y adecuarla a sus necesidades, ahora bien este individuo que conoce y aprende la actividad no es autosuficiente, se halla incluido en un red de relaciones sociales, formando parte de una clase social y experimentando en forma permanente un condicionamiento y una influencia social. Al mismo tiempo tiene su propio mundo subjetivo, su peculiar modalidad sensorial perceptiva, su forma propia de emocionarse ante los eventos externos que de una u otra forma se consolida en el proceso de vinculación con los demás seres humanos, por ello cuando el individuo conoce la realidad sobre la que opera moviliza simultáneamente pautas sociales y personales de carácter subjetivo, y como resultado obtiene información sobre la realidad, es decir estructura las formas gnósticas del pensamiento (creencias y conocimientos), si enfatiza en si mismo obtiene una creencia (estructura cognitiva distorsionada por la subjetividad), priorizado por la subjetividad; por el contrario priorizando las propiedades del objeto, elabora un conocimiento (modulación o reflejo real de las características de la realidad). Así los conocimientos constituyen la adecuada modelación de los objetos y fenómenos reales de la conciencia humana, representan la adquisición de datos verificados y verificables acerca de los fenómenos y procesos tanto de la naturaleza, la sociedad como el pensamiento, es decir implican la posesión de la información comprobada sobre el mundo exterior. De este modo, la actividad del conocimiento es una inmersión en

la realidad con el propósito de reflejarla o moderarla para dominarla y adecuarla a las necesidades humanas, por eso, es que el saber avanza de la ignorancia al conocimiento, de la superficie a la esencia de los fenómenos, del rasgo al conjunto, de lo particular a lo general, del hecho a la ley. El conocimiento también es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que nos relacionamos con el mundo exterior, Conjunto de ideas, enunciados, saberes sobre un tema o sobre una ciencia. La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

Características del Conocimiento:

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva, sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante.

Clasificación del conocimiento:

Conocimiento Vulgar: Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Es aquello que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se trasmite de generación en generación.

Conocimiento Científico: Llamado conocimiento crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión

de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

2.2.10. Participación De La Madre En El Cuidado Del Niño

Según Abraham Maslow, la alimentación es una necesidad básica de la persona, donde la madre juega un rol importantísimo, ya que de los conocimientos que ella posea dependerá la conducta que asuma durante la participación en el cuidado de sus hijos, específicamente en la alimentación. Si la madre proporciona una alimentación rica en hierro durante la alimentación complementaria se disminuye el crecimiento de la magnitud de la anemia, de lo contrario, la prevalencia de esta enfermedad será cada vez más creciente. Las decisiones o actividades que realice la madre sobre la alimentación infantil resulta de un proceso complejo en el cual intervienen los consejos de la familia, instrucción, religión, los patrones tradicionales, u otras creencias arraigadas en nuestro medio, que influyen positiva o negativamente en este proceso, de todo ello, la actitud que asuman es muy importante y finalmente la que genera un comportamiento específico.

“Las madres de familia que poseen un bajo nivel de escolaridad atribuyen mayor afecto dañino a las leguminosas, frutas y cereales los cuales son retribuidos en la dieta, lo cual va en desmedro del estado nutricional de los niños, las madres tienen algunas creencias y costumbres que si bien no son perjudiciales no permiten satisfacer las necesidades nutricionales del niño. Estas creencias y costumbres repercuten potencialmente en la satisfacción de las necesidades nutricionales del niño”. (14)

2.2.11. Conocimientos Respecto A La Alimentación

En nuestro país existen muchas prácticas de cuidar a los niños que en algunos casos son erróneas, tales como: Dar al recién nacido un biberón con agua, separarlo de la madre mientras ella descansa del parto. Las investigaciones demuestran que la madre está en condiciones de dar de mamar transcurridas 2 hrs después del alumbramiento. Otro conocimiento erróneo es, el niño no chupa leche inmediatamente después de nacido o la leche que mama no sirve por

que no es leche. El líquido que sale del seno materno los 2 ó 3 primeros días es el “calostro” importante para la salud futura del recién nacido ya que le transfiere anticuerpos que lo harán menos susceptible ante enfermedades infecciosas. El calostro recubre el delicado estómago del recién nacido. Asimismo se piensa que si la madre se enferma debe dejar de dar el pecho a su hijo, sin embargo la literatura refiere que debe seguir dándole el pecho a su hijo, pues su organismo crea los anticuerpos necesarios y estos son transmitidos al niño a través de la leche. Dar al niño después de los 6 meses solo puré de papa o la mezcla de papa y zapallo o camote y zapallo lo va a llenar pero no lo está alimentando lo necesario para su desarrollo, de persistir con esta alimentación el niño presentara un cuadro de desnutrición, deberá seguir proporcionando leche materna; incluir pescado, huevos, queso, quinua, frijol de soya y carne en las cantidades que su edad y normas recomiendan. No olvidar que el niño está aprendiendo a comer y es importante formar hábitos alimenticios y educar su paladar. (13)

Otro error es dar a los niños, leche con te, café, cocoa y bastante azúcar, la combinación de estas sustancias altera el metabolismo del calcio, elemento nutritivo de la leche. Dar todas sus comidas licuadas ó en puré, para que les sea más fácil pasarlas. Las mamás ignoran que al dejar de masticar los niños no aprovechan una buena cantidad de minerales que

ingresan al organismo sólo por la mucosa salival y no por el estómago ni los intestinos.

Al iniciar la alimentación algunas mamás dan sopas o calditos, en vez de purés o mazamorras que proveen alta densidad nutricional. Querer imponer a un niño pequeño horarios de comida de los niños grandes o los adultos, se quejará de madre debe saber, conforme el bebé va creciendo su estómago aumenta su capacidad, por lo que se le dará alimentos 5 veces al día y después del primer año compartirá los alimentos de la olla familiar.(12)

TEORIA DE RAMONA MERCER

Ramona Mercer en su teoría no solo se refiere a la madre, sino también al padre, la familia, y sociedad. Evidentemente que todo este conjunto hace que la mujer adopte ese rol maternal que es tan necesario para el desarrollo del niño. Este es un proceso que permite que a lo largo del tiempo se cree el vínculo madre-hijo, y por ende la madre aprende las tareas, responsabilidades con respecto al cuidado que tiene que tener con su hijo. También al tener en cuenta el aspecto social y de familia nos da la pauta para poder educar a la madre sin dejar de tener en cuenta las costumbres que tiene la persona con respecto a la crianza de los niños.

Toda esta teoría nos hace reflexionar con respecto a que no se debe dejar de lado las costumbres que todos los seres humanos tenemos. Así mismo se debe tener en cuenta el aspecto emocional como es la sensibilidad, la autoestima, la satisfacción y sobre todo la gratificación de ser madre. Si las enfermeras tenemos en cuenta todos estos aspectos al educar a la madre el resultado final será que la madre pueda criar al niño de manera saludable y evitaremos cualquier riesgo de salud.

Mercer,R.T.2006, Ann Marriner Tomey, Modelos y teorías de Enfermería, Septima Edición

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE ANEMIA FERROPENICA

Es toda información que poseen las madres que acuden al Centro de Salud sobre la Anemia Ferropénica. Con respecto a las medidas preventivas, tratamiento y consecuencias de la Anemia Ferropenica en el, niño esto se medirá aplicando un cuestionario que tendrá como valor final: alto, medio y bajo.

MADRES DE NIÑOS MENORES 12 MESES

Mujer que se encarga del cuidado del niño y acude al Centro de Salud para la atención del mismo.

2.4. HIPOTESIS

2.4.1. Hipótesis General

El nivel de conocimiento sobre prevención de anemia ferropenica que tienen las madres en niños menores de 1año, es bajo.

2.4.2. Hipótesis Específicos

H1.A mayor nivel de conocimientos sobre prevención de anemia ferropenica, mayor es la prevención de dicha enfermedad.

H2. A menor nivel de conocimiento sobre anemia ferropenica, menor es la prevención de dicha enfermedad.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual

Conocimientos que tienen las madres sobre anemia ferropenica

2.5.2. Definición Operacional

Son hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad. Lo que se adquiere como información relativa a un campo determinado o a la totalidad del universo.

2.5.3. Operacionalizacion de las variables

Es toda información que demuestre tener o poseer las madres de niños menores de 1 año acerca de las medidas preventivas de la anemia ferropenia.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Conocimientos de las madres sobre la anemia ferropénica	Proceso mental por la que las madres adquieren ideas, conceptos y principios de la realidad objetiva sobre la anemia ferropénica	<ul style="list-style-type: none">➤ Definición de Anemia➤ Causas de la Anemia➤ Consecuencias de la anemia➤ Examen de diagnostico☐ Tratamiento	Es toda aquella Información que tienen las madres sobre la anemia ferropénica y que será medida a través de un cuestionario.	Alto Medio Bajo

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El presente estudio de investigación, es de tipo cuantitativo, pues trata de medir de manera numérica los resultados de investigación, enfatiza los atributos de la experiencia humana acerca del conocimiento sobre la anemia ferropénica.

El nivel es aplicativo porque busca soluciones a las necesidades o problemas de la población y permitirá también mejorar la práctica del personal de salud. El método utilizado fue el descriptivo ya que nos permite mostrar la información tal como se obtenga de acuerdo a la realidad, de corte transversal porque en un determinado tiempo, midió el nivel de conocimientos de las madres sobre la anemia ferropénica, favoreciendo con ello la veracidad de los hallazgos, así como las conclusiones de la presente investigación.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO

El Puesto de Salud o Posta de Salud es de tipo Sin Internamiento de Categoría I-2 con ubicación en la Av. Domingo Mandamiento N° 746
Lima - Huaura - Hualmay

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio estuvo constituida por 70 madres de niños menores de 12 meses que asisten al consultorio de CRED del Centro de Salud de Domingo Mandamiento. La muestra, obtenida mediante la técnica del muestreo no probabilístico por conveniencia, conformada por 65 madres

Criterio de Inclusión:

- Madres que acepten voluntariamente a ser parte del estudio previo consentimiento informado.
- Madres sin trastornos o alteraciones mentales de niños menores 12 meses que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud de Domingo Mandamiento.
- Madres que sepan leer y escribir.
- Madres que hablen castellano.
- Madres que pertenezcan a la jurisdicción Del Centro de Salud

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la Encuesta, y el instrumento, el cuestionario; el cual permitió recolectar información para determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al centro de salud de Domingo Mandamiento sobre la Anemia Ferropénica.

El cuestionario consta de 3 partes: la primera parte viene a ser la introducción donde se menciona el título, los objetivos, confidencialidad, la importancia de la participación y el agradecimiento. La segunda parte corresponde a los datos generales del informante. La tercera parte constará de 16 preguntas, las cuales son cerradas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud de Domingo Mandamiento sobre la Anemia Ferropénica.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

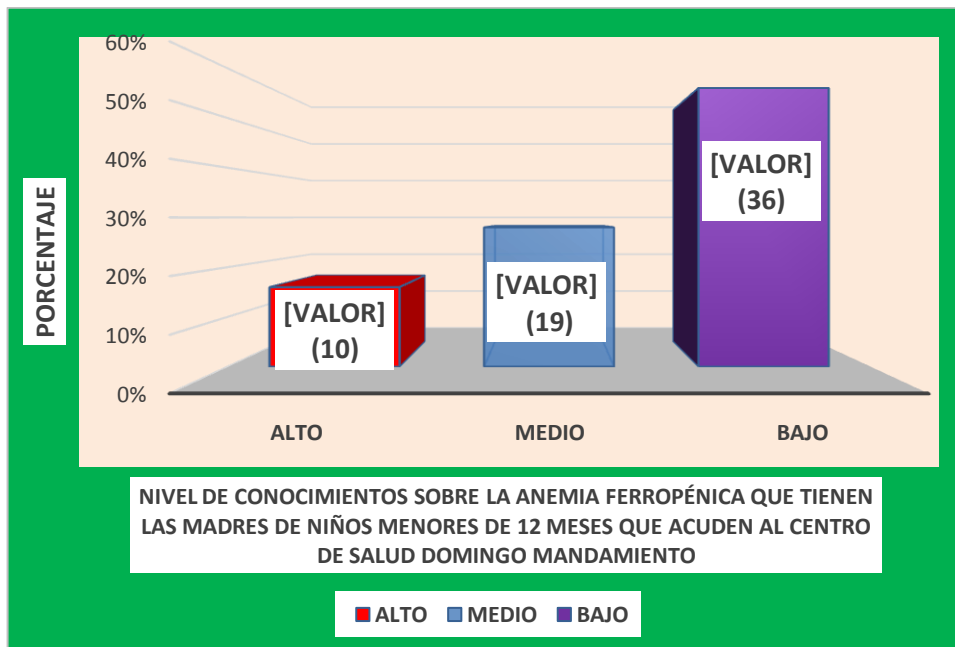
La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento que se empleó fue el inventario de Maslach elaborado por Maslach y Jackson en el año 1986, en

versión española, el que tuvo por objetivo obtener información que permite determinar el riesgo laboral en el personal de salud.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

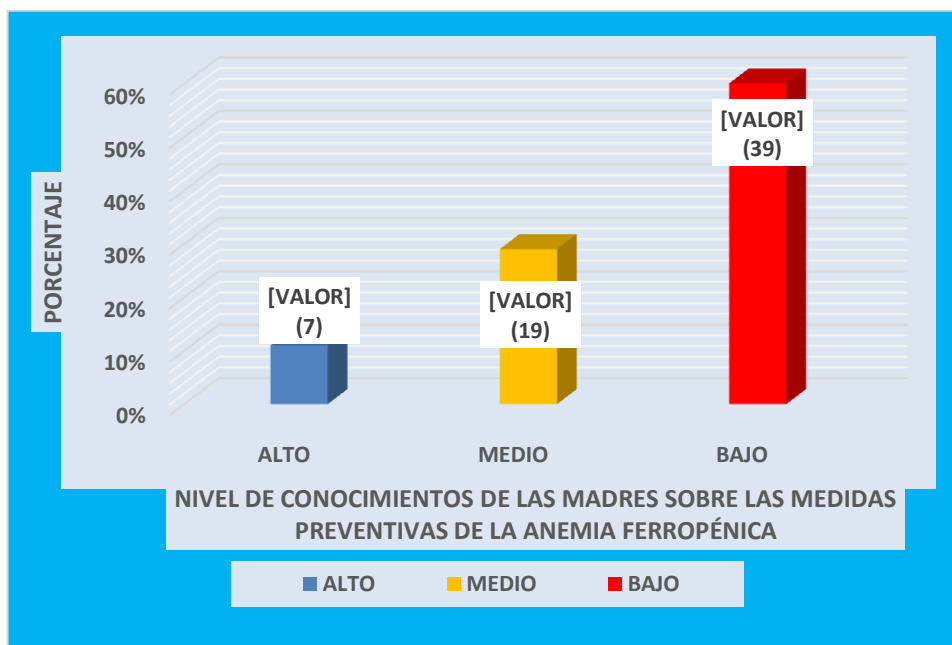
NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE SOBRE LA ANEMIA FERROPÉNICA TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 12 MESES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DOMINGO MANDAMIENTO – HUACHO - 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de conocimiento sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo en un 56%(36), Medio en un 28%(19) y Alto en un 16%(10).

GRAFICA 2

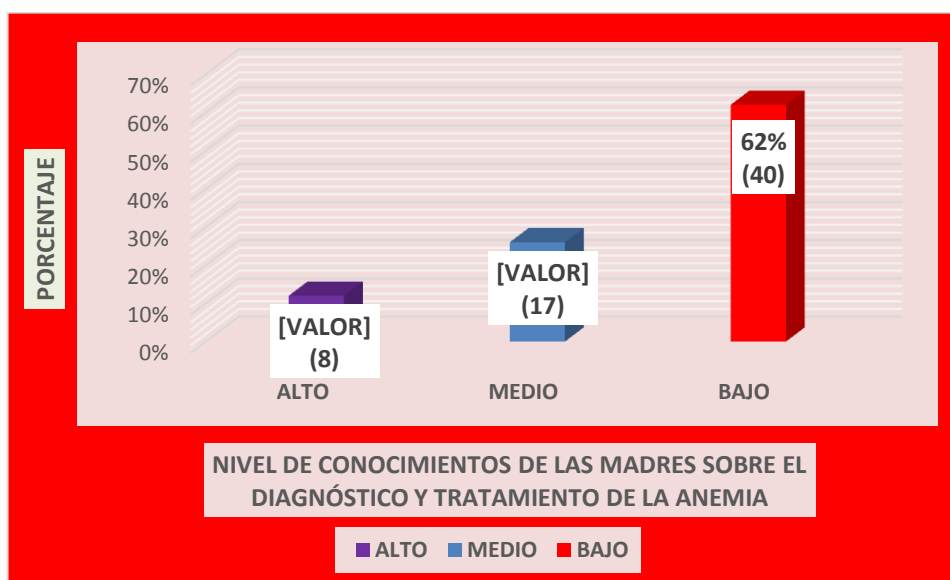
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA.



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo en un 60%(39), Medio en un 29%(19) y Alto en un 11%(7).

GRAFICA 3

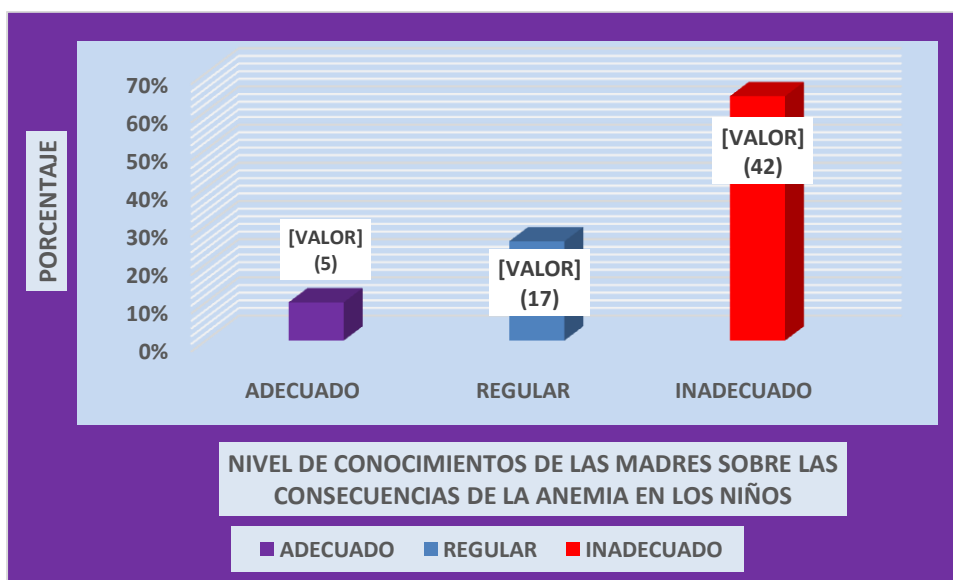
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA.



Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia de las madres de los niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo en un 62%(40), Medio en un 26%(17) y Alto en un 12%(8).

GRAFICA 4

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA EN LOS NIÑOS.



Según los resultados presentados en la Grafica 4, el nivel de conocimiento sobre las consecuencias de la anemia en los niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo en un 64%(42), Medio en un 26%(17) y Alto en un 10%(5).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: El nivel de conocimiento sobre prevención de anemia ferropénica que tienen las madres en niños menores de 1 año, es bajo.

Ho: El nivel de conocimiento sobre prevención de anemia ferropénica que tienen las madres en niños menores de 1 año, 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	10	19	36	65
Esperadas	22	22	21	
(O-E) ²	144	9	225	
(O-E) ² /E	6,5	0,4	10,7	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 17,7; 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).

Siendo cierto que: El nivel de conocimiento sobre prevención de anemia ferropénica que tienen las madres en niños menores de 1 año, es bajo.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El nivel de conocimiento sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo en un 56%(36), Medio en un 28%(19) y Alto en un 16%(10). Coincidiendo con Castañeda (2012) 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 1

El nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo en un 60%(39), Medio en un 29%(19) y Alto en un 11%(7). Coincidiendo con Carballosa y otros, (2012) recomendó intensificar la educación nutricional para modificar a largo plazo hábitos alimenticios, incorrectos.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia de las madres de los niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo en un 62%(40), Medio en un 26%(17) y Alto en un 12%(8).

OBJETIVO ESPECIFICO 3

el nivel de conocimiento sobre las consecuencias de la anemia en los niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo en un 64%(42), Medio en un 26%(17) y Alto en un 10%(5). Coincidiendo con Espinoza y otros (2013) Las conclusiones: La mayoría de niños presenta simultáneamente desnutrición crónica y Anemia ferropénica,

con mayor prevalencia en el sexo femenino y en la edad escolar. Existe correlación significativa entre la presencia de desnutrición y anemia ferropénica en la población estudiada. Las investigaciones presentadas como antecedentes son importantes para orientar a la presente investigación, empleadas como un marco de referencia para establecer algunas bases conceptuales y precisar la metodología utilizada, por los autores, a través de estos Cabe resaltar el rol importante del enfermero a través de la educación nutricional.

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de conocimiento sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 17,7 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo.

TERCERO

El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia de las madres de los niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo.

CUARTO

El nivel de conocimiento sobre las consecuencias de la anemia en los niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho, es Bajo.

RECOMENDACIONES

Fortalecer las acciones educativas acerca de la Prevención y Consecuencias de la Anemia Ferropénica a través del diseño de un Programa de Promoción y Prevención orientado a las madres de los niños menores de 12 meses que asisten a la consulta del Centro de Salud Domingo Mandamiento-Huacho.

Educar constantemente a las madres sobre la importancia y la necesidad de una dieta nutritiva con alimentos ricos en hierro, ya es de vital importancia para los niños menores de 12 meses, pues la carencia importante de este elemento podría aumentar los riesgos de la salud de los niños.

Realizar programas educativos en los colegios, clubes de madres, escuelas de padres, catequesis familiar, acerca de lo que es la anemia ferropénica y cómo prevenirla enfatizando en la información básica y precisa para tomar medidas preventivas oportunas.

Realizar investigaciones que incluyan otras variables como: el nivel de motivación e interés que tiene las madres para disminuir la anemia ferropénica, nivel de conocimiento y su relación de la hemoglobina en los niños en zonas urbanas y zonas urbanas marginales con el fin de comparar resultados y poder accionar en ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FREIRE PHD. WILMA. "La Anemia por Deficiencia de Hierro "Estrategias de la OPS/OMS para combatirla.
2. ALARCÓN MENDEZ, PEDRO. "Anemia y Deficiencia de hierro en Niños". Perú.
3. ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE SALUD FAMILIAR. ENDES 2010 Lima: INEI.
4. MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima 2010.
5. CARBALLOSA CRUZ, TANIA LILIA. Anemia en Niños Beneficiarios del Programa Mundial de alimentos – Las Tunas. Cuba. 2008.
6. HERNÁNDEZ GONZALEZ, EDUARDO R. Anemia Teoría en Definición de Anemia en el Niño. Venezuela 2012.
7. REBOSIO, PEREZ JOSÉ. "Anemia por Deficiencia de Hierro en niños de 6-24 m y en escolares de 6-12 años de edad Guantánamo Cuba-2010.
8. CASTAÑEDA, AGUIRRE ISABEL ROCIO. "Característica del Consumo de Hierro Estado de anemia y su Relación con el Desarrollo Psicomotor en niños de 6m a 36m del distrito de Palca, provincia y Departamento de Huancavelica.
9. ESPINOZA MORENO, TULA Y OTROS. "Relación entre Prevalencia de Desnutrición y Anemia Ferropénica en Menores de 14 años de la Comunidad Santa María Baja, Carapongo, Chosica, 2012". Perú.
10. THOMAS, WALTER Y OTROS. "Anemia y Deficiencia de hierro en Pediatría". Perú
11. BLAS SANCHO, IRENE. "Creencias y costumbres de las Madres sobre la Alimentación en los Niños de 0-5 a. En la Cuaves" Estudio de Investigación Lima-Perú: UNMSM.2009
12. ALARCÓN, MENDEZ PEDRO. Anemia y Deficiencia de Hierro en Pediatría. Perú. 2013.
13. MINISTERIOS DE SALUD "Lineamientos de Nutrición Maternos Infantil del Perú" lima – Perú 2014

14. 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. 2012.
15. ESPINOZA, MORENO TULA Y OTROS. Relación entre Prevalencia de Desnutrición y Anemia Ferropénica en menores de 14 años de la comunidad Santa María Baja, Carapongo, Chosica, 2009. Perú. 2009.
16. FREIRE PHD. WILMA. La Anemia por deficiencia de hierro. Estrategias de la OPS/OMS.
17. FORMULARIO MODELO. Anemia por déficit de hierro. OMS. 2008.
18. MENESHELLO, JULIO. Pediatría. 6ta Ed. EE.UU. Editorial Médica Panamericana. 2013.
19. MEZA, ANA MARÍA Y OTROS. Manual de Nutrición. Proyecto de Salud Integral en Carabayllo de Chanye-FOR-CHILDREN. Canadá.
20. MINISTERIO DE SALUD. Procedimientos de Atención de Salud Infantil. Lima – MINSA. 2012.
21. MINISTERIO DE SALUD. Prevención y control de la deficiencia de Hierro. Guía para los trabajadores de salud. DISA IV. Lima –MINSA. 2014.

Páginas Web

1. ANEMIA FENOPÉRRICA.
www.educared.edu.pe/modulo/upload/996660772.pdf
2. FORMAS DEL CONOCIMIENTO
<http://www.formasdelconocimiento.monografías.com>
3. PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN AL INFANTE Y ADOLESCENTES.
www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaluEsPrimero/NinoPresentación%20Ministra%PNAIA.ppt
4. WWW.ELCONOCIMIENTOANEMICO.COM.ES
5. [HTTP://WWW.NLM.NIH.GOV/MEDLINEPLUS/SPANISH/ENCY/ARTICLE/007134.HTM](http://WWW.NLM.NIH.GOV/MEDLINEPLUS/SPANISH/ENCY/ARTICLE/007134.HTM)

6. [HTTP://WWW.ACCIONCONTRAE LHAMBRE.ORG/FILES/FILE/INFORME S/ANEMIA_PERU.PDF](http://www.accioncontraelhambre.org/files/file/informe_s/anemia_peru.pdf)
7. [HTTP://WWW.ABOUTKIDSHEALTH.CA/EN/HEALTHAZ/MULTILINGUAL/ ES/PAGES/ANEMIA.ASPX](http://www.aboutkidshealth.ca/en/healthaz/multilingual/es/pages/anemia.aspx)
8. [HTTP://WWW.SOPENUT.NET/SITE1/FILES/REUNIONES%20CIEN T% C3%ADFICAS/ANEMIA-SOPENUT.PDF](http://www.sopenut.net/site1/files/reuniones%20cient% C3%ADFICAS/ANEMIA-SOPENUT.PDF)
9. [HTTP://BVS.MINSA.GOB.PE/LOCAL/MINSA/1843.PDF](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1843.pdf)
10. [HTTP://WWW.INS.GOB.PE/REPOSITORIOAPS/0/5/JER/RESU_SIST_C ENA/LIMA.PDF](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/JER/RESU_SIST_C ENA/LIMA.PDF)

ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANEMIA FERROPENIA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 12 MESES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DOMINGO MANDAMIENTO - HUACHO - 2015”

BACHILLER: MATEO RONDON BRYAN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	DISEÑO MÉTODOLÓGICO
¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la anemia ferropenia que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento – Huacho - 2015?	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar el nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento de Hualmay periodo 2015?</p> <p>OBJETIVO SECUNDARIO</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre las medidas</p>	<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO Dimensiones</p> <p>Medidas preventivas de la anemia ferropénica</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica</p> <p>Consecuencia de la anemia ferropénica en 52 niños</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de la Anemia • Lactancia materna: importancia • Ablactancia: inicio y termino. Consumo de alimentos ricos en hierro. • Fortificación de Alimentos con hierro • Signos y síntomas • Medios de diagnóstico: Dosaje de hemoglobina y hematocrito. • Control de las causas • Suplementación con hierro. • Efectos colaterales del 	<p>Nivel Y Alcance Del Estudio</p> <p>El estudio se encuentra en el segundo nivel (, Descriptivo) con enfoque cuantitativo y tiene un alcance Correlacional-nominal evidenciado porque pretende obtener información sobre la relación de las variables.</p> <p>Diseño De La Investigación</p> <p>La investigación tiene un diseño No Experimental- porque no manipula las variables y no toma como grupos de prueba a los sujetos encuestados, solo se limita a analizar la relación de las variables asimismo la</p>

	<p>preventivas de la anemia ferropénica.</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia.</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre las consecuencias de la anemia en los niños.</p>		<p>sulfato ferroso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de fuentes alimentarias de hierro • Físicas • Psicomotriz • Intelectual. 	<p>recolección de datos se da en un momento único.</p> <p>Población Y Muestra</p> <p>La población está constituida por las madre de niños menores de 1 año del centro de salud Domingo Mandamiento HUALMAY</p> <p>Según un muestreo probabilístico aleatorio al azar simple, la muestra es de 65 madres</p>
--	--	--	---	--



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

CUESTIONARIO

Fecha:.....

I. INTRODUCCIÓN:

Buenos días, soy estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, el Presente cuestionario es parte del estudio de investigación titulado “Nivel de Conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Domingo Mandamiento”, cuyo objetivo es: Determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres de niños 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud “Domingo Mandamiento” sobre la anemia ferropénica. Los resultados servirán como propuesta para fortalecer los programas de salud del niño relacionados con la anemia. Por lo que se le pide su colaboración, para responder las siguientes preguntas, el cuestionario es anónimo y confidencial, les solicito por ello absoluta sinceridad.

II. DATOS GENERALES DE LA MADRE

Edad: _____

Grado de Instrucción: _____

Dirección: _____

Edad de su niño: _____

Ocupación _____

Procedencia _____

Estado civil _____

Número de hijo _____

III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANEMIA FERROPENICA

A cada pregunta formulada marque con un aspa (X) la respuesta que usted considera correcta o llene los espacios punteados en el caso que sea necesario.

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?

	Hace Crecer	Evita que se Enfermen	Aporta todos los Nutrientes.	Hace Engordar	Favorece La relación
Leche de Vaca					
Leche evaporada					
Leche Materna.					

3. ¿Qué otros alimentos daría Ud. a un 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. ¿Conoce usted qué alimentos están aumentados en hierro?
- a) Leche Gloria.
 - b) Arroz.
 - c) Azúcar.
 - d) Sémola.
- 6 ¿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.
7. ¿Un niño que sufre de anemia, presenta la piel de color:
- a) Rosada.
 - b) Pálida
 - c) Azulada
8. ¿Sabe usted a qué lugar se debe acudir cuando un niño está enfermo e anemia?
- a) Llevándolo al consultorio médico, control de crecimiento y desarrollo.
 - b) Consultando en la farmacia.
 - c) Consultando a la abuelita.
- 9 ¿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.
10. ¿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.
11. ¿Cuál de las siguientes medicinas sirven para el tratamiento de la anemia?
- a) Calcio
 - b) Vitaminas

c) Sulfato ferroso

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

a) Dolor de estómago, náuseas, diarreas.

b) Dolor de cabeza, mareos.

c) Sudor, subida de la presión.

13. ¿Conoce usted que el jugo de naranja ayuda a aprovechar el hierro de los alimentos vegetales o verduras?

SI () NO ()

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

a) Palpitaciones.

b) Diarreas y neumonía

c) Náuseas.

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

Se demoran en crecer **SI NO**

Se demoran en subir de peso **SI NO**

Se demoran en ponerse de pie **SI NO**

Se demoran en caminar **SI NO**

Se demoran en hablar **SI NO**

Disminuye la atención **SI NO**

Disminuye el rendimiento escolar **SI NO**