



Facultad de Medicina Hipólito Unanue/ Escuela Profesional de Enfermería

CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 1-

11 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO CRED. CENTRO DE SALUD

MAGDALENA, 2018

Tesis para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Flores Ramos, Monica Yanet

ASESORA

Mg. Sánchez Salazar, Silvia

JURADO

Dra. Caffo Marruffo, Marlene

Mg. Becerra Medina, Lucy

Lic. Flores Céspedes, María

Lima – Perú

2019

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mis padres Gladys y José, gracias por su apoyo, trabajo y sacrificio constante a lo largo de estos años. Por haberme enseñado que, con esfuerzo, trabajo, y dedicación todo se puede lograr.

A mis hermanos, gracias por su apoyo incondicional a lo largo de la carrera.

Y a mis queridos sobrinos, quienes con sus ocurrencias y ternura llenan de alegría cada día.

Agradecimiento

A Dios porque gracias a Él estoy presente cada nuevo día.

A mis padres, Gladys y José, gracias por la formación educativa rica en valores, por la instrucción educativa ya que gracias a ella hoy puedo culminar esta etapa universitaria y sobre todo por todo el cariño y afecto que me brindan día a día.

A mis hermanas, Erika, Gladys, Sandra y Alonso, por su apoyo y compañía, por demostrarme que con esfuerzo y perseverancia se puede llegar a alcanzar las metas trazadas.

A mi mascota Ivana, la pequeña engreída, por ser tan educada, linda y especial, por compartir todos estos años gratos momentos a tu lado.

A mi asesora y docentes, quienes estuvieron durante mi formación universitaria, gracias por todo el apoyo, consejos y sobre todo por el conocimiento compartido.

A mis amistades y amigos quienes con sus buenos deseos siempre están presentes alentándome a seguir siendo cada día mejor.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice.....	iv
Resumen.....	7
Abstract	8
I) Introducción.....	9
1.1 Descripción y formulación del problema:.....	11
1.1.1 Descripción del problema	11
1.1.2 Formulación del problema:	12
1.2 Antecedentes	12
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo general.....	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Justificación.....	17
1.4.1. Justificación teórica	18
1.4.2 Justificación práctica.....	18
II) Marco Teórico.....	19
2.1 Bases	19

2.1.1 Anemia Ferropénica.....	19
2.1.2 Conocimiento.....	29
2.1.3 Definición de términos.....	30
2.1.4 Modelo de promoción de la Salud:.....	30
III) Método.....	32
3.1 Tipo de investigación.....	32
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	32
3.3 Variable.....	32
3.4 Población y muestra.....	32
3.5 Instrumentos.....	33
3.6 Procedimientos.....	33
3.7 Análisis de datos.....	34
3.8 Aspecto ético.....	34
IV) Resultados.....	35
V) Discusión de resultados.....	59
VI) Conclusiones.....	63
VII) Recomendaciones.....	64
VIII) Referencias.....	65
IX) Anexos.....	70
Matriz de Consistencia.....	70

ANEXO B 71

ANEXO C 73

ANEXO D 74

ANEXO E 76

ANEXO F 77

ANEXO G 78

ANEXO H 79

Resumen

Una gran preocupación que aqueja la Salud Pública es la anemia ferropénica, ya que perjudica a un gran número de personas a nivel mundial, sin diferencia de sexo, raza, religión y/o factor socio-económico, considerándose que el grupo de mayor susceptibilidad es el que se tiene menos de cinco años de edad. La investigación tuvo como objetivo determinar los conocimientos sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio CRED en el Centro de Salud Magdalena, año 2018. El estudio fue aplicativo, tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población constó de 388 madres, la muestra obtenida estuvo dada por 77 madres y se utilizó el cuestionario como medida de recolección de datos. Los resultados revelaron que el 37.66% (29) de las madres conocen y 62.34% (48) no conocen sobre la anemia ferropénica. Respecto a los ítems estudiados, el que presenta mayor incidencia de conocimiento por las madres es deficiencia de hierro como agente causal de la anemia, con un 64,94% seguido de coloración de piel en niño con anemia con 63.64% mientras que los que presentan menor conocimiento son valores normales de hemoglobina con 85.71% seguido de alimentos que favorecen la absorción del hierro, con 68.83%. Las conclusiones fueron que si bien, un gran número de madres conocen sobre anemia ferropénica, el mayor porcentaje de madres no conocen esta afección, involucrando una gran preocupación en el desarrollo futuro del niño.

Palabras claves: conocimiento, madres de niños de 1-11 meses de edad, anemia ferropénica

Abstract

A major concern that affects public health is iron deficiency anemia, as it harms a large number of people worldwide, with no difference in sex, race, religion and / or socio-economic factor, considering that the most susceptible group is the one that is less than five years old. The objective of the research was to determine the knowledge about iron deficiency anemia in mothers of children from 1-11 months who attend the CRED clinic at the Magdalena Health Center, year 2018. The study was applicative, quantitative, descriptive type of cross section. The population consisted of 388 mothers, the sample obtained was given by 77 mothers and the questionnaire was used as a measure of data collection. The results revealed that 37.66% (29) of mothers know and 62.34% (48) do not know about iron deficiency anemia. Regarding the items studied, the one with the highest incidence of knowledge by mothers is iron deficiency as the causal agent of anemia, with 64.94% followed by skin coloration in children with anemia with 63.64% while those with Less knowledge is normal values of hemoglobin with 85.71% followed by foods that favor the absorption of iron, with 68.83%. The conclusions were that although a large number of mothers know about iron deficiency anemia, the highest percentage of mothers do not know this condition, involving a great concern in the future development of the child.

Keywords: knowledge, mothers of children 1-11 months of age, iron deficiency anemia.

I) Introducción

La anemia ferropénica es una afección más habitual recurrente en el mundo entero, es considerada como uno de los más grandes problemas que aqueja a la Salud Pública, puesto ya que afecta a un gran número de personas a nivel mundial sin diferencia de sexo, raza, religión y/o factor socio-económico.

Según datos de la OMS, 1620 millones de habitantes tienen anemia, esta cantidad pertenece a un porcentaje de 24,8% de habitantes. Siendo la mayor tasa de prevalencia en menores que se encuentran en edad preescolar (49,1%), y el menor porcentaje en hombres (16,9%) (de Benoist, McLean, Egli, Cosgwell citados por Organización Mundial de la Salud, 2006). Así mismo, según referencias estadísticas, el Banco Mundial, nos dice que hasta el año 2016 era 41.7% los infantes hasta los 4 años 11 meses y 29 días que padecían anemia (Stevens, De Regil citado por Banco Mundial, 2014). En cuanto a Hispanoamérica y el Caribe se refiere, el 22.5 millones de criaturas que tienen menos de cinco años de edad están anémicos (El Tiempo, 2012).

La anemia infantil en Perú, damnifica en su totalidad a 43.6% de infantes que están en edad de seis meses a treinta y seis meses de edad, sobresaliendo el grupo de lactantes que se encuentran entre las edades de seis a dieciocho meses, puesto que seis de cada diez niños están anémicos (Ministerio de Salud, 2017). La anemia por déficit de hierro ocurre por consumir pocas comidas ricas en hierro, estos datos se han enunciado de forma regional por medio de diversas encuestas como el consumo de comidas que realizó el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Perú y de la misma manera por resultados de diversas encuestas de hogares (ENAHO) (Ministerio de Salud, 2017).

Los factores influyentes en la anemia juegan un rol que es muy trascendental ya que de ellos dependerá erradicar o no esta afección, siendo algunos de ellos el bajo nivel de educación, la

carencia en la accesibilidad de comida que aporte una adecuada cantidad y calidad, inadecuados hábitos de nutrición y alimentación, condiciones insanas del lugar donde habita como de su entorno, hábitos de higiene deficientes, entre otros (Colegio Médico del Perú, 2018).

La existencia de la anemia da mucha preocupación en todos los ámbitos ya que las consecuencias afectan de forma negativa el desarrollo de niños, ya sea a nivel psicomotor, cognitivo, emocional y social, puede minorizar la capacidad del desempeño escolar, y a la larga el rendimiento de la producción en la adultez, perjudicando así la calidad de vida, y de manera global el factor económico de los individuos afectado (Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2017). En todo territorio nacional, se aplican diferentes medidas para poder evitar la anemia. Por ello existe un plan a nivel regional para poder disminuir y controlar la anemia, siendo la meta minorizar la tasa de esta afección en un 19% para el 2021 (Ministerio de Salud, 2017).

Teniendo en cuenta el Plan Nacional, nos damos cuenta que, para poder lograr estos objetivos planteados, el Primer Nivel de Atención de Salud juega un papel de suma importancia ya que se encarga de forma directa del control y de las medidas para evitar la anemia en aquellos niños que se encuentran en edades hasta los 4 años 11 meses y 29 días.

En el Centro de Primer Nivel de Atención Magdalena, las referencias estadísticas indica que sólo durante el 2018, aproximadamente 208 niños entre las edades de 1-11 meses de edad, han tenido como diagnóstico anemia.

La enfermera es quien se encarga de brindar consejería acerca de la medidas para poder prevenir la anemia a las mamás que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo, usando la técnica de exposición, en su gran mayoría de forma oral ;entablando una conversación, muchas de ellas mencionan “no sé qué alimentos tienen hierro”, “a mi hijo no le gusta la sangrecita”, “no

sé cuántas comidas debo de darle a mi hijito”, “la persona que le da las comidas a veces no sabe que alimentos tienen hierro”, “no le doy los micronutrientes porque se estriñe”, “sólo le di los micronutrientes un mes porque luego se enfermó”, entre otras respuestas.

Es así que la enfermera que trabaja en centro de salud, su implicación es de suma importancia en la participación de diversas labores a nivel de prevención y también promocional; es ella, quien se encarga de conducir los programas educativos para mejorar y afianzar los conocimientos de las madres, motivándola a asumir un rol más participativo en el cuidado de sus hijos (Torres, Dandicourt y Rodriguez, 2005); de esta manera contribuye a que el niño de 1-11 meses tenga un estado de salud óptimo y de calidad, y a la vez con su participación activa puede lograr a que baje la tasa de prevalencia de anemia que tanto se ha ido incrementando últimamente.

Por consiguiente, la investigación tiene como objetivo determinar el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio CRED en el Centro de Salud Magdalena, 2018.

1.1 Descripción y formulación del problema:

1.1.1 Descripción del problema

Partiendo del hecho que el proceso de investigación surge por la curiosidad científica, ya sea a través un problema observado o por experiencias de éxitos que merecen ser documentadas y reproducidas. Esta investigación surgió por la curiosidad científica, de poder contribuir a una mejoría de salud en el niño de 1-11 meses, se pretende analizar el conocimiento de las madres que asisten al Centro de Salud Magdalena sobre anemia ferropénica.

De esta manera el presente estudio puede ser de utilidad para otros Centros de Salud, y de esta forma poder contribuir a que el personal de enfermería retomen las capacitaciones constantes, contribuir en brindar una serie de conocimientos educativos acerca de anemia ferropénica a las mamás, brindando un servicio con amplia calidad, que satisfagas todas las interrogantes y desconocimiento que puedan tener las madres ,y así poder mejorar el estado de salud del niño de 1-11 meses, logrando de esta manera poder reducir la prevalencia de anemia que aún sigue siendo elevada a nivel nacional.

1.1.2 Formulación del problema:

¿Cuál es el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio CRED del Centro de Salud Magdalena, 2018?

1.2 Antecedentes

Christenser, Sguassero y Cuesta (2013) en Argentina, propusieron una investigación sobre la anemia y adherencia al hierro, ésta investigación fue importante para el estudio ya que nos dio a conocer que aún hay una tasa alta de prevalencia de anemia infantil, siendo el grupo de criaturas que se hallan entre 6-23 meses el que presentó un mayor incremento. Realizaron un estudio de tipo transversal. Asimismo, se reveló que los niños que padecen de anemia no tuvieron una buena adherencia por parte de sus madres en lo que se refiere a la administración de hierro, mientras que los niños que no tienen anemia las madres ponen mayor empeño en la administración de hierro, se detalló que la causa más usual fue dada por la intolerancia digestiva y así mismo por el factor olvido.

Machado, Alcarraz, Morinico, Briozzo, Gutiérrez (2017) en Uruguay, propusieron un estudio acerca de prevención y factores de anemia en lactantes menores de un año. El estudio de la investigación fue importante puesto que permitió conocer la prevalencia de anemia en lactantes, el estudio estuvo conformado por lactantes que se encuentran entre 8-12 meses a quienes se les tomó la muestra de hemoglobina. El porcentaje de lactantes que tenían anemia fue de 18.3%, asimismo un gran número de personas integró carne en la alimentación, pero de manera tardía, otro porcentaje no tan alto no tomaba la dosis adecuada del hierro que se le otorgaba de forma suplementaria, y otro número un poco menor simplemente no lo incorporaba al respectivo tratamiento. Se descubrió una deficiencia en el comienzo de la suplementación con hierro en lo que se refiere en cuanto a dosis, asimismo como a una inadecuada adherencia al tratamiento, lo que permitió esclarecer cuales son los factores que influyentes en la anemia.

Falivenea, y Fattoreb (2016) en Argentina, tuvieron como objeto de estudio la anemia de forma multidimensional, en niños menores de dos años. El estudio de investigación fue importante puesto que muestra la relación que hay entre los determinantes sociales y la anemia, se desarrolló una metodología de tipo transversal. Se determinó que la falta de alimentos y el consumo inapropiado del hierro están relacionados a ADH, de igual manera mientras sea la edad de gestación menor y menor la edad que tenga en meses, hay mayor probabilidad de tener anemia. De igual manera se determinó que el consumo de comidas fortificadas ayudaría a mejorar el consumo de hierro en infantes que tienen hasta 1 año 11 meses y 29 días, y que los diversos programas que proveen de alimentos influyen como medio protector sobre la anemia por déficit de hierro. Se puso en énfasis la importancia de políticas que tienen que ver sobre el factor salud en relación a los habitantes.

Picos, Santiesteban, Cortés, Morales, Acosta (2015) en Cuba, tuvieron como objeto de estudio los factores de riesgo de anemia en lactantes. Este estudio realizado sirvió de mucho aporte en cuanto se refiere a agentes causales de la presencia de anemia por carencia de hierro en niños de seis meses, se realizó un estudio de tipo descriptivo longitudinal retrospectivo, se estudió diversas variables como el valor del hematocrito en el último trimestre de embarazo y así mismo post parto, la edad gestacional y peso que presentó al momento de nacer, que tipo de lactancia recibió y el valor del hematocrito como el estado nutricional a la edad de 6 meses. Hace énfasis que tener o presentar poco peso al momento de nacimiento, tener anemia en el último período de edad gestacional, de la misma manera emplear el amamantamiento de manera artificiosa, se relacionan de forma directa con la presencia de anemia en la edad de seis meses.

Román, Pardo, Cornejo, Campoverde (2018) en Ecuador, tuvieron como objeto de estudio la prevalencia de anemia. El estudio realizado sirvió de mucho aporte ya que dio a conocer la prevalencia de anemia, obteniendo mayor porcentaje la población que se encuentra en edad preescolar y que viven en zona rural, se usó un proyecto de descripción, asociativo y de forma transversal para poder desarrollar este estudio. Se determinó que la anemia está influenciada por las variables sociodemográficas, por ello es necesario que se apliquen diversas políticas que proyecten y unan el sector nutricional, educativo y el de salud pública.

Velásquez-Hurtado, Rodríguez, Gonzáles, Astete-Robilliard, Loyola-Romaní, Vigo, Rosas-Aguirre (2016) en Perú, tuvieron como objeto de estudio los factores que se asocian a la anemia en infantes menores de tres años. El estudio sirvió de gran aporte ya que gracias a ENDES se

pudo saber cuáles eran los agentes involucrados en la anemia que se da a pequeños que se encuentran en edades de 6-35 meses, se empleó un estudio de tipo observacional, se determinó que la prevalencia de anemia es alta y así mismo se identificaron 12 factores que se involucran en la aparición de anemia. Se enfatizó en poner gran apoyo en lo que conocimiento se refiere y fortalecer las prácticas en el cuidado.

Gonzales, Huamán-Espino, Gutiérrez, Aparco, Pillaca (2015) en Perú, tuvo como objeto de estudio la caracterización de anemia presente en infantes en menores de cinco años. El estudio fue importante puesto que se dio a conocer que el mayor porcentaje de anemia se da en Huancavelica, mientras que en lo que se refiere a déficit de vitamina B12 en Coronel Portillo es mucho más alto que en Huancavelica. Se desarrolló un estudio de tipo transversal y un plan de muestreo. Describiéndose que la presencia de anemia es superior cuando se refiere al promedio a nivel nacional, siendo la más frecuentes la anemia que presenta parásitos y la que tiene más de dos causas. Enfatizándose considerar las diferentes maneras de insuficiencia hierro en los diferentes programas que se emplean para la detección y de la misma manera control de anemia.

Paredes (2014) en Tacna - Perú, tuvo como objeto de estudio los diversos factores que se relacionan con la anemia en lactantes mayores. El estudio fue de gran importancia puesto que se logró determinar la relación existente que tienen algunos factores con la presencia de anemia en lactantes mayores de seis a veintitrés meses. Esta investigación tuvo un tipo transversal, prospectivo y no experimental. Se demostró que tanto los factores de alimentación, biológicos y

de cultura tienen una estrecha brecha a la existencia de anemia en infantes en edades entre seis y veintitrés meses.

Centeno (2014) en Perú, tuvo como objeto de estudio factores extrínsecos e intrínsecos relacionados a la anemia por carencia de hierro en lactante. Esta investigación fue importante ya que se logró identificar los factores intrínsecos y extrínsecos vinculados a la aparición de anemia por carencia de hierro en el grupo de lactantes que están en edad de seis meses. Se desarrolló una escala de modelo aplicativo-cuantitativo, se utilizó un modelo de descripción, de tipo transversal. Se pudo determinar que los factores intrínsecos son menores concernientes al tiempo de gestación, bajo peso al momento del nacimiento, y prematurez. Mientras que los factores extrínsecos que sí tuvieron un mayor porcentaje estuvo dado por no consumir suplementos de hierro, por la hiperémesis gravídica, falta de conocimiento por parte de la madre, el consumo mixto de lactancia y algunas complicaciones del embarazo. Se priorizó el determinante de mayor transcendencia que fue el no saber de la enfermedad por parte de la madre.

Pajuelo, Miranda, Zamora (2015) en Perú, tuvieron como objeto de estudio la anemia y deficiencia de vitamina en menores de cinco años. El estudio fue significativo ya que se determinó la insuficiencia de la vitamina A, asimismo la presencia de anemia en criaturas que aún no llegan a cumplir los cinco años de edad. Se desarrolló el análisis transversal, y una prueba probabilística. Se logró identificar que la DVA afecta en su mayoría a niños que habitan en la selva y diversas áreas rurales. Se enfatizó que es de gran importancia afianzar las actividades de suplementos alimenticios en hierro y vitamina A.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio CRED en el Centro de Salud Magdalena, 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

Estimar porcentualmente el conocimiento de las madres en relación a las dimensiones de: concepto, diagnóstico, signos-síntomas, causas, prevención, consecuencias, importancia de una adecuada alimentación complementaria, tratamiento.

1.4 Justificación

La investigación busca contribuir a la disminución de la problemática que nos plantea la OMS respecto a la anemia, ya que las cifras son altas, siendo 49.1% niños que padecen anemia en edad preescolar a nivel mundial y en el Perú la anemia infantil cuenta con un porcentaje de 43.6%.

Este estudio se justifica sabiendo que es de gran aporte a enfermería, nos va a permitir identificar el conocimiento que poseen las mamás con respecto a anemia por carencia de hierro, y así afianzar las diversas actividades formativas en educación, con el propósito de aminorar la tasa de ésta afección en menores de 1-11 meses de edad.

Un nuevo conocimiento adquirido por las madres, puede contribuir en la prevención de la anemia y de esta forma evitar posibles complicaciones que puedan afectar el desarrollo de sus hijos, evitando aumentar los costos en los servicios hospitalarios.

1.4.1. Justificación teórica

Nola Pender con el modelo de enfermería promoción de la salud, posibilita discernir conductas vinculadas con la salud, y nos guía en torno a la promoción de comportamientos saludables. El comportamiento y/o conducta se encuentra estimulada para lograr un bienestar y a su vez lograr el desarrollo de la persona (Blanco, Sánchez, Ostiguín y Aristizábal, 2011).

Esta teoría, al aplicarla en el sector primario de salud, ayuda a tomar medidas preventivas - promocionales, que fomenten un adecuado conocimiento en mamás de niños de 1-11 meses sobre anemia por carencia de hierro y un buen consumo de este mineral en los alimentos.

1.4.2 Justificación práctica

El propósito de esta investigación es el de mejorar el conocimiento que tienen las madres sobre anemia ferropénica, ya sea a través de diversos protocolos de atenciones recomendados por entidades nacionales e internacionales plasmados en guías, normas, etc., pudiendo alcanzar un conocimiento óptimo y adecuado que sea provechoso para la salud del niño de 1-11 meses.

Con las sesiones educativas, se puede lograr esclarecer, fomentar y afianzar los conocimientos sobre anemia ferropénica por parte de las madres.

II) Marco Teórico

2.1 Bases

2.1.1 Anemia Ferropénica

La anemia conforma uno de los problemas más frecuentes, la gran prevalencia que tiene nos alerta tanto en sus aspectos clínicos y sociales. Según OMS, calcula que un porcentaje de 30% de la población mundial tiene anemia, y de esta población, la mitad es por deficiencia de hierro. Sin embargo, en países desarrollados su incidencia es menor, pero en algunos sectores, de nivel económico bajo o ya sea en mujeres en edad fértil, las cifras son similares a las anteriores. (Sánchez, Sánchez y Moraleda, 2017).

La OMS define la anemia como un estado donde el número de hematíes o su capacidad de transportar oxígeno es deficiente para poder cubrir los requerimientos que el cuerpo necesita, y suelen variar según el número de años y sexo de la persona, la altitud, diversas circunstancias como el embarazo o consumo de tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2011). La anemia se define por el descenso de hemoglobina en el organismo, se tienen en cuenta que los valores normales de hemoglobina son: mayores de 12 g/dl en mujeres, mientras que en varones es 13,5g/dl (Moreyra y López, 2009). Uno de los planes para disminuir la anemia, nos dice que el valor normal de hemoglobina varía según la edad del niño, es así que para un niño de 1 mes- 1 mes y 29 días se considera normal $>13.5\text{g/dl}$, de 2-6 meses se considera normal $>9.5\text{g/dl}$, 6 meses 1 día-5 años $>11\text{g/dl}$ (Ministerio de Salud, 2017).

La anemia ferropénica se presenta cuando no hay suficiente cantidad de hierro dentro del cuerpo. La sangre presenta menor número de hematíes, ellos se encargan de llevar oxígeno y retiran el CO_2 del organismo. Por ende, las disminuciones de hierro, se deben a la pérdida de

sangre, inadecuada alimentación o insuficiencia de poder absorber adecuado hierro de los alimentos (National heart, lung, and blood institute, 2018).

Algunos determinantes de la existencia de anemia son: déficit de cantidad y calidad de alimentos, incorrectos hábitos alimenticios, el estado insano del hogar y alrededores, carencia de unos correctos hábitos de higiene, nivel educativo bajo. Estos determinantes mencionados expresan la pobreza que aún afecta a nuestro país.

2.1.1.1 Causas de la anemia

La anemia ferropénica se manifiesta en su mayoría cuando en la alimentación del niño no consume alimentos suficientes que tengan hierro, especialmente alimentos que son de origen animal como: sangre, hígado, pescado, bazo, corazón, ya que estos alimentos son absorbidos por el mismo cuerpo (Camavilca, 2018).

Según el Ministerio de Salud MINSA (2017), la resolución ministerial de salud del Perú indica las siguientes causas:

El aumento con respecto a necesidades y mínimas reservas en hierro

Con superior riesgo niños prematuros y con bajo peso en el nacimiento, infantes que tienen menos de dos años, que padecen de procesos infecciosos recurrentes, el clampaje precoz que se hace en el cordón umbilical, antes de 1 minuto.

Poco aporte de hierro, dieta inapropiada, alimentación complementaria deficiente en hierro al inicio de los seis meses, inicio alimenticio tarde (después de los 6 meses de edad) dieta que se basa en leche de vaca u otros, dieta vegetariana.

Minoración de la absorción, factores dietéticos que hace difícil que el hierro se absorba como: el té, café, etc.

Enfermedades de digestión como deposiciones líquidas mayor a tres días, síndrome de absorción mala, carencia duodenal.

Fármacos que minorizan la capacidad para que el hierro sea absorbido como ranitidina.

Hemorragias, introducir leche del ganado vacuno durante los primeros doce meses de vida, quizá genere un pequeño sangrado, infestación de parásitos, infecciones por helicobacter pylori, uso crónico de antiinflamatorios (Cari y Quispe, 2017).

2.1.1.2 Hierro

Mineral esencial en cuanto desarrollo y crecimiento se refiere. El organismo emplea este mineral en la elaboración de hemoglobina, que está presente en los hematíes y su misión es llevar oxígeno de los pulmones a todo el organismo. Las cantidades recomendadas de hierro se puede conseguir mediante el consumo de alimentos, como: aves, carnes, mariscos y aves; así mismo de cereales como: panes, lentejas, frejoles, en las espinacas y algunos frutos secos como las pecanas, nueces, etc.

El hierro se encuentra presente en la nutrición de dos maneras: como hierro hemo y hierro no hemo. Es así, que el organismo se absorbe de manera adecuada el hierro hemo, algunas comidas que son de fuente animal poseen este tipo de hierro. Sin embargo, las comidas que son de fuente vegetal poseen el hierro que no es hemo.

Por ello en beneficio de una adecuada impregnación de este mineral como, es preferible acompañarlo de carnes y con diversos tipos de alimentos que contengan vitamina C (National Institutes of Health, 2018).

El alimento que aporta mayor contenido de hierro es sangre de pollo cocida, seguido del bazo, riñón, hígado de pollo, charqui, pulmón, entre otros.

Requerimientos de hierro

Niños que presentan bajo peso al momento del nacimiento y /o prematuros: El tratamiento dura de treinta días a seis meses. Se emplea el sulfato ferroso en gotas o el complejo polimaltosado férrico. La suplementación de hierro se da hasta que llegue a tener los seis meses.

A partir de los seis meses de edad un sobrecito de micronutrientes administrada de forma diaria hasta completar la ingesta de trescientos sesenta sobrecitos.

Niños que han nacido a término, con peso adecuado, de cuatro a seis meses, se emplea el sulfato ferroso en gotas o el complejo polimaltosado férrico, la suplementación de hierro se da hasta que llegue a tener seis meses.

A partir de los seis meses, un sobrecito diario de micronutrientes hasta completar la ingesta de trescientos sesenta sobrecitos (Ministerio de Salud, 2017).

2.1.1.2.1. Nutrición del niño que tiene menos de 6 meses, hierro y alimentación complementaria:

El preferible y alimento único del lactante que tiene que recibir hasta que cumpla los seis meses es la lactancia materna exclusiva.

El niño debe lactar cada vez que lo requiera. La primera leche inicial amarillenta es el calostro. A unos días después del alumbramiento, la leche va a cambiar de apariencia y será más aguada, azulada y fina.

La leche obtenida al terminar la lactancia es de color más blanca. Por ello se recomienda que el bebé lacte por 10-15 minutos en cada seno para que puedan vaciarse.

Sin embargo, sabiendo el privilegio que posee la lactancia materna, hay distintas situaciones que contribuyen a un desfavor como: el retraso en colocar al neonato al pecho de la madre por vez primera, cuando les dan agua, té u demás líquidos, de la misma manera como la iniciación de alimentos a temprana edad.

Cuando se le da al niño agua, té o demás infusiones, esto hace que se interfiera con los efectos protectores que tiene la lactancia, aumentando de esta manera la probabilidad de desarrollar infecciones de índole diarreicas. Por ello debe evitarse dar cualquier clase de líquidos y comidas, así mismo leche de ganado vacuno o diversos productos que reemplacen a la leche materna, a lactantes que tienen menos de seis meses.

El lactante no requiere distinta leche o comidas sino es la leche de la madre. Debe evitarle darle porque, el estómago del lactante aún es chico y cuando se le otorga otro líquido o comida, el menor se siente satisfecho y lleno, disminuyendo de esta forma la apetencia, el succionamiento del pecho materno, conllevando el reducimiento de la lactancia materna, asimismo al lactante se le hace muy difícil digerir de manera apropiada otro tipo de leche diferente al de la mamá, el consumir otras comidas o líquidos impropios puede infectarse con bacterias, el lactante puede desarrollar reacciones alérgicas, puede presentar inconveniente en la digestión de leche de fuente animal y provocarle enfermedad diarreica, sarpullido en la piel, etc.

Las ventajas de la lactancia materna es que el lactante tiene mayor probabilidad de poder crecer saludable y no padecer de anemia, la leche materna tiene los nutrientes que el lactante requiere como: lactosa, proteína, vitaminas, hierro, grasas, también ácidos grasos importantes en el desarrollo a nivel cerebral, de la vista, entre otros beneficios. Al ingerir el bebé calostro le ayudará a protegerlo de afecciones, malestares; asimismo favorece a la

mamá a no presentar pérdidas de sangre, tampoco sobrepeso, de igual manera origina que la leche descienda prontamente.

Los lactantes nutridos con leche de la madre suelen tener poca probabilidad de tener enfermedades diarreicas, alergias, neumonía, meningitis, problemas del oído, etc., asimismo ayuda a establecer una relación estrecha entre a la madre y al bebé. La lactancia materna preserva la salubridad de la mamá, ayuda asimismo a que el útero recobre el volumen adecuado, disminuye la pérdida de sangre, previene la anemia y finalmente a reduce la probabilidad de padecer de cáncer (Ministerio de Salud).

2.1.1.3 Alimentación Complementaria:

Alimentación complementaria se da desde que cumple los seis meses, en esta etapa la lactancia materna es insuficiente, por ello se recomienda introducir alimentos semisólidos en la dieta del lactante.

Las comidas adecuadas son purés o mazamorritas que tienen la aportación de energía, así con estos preparados, la criatura puede satisfacer sus demandas nutricionales, consumiendo de cuatro a cinco veces durante todo el día, aparte de la lactancia. La mezcla del alimento simboliza gran importancia, puesto que la comida de origen animal posee gran cantidad y calidad de proteínas. Las carencias de aminoácidos de comidas de origen vegetal se pueden mejorarse combinando un cereal y una leguminosa, sin embargo, para los niños que se encuentran en pleno desarrollo del crecimiento es relevante adicionar comidas de fuente animal para así poder lograr un crecimiento óptimo. La grasa es valiosa para la alimentación ya que otorga un incremento de energía evitando incrementar el volumen (Huayaney, 2016).

El niño debe comer preparaciones balanceadas por ello se debe combinar diversos alimentos. Las preparaciones otorgan diversas vitaminas, proteínas, energía y minerales esenciales para lograr un óptimo desarrollo.

Segundos, purés o preparaciones espesas: Para incentivar una óptima nutrición y alimentación del menor, es indispensable emplear la diversidad de alimentos, ya sea tubérculos, cereales, alimentos de fuente animal, legumbres, frutas, menestras.

Los diversos tubérculos y cereales son alimentos para cocinarles a los pequeños del hogar cuya consistencia deben ser como purés, y puedan combinarse.

Productos de fuente animal que contienen hierro, estos alimentos tienen alta calidad de proteínas. De igual manera la sangrecita, el pescado, el hígado, entre otros, aportan bastante hierro necesario para poder lograr un desarrollo apropiado en el menor. Se debe dar tres días a la semana en cantidad de dos cucharadas como mínimo.

Menestras, la diversa variedad de menestras como el frijol, lenteja, pallar, aportan bastante nutrientes si a su vez se mezclan con cereales como el trigo, maíz, arroz, o diversos tubérculos como la yuca, camote, papa, etc. Se debe dar en proporción de dos porciones de cereal y una de menestra.

Las menestras aportan hierro, son fuentes de proteicas y deben introducirse en la ingestión al inicio de los seis meses.

Frutas y verduras, de manera preferente de tonalidad amarilla, naranja y hojas de color verde; es necesario introducir en la nutrición del niño.

Debe ofrecerle al niño una fruta y una verdura de la tonalidad indicada de manera diaria.

Las hortalizas que tienen hojas de tonalidad verde como la acelga, espinaca, etc., y las de tonalidad amarillo y naranja como la zanahoria y zapallo, son buenas para la alimentación infantil.

Se debe servirle el segundo en proporción a la mitad de un plato. Luego de que ingiera los alimentos, debe otorgarle el pecho cuantas veces desea el niño.

Las grasas y aceites, deben darse en poca ración cantidad (cinco mililitros) en los alimentos de los menores que se encuentran entre los seis y veinticuatro, pues proporcionan una óptima suma de energía en disminuido alimento.

Frecuencia de las comidas: El niño que está sano debe comer cinco comidas diarias (tres comidas que son primordiales y las otras dos entre comidas, una al medio día y la otra a mitad de tarde). Debe darse una comida adicional al niño que se encuentra enfermo.

Niños de 6 - 8 meses:

Se debe empezar el proceso alimenticio con comidas de forma variada, espesa y debe darle cinco veces al día (papillas, mazamorras, etc.). Debe adicionarle dos cucharadas de alimentos de fuente animal conteniendo hierro, mínimo tres veces por semana (sangrecita, bazo, etc.). La preparación de menestras debe ser sin cáscara (arveja, lentejas, frijoles, habas) y debe darle tres veces durante la semana. Por cada cucharada que le dé de menestras se debe servir dos cucharadas de arroz, quinua, trigo, cebada, camote, papa, yuca o maíz. Se debe dar medio plato de comida espesa cada vez que le ofrezca de comer. Debe darle al niño una fruta y una verdura de color amarillo, anaranjado o de color verde oscuro diario.

Asimismo, debe agregar una cucharadita de aceite o grasa en las comidas.

Después de haber terminado de comer, debe darle pecho al niño todas las veces que requiera.

Niños de 9-12 meses:

Debe seguir dándole comidas de consistencia espesa, cinco veces diario, empleando alimentos que están dentro de la olla común. Se debe aumentar a los preparados, dos cucharadas de alimentos de fuente animal que contengan hierro, durante 3 veces a la semana (sangrecita, pescado, hígado). Se debe cocinar menestras sin cáscara (frijoles, lentejas, habas, arvejas) al menos 3 por semana. Por cada cucharada que le dé de menestras se debe servir dos cucharadas de arroz, quinua, trigo, cebada, camote, papa, yuca o maíz. Se debe dar 3/4 de plato de comida. Debe darle al niño una fruta y una verdura de color amarillo, anaranjado o de color verde oscuro diario. Asimismo, debe agregar 1 cucharadita de aceite o grasa en las comidas.

Después de haber terminado de comer, debe darle pecho al niño todas las veces que requiera (Ministerio de Salud, 2001).

2.1.1.4 Signos y síntomas de la anemia

Sueño incrementado, inapetencia, mareos, fatiga, dolor de cabeza, rendimiento físico disminuido, vértigos, cambios en el crecimiento, piel pálida y seca, uñas quebradizas, pérdida del cabello, entre otros (Ministerio de Salud, 2001)

2.1.1.5 Diagnóstico

Los estudios hematológicos son las pruebas de mayor indicación para detectar la anemia ferropénica, ya que es una prueba de mayor accesibilidad y de menor costo.

La hemoglobina es la prueba más básica de la anemia, que nos dirá si hay presencia o no de ésta afección. Los niveles que nos dirán si existe anemia son niños que tengan hasta 5

años 11 meses 29 días será inferior a 11 miligramo/decilitro (Delgado, Romero y Rojas, 2011).

2.1.1.6 Tratamiento

La medicación de preferencia está dada por el sulfato ferroso. Si la persona es intolerante, se puede emplear otro tipo de medicina. Asimismo, la administración a través de inyección será empleada cuando la persona no pueda tolerar el hierro de forma oral (Delgado *et al*, 2011).

2.1.1.7 Consecuencias

Las consecuencias no son solo en el presente sino también en el futuro, afecta de manera principal la inmunidad celular, crecimiento y rendimiento físico, la función intestinal, la conducta y rendimiento académico.

De igual manera, la carencia de hierro aminora la aportación de oxígeno al organismo, por ello se puede observar debilidad muscular (Marquez, 2007).

2.1.1.8 Prevención

Los efectos de esta afección se mantienen durante el transcurrir de los años. Se debe tener en cuenta:

El conjunto multidisciplinario de salud, debe ejecutar diversas actividades en cuanto al desarrollo del niño se refiere, incorporando el análisis de hemoglobina a todos los menores para descartar la anemia, de igual manera en niños que toman de manera adicional el hierro, ya sea mediante manera de prevención o como tratamiento. Asimismo, ofrecer consejería a las mamás o a la persona encargada del cuidado del menor acerca de los efectos que conlleva esta afección, la relevancia de una adecuada nutrición, de igual manera lo importante que es la prevención o tratamiento de la anemia. Se deberá poner mayor

significancia en informar a los padres acerca de las consecuencias perjudiciales ya sea en el avance a nivel cognitivo, instructivo (disminución del rendimiento escolar), motor (físicamente no rinden), teniendo transcendencia a lo largo de la vida (pueden desarrollar diversas enfermedades).

También se debe optar por realizar la prueba de parásitos, la promoción de la vacunación según calendario de vacunación, así mismo la promoción del consumo de comidas que aporten gran cantidad de hierro, de igual manera promover la promoción del consumo de agua segura, poner énfasis en la limpieza de los alimentos y a la importancia del lavado de manos (Ministerio de Salud, 2017).

2.1.2 Conocimiento

Es la agrupación de testimonios almacenados ya sea por experiencia o aprendizaje, y de la introspección. Éste puede ser A priori, cuando la experiencia es innecesaria, basta emplear la razón y A posteriori, este tipo de conocimiento si requiere de la experiencia para lograr que sea verídico (Cano, 2016).

Nivel de Conocimiento según Norman Weeb, describe cuatro niveles:

Memorístico, es aquel conocimiento igual o casi igual de lo aprendido.

Procesamiento, es aquel conocimiento que necesita usar un razonamiento mental.

Compara ideas, como: halla particularidades que describen a los sucesos, individuos, objetos.

Estratégico, es aquel conocimiento que se justifica en requerimientos de cognición más completos, relaciona conceptos e ideas.

Extendido: es aquel conocimiento prolongado, extiende dicho conocimiento a diversas situaciones, elabora y termina una actividad que necesita ser planificada (Cano, 2016).

2.1.2.1 Clasificación del Conocimiento:

Conocimiento Vulgar: Se crea en el criterio, todos los humanos la tienen, se fundamenta en relación obtenida de la experiencia. Dicho conocimiento es sensitivo, superficial, subjetivo, se aprende del contexto que le rodea.

Conocimiento Científico, es aquel que da razones, describe porqué se dan los hechos. Este conocimiento es obtenido a través de diversos métodos validados, es la afirmación que se descubre a través de investigación.

Conocimiento Racional, es la meditación del individuo, utiliza la razón, entiende y cambia su conocimiento por medio de fundamento verídico (Cano, 2016).

2.1.3 Definición de términos

Conocimiento de las Madres sobre anemia ferropénica: Contestación manifestada por las madres sobre información que poseen sobre la anemia ferropénica.

2.1.4 Modelo de promoción de la Salud:

Nola J. Pender

Nola Pender nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing -Michigan, era hija única.

En 1975 Nola publicó un artículo sobre como los humanos decidían acerca del cuidado de su salud.

Nola Pender, en su teoría promoción de la salud manifestó que el comportamiento humano está promovido por el deseo de poder lograr el confort y el desarrollo del potencial

de la persona. Tuvo mucho interés en crear un ejemplo de enfermero, que manifestara contestaciones acerca de cómo los seres humanos toman decisión sobre el cuidado de su salud. Este modelo de promoción de salud quiere mostrar la esencia de los humanos en dinámica con el medio, cuando pretenden lograr un estado de salud deseado, resalta la unión que hay entre singularidades de cada persona y vivencias, creencias, conocimientos y aspectos situacionales relacionados con el comportamiento de salud (Aristizábal, Blanco, Sanchez, y Ostiguín, 2011).

III) Método

3.1 Tipo de investigación

El estudio es de tipo aplicativo, porque se originó en la realidad; tipo cuantitativo, ya que se asignó un valor numérico a la variable de estudio; método descriptivo, de corte transversal ya que permitió mostrar la información tal y como se consiguió en un tiempo y espacio determinado.

3.2 Ámbito temporal y espacial

Ámbito temporal: Setiembre- octubre

Ámbito espacial: Centro de Salud Magdalena

3.3 Variable

Conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses

3.4 Población y muestra

Los sujetos de estudio fueron madres de niños de 1-11 meses que asisten a consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de salud Magdalena en los meses de setiembre-octubre 2018.

Criterios de inclusión

Fueron todas las madres de niños entre las edades de 1 – 11 meses, que acudieron al consultorio de CRED del Centro de Salud Magdalena y que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Fueron todas aquellas madres que tienen algún tipo de trastorno mental o aquellas madres que no quisieron participar del estudio.

Muestra: Las muestra a estudiar fue obtenida mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, teniendo como población total 388 niños de 1-11 meses, y aplicando la fórmula se

consiguió una muestra de 77 madres de niños entre las edades de 1-11 meses de edad. Se seleccionó aplicando el muestreo aleatorio simple, con la fórmula: Dónde: N_x =muestra por estrato, N =población total, m = muestra total, n_s = total de población por muestra.

3.5 Instrumentos

La técnica empleada es la encuesta, y como instrumento el cuestionario.

El instrumento consta de 15 preguntas que responden a las dimensiones de concepto, causas, síntomas, consecuencias y prevención de la anemia ferropénica, habiendo 4 alternativas por cada pregunta de las cuales una es correcta y 3 son falsas, haciendo que las respuestas tengan un valor dicotómico.

El instrumento fue validado por la tabla binomial de juicio de expertos obteniendo un valor p de 0.0456 haciendo que el instrumento sea válido, resultando dentro de los parámetros normales.

En este caso la modalidad que se empleó para la realización de la validez fue por criterio de jueces, la cual se fundamenta en pedir la aceptación o no aceptación de la inclusión de un ítem en la prueba, por parte de varios jueces. (Escrura, 1988,pp.103-111).

Para obtener la confiabilidad, se tomó el método de Kuder Richardson (KR-20) donde se obtuvo el valor de 0.812 por lo tanto se consideró aceptable. (Celina & Campo-Arias, 2005).

3.6 Procedimientos

Se solicitó al Director del Centro de Salud permiso para poder ejecutar las diversas fuentes y empleo de instrumentos para la recolección de datos. Así mismo se pidió el registro de porcentajes de niños que se atienden en CRED, así como su carnet de vacunación y

seguimientos de consulta, para obtener la información sobre el desarrollo de cada niño seleccionado para el presente estudio.

3.7 Análisis de datos

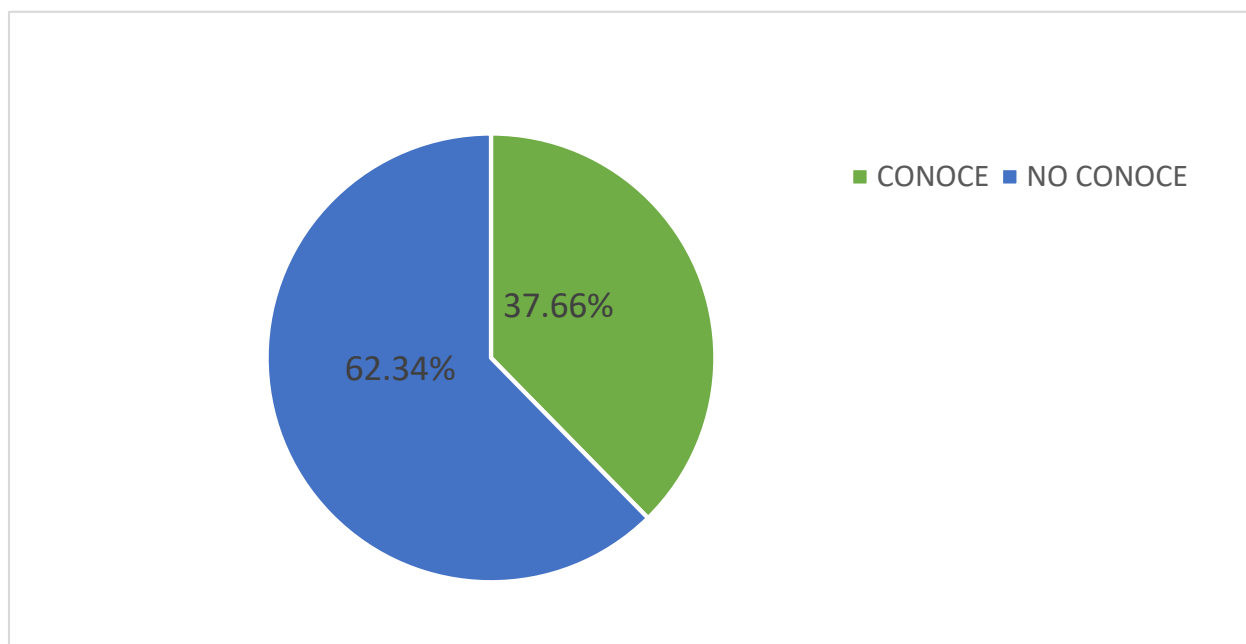
Los datos fueron vaciados a la base de datos del SPSS versión 21.0 y los resultados se analizaron utilizando o aplicando estadística descriptiva y pruebas paramétricas.

3.8 Aspecto ético

Para poder realizar la recolección de datos, se realizó coordinaciones con el jefe del Centro de Salud, así mismo con las enfermeras que laboran en el consultorio de CRED y el previo consentimiento de la madre.

IV) Resultados

CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA



En lo que se refiere al conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio CRED del Centro de Salud Magdalena, setiembre-octubre 2018, del 100% (77), 37.66% (29) conocen y 62.34% (48) no conocen.

Tabla 1
Edad de la Madre

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-25	35	45,5
26-30	33	42,9
31-36	9	11,7
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

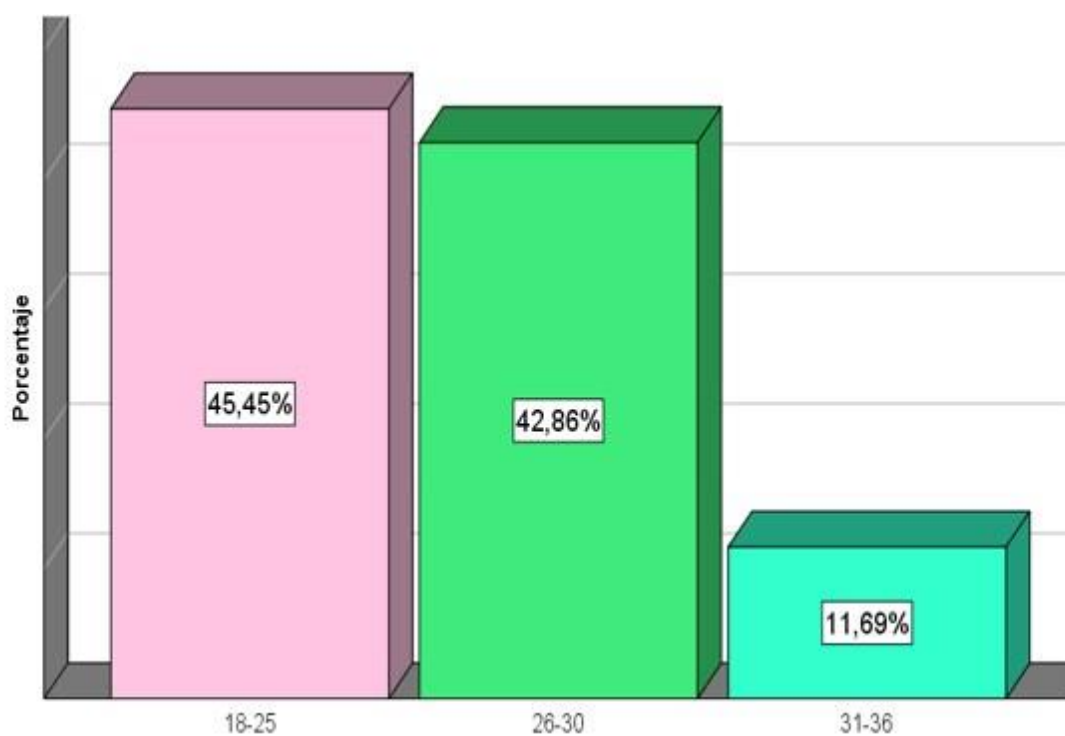


Gráfico 1: Edad de las madres

Sobre los datos generales referente a la edad que tienen las mamás, del 100% (77), de 18-25 años tienen un total de 45.5% (35), de 26 -30años un total de 42.9% (33), y de 31-36 años un total de 11.7% (9).

Tabla 2
Edad de los niños

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1	1	1,3
2	6	7,8
3	9	11,7
4	13	16,9
5	10	13,0
6	11	14,3
7	6	7,8
8	10	13,0
9	5	6,5
10	3	3,9
11	3	3,9
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

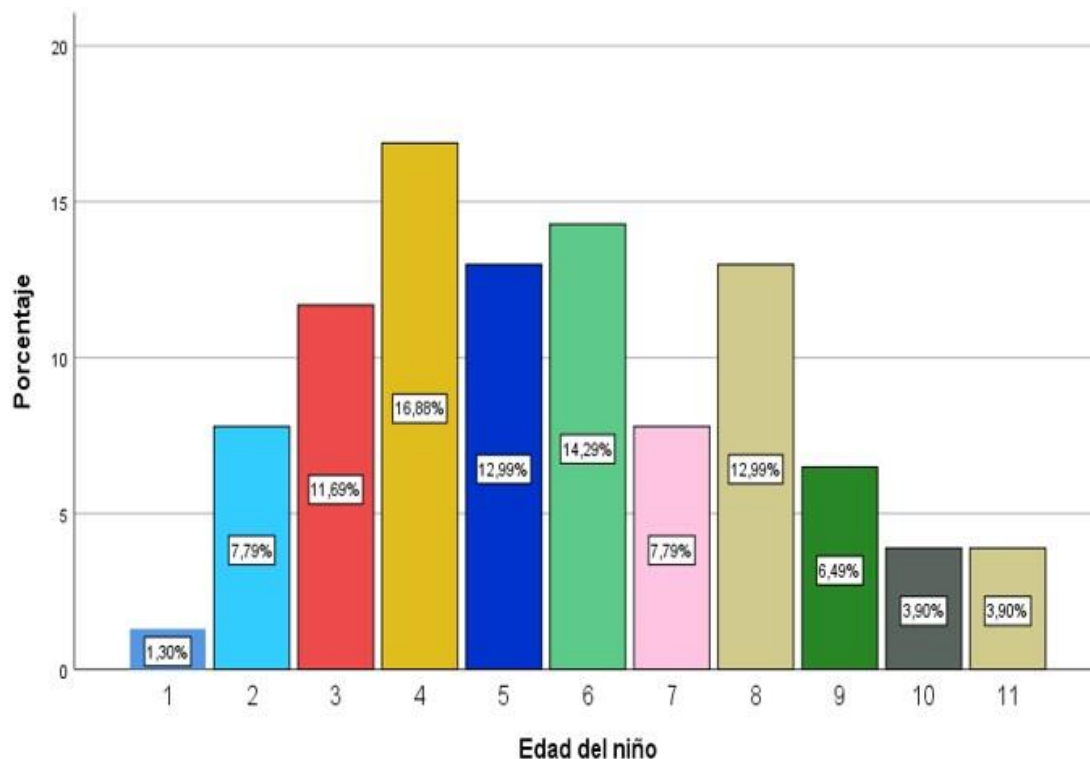


Gráfico 2 : Edad del Niño

En lo que se refiere con la edad del niño, hay mayor porcentaje en niños que tienen 4 meses representado por un 16.9% (13), los de 6 meses con 14.3% (11), los de 5 y 8 meses con 13.0% (10), los de 3 meses con 11.7% (9), los de 2 y 7 meses con 7.8% (6), los de 9 meses con 6.5%, los de 10 y 11 meses con 3.9% (3) y finalmente los que tienen un mes con 1.3% (1).

Tabla 3
Grado de Instrucción

Educación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	1	1,3
Secundaria Incompleta	3	3,9
Secundaria completa	32	41,6
Técnico incompleto	11	14,3
Técnico completo	9	11,7
Superior Universitario Incompleto	11	14,3
Superior Universitario completo	10	13,0
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

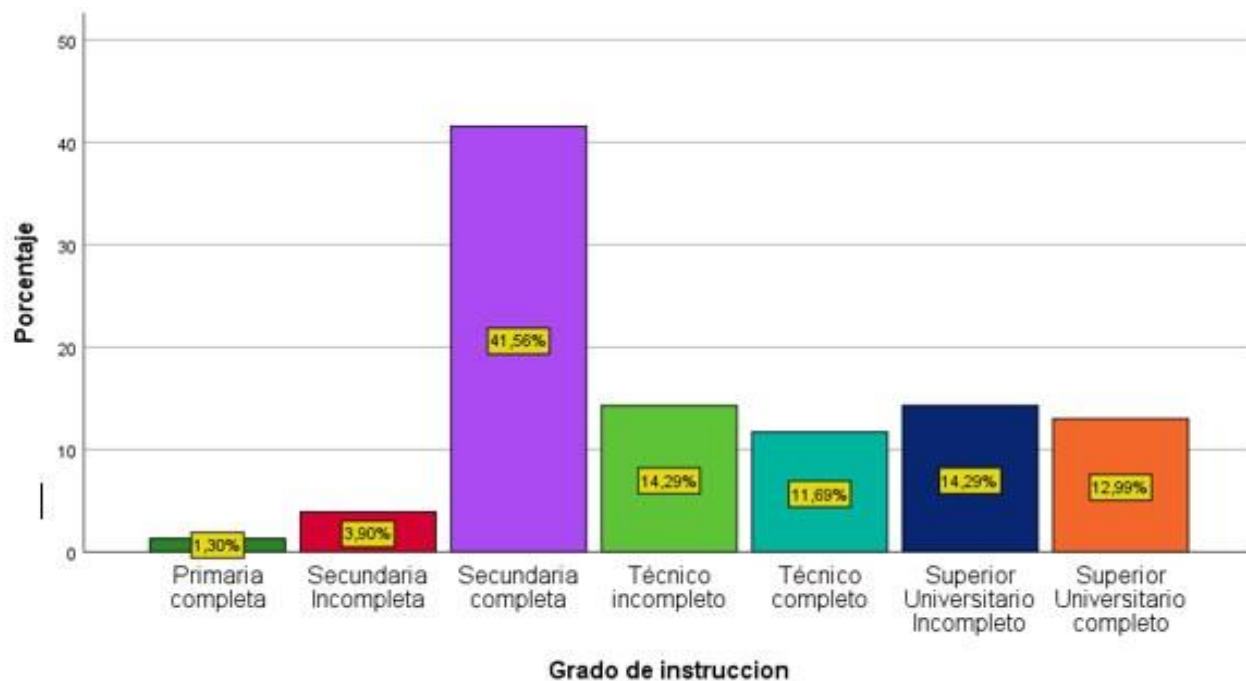


Gráfico 3: Grado de instrucción

En lo que es el grado de instrucción tienen nivel primaria completa 1.3%(1), secundaria incompleta 3.9%(3), secundaria completa 41.6%(32), técnico incompleto 14.3%(11), técnico completo 11.7%(9), superior universitario incompleto 14.3%(11), superior universitario completo 13.0%(10).

Tabla 4
Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
soltera	22	28,6
casada	11	14,3
conviviente	36	46,8
separada	7	9,1
divorciada	1	1,3
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

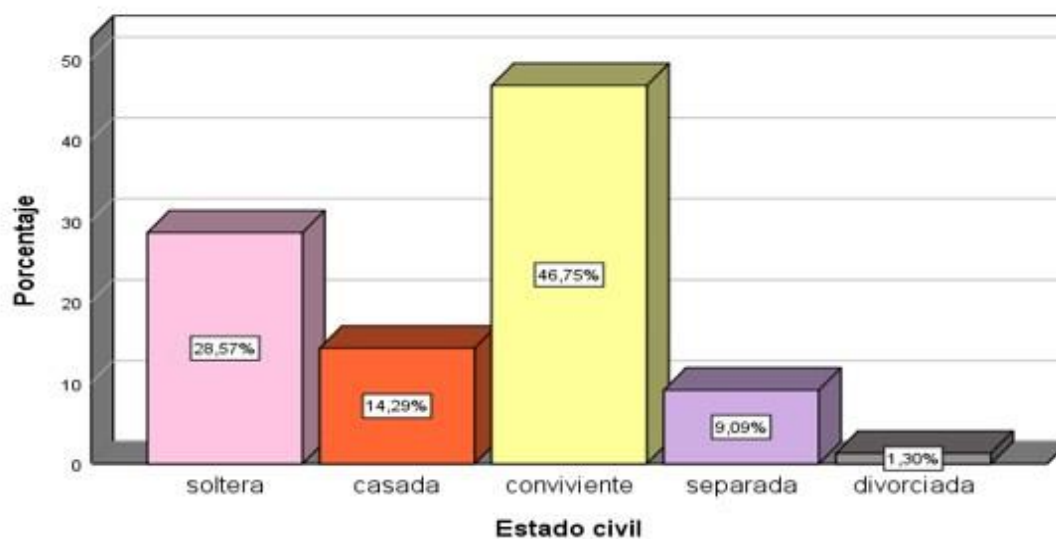


Gráfico 4: Estado Civil

Con respecto al estado civil el 28.6%(22) son solteras, 14.3%(11) son casadas, 46.8%(36) son convivientes, 9.1%(7) son separadas, y el 1.3%(1) es divorciada.

Tabla 5
Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	35	45,5
trabajo independiente	15	19,5
empleado	24	31,2
desempleado	3	3,9
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

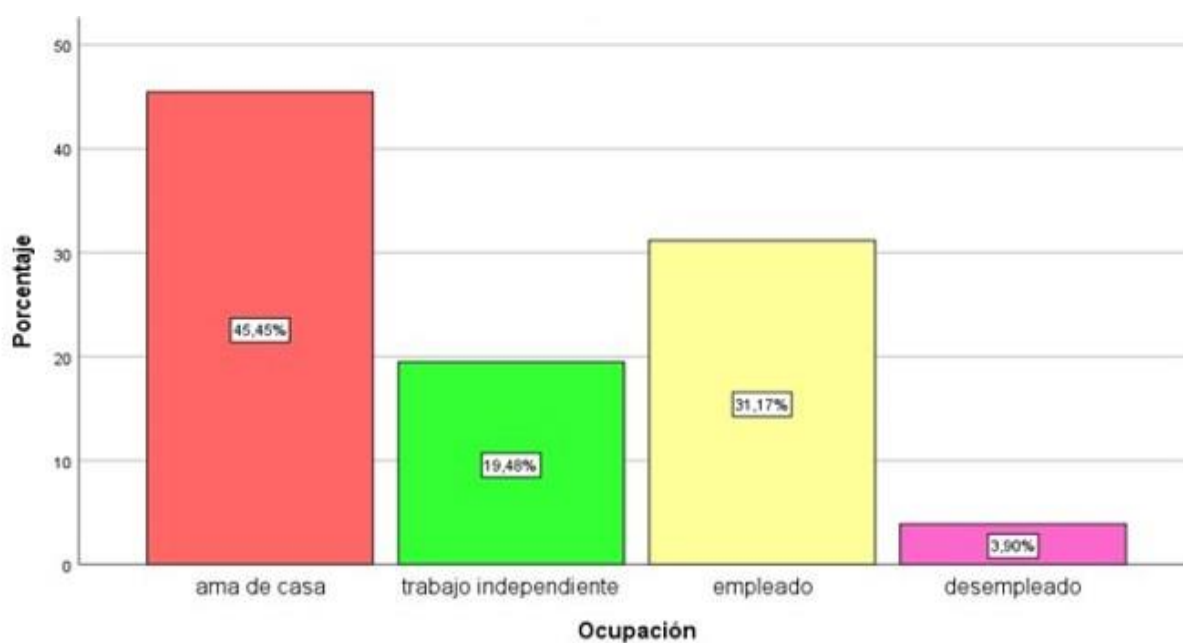


Gráfico 5: Ocupación

En lo que es ocupación: 45.5%(35) son amas de casa, 19.5%(15) tienen trabajo independiente, 31.2%(24) son empleadas, y el 3.9%(3) están desempleadas.

Tabla 6
Hijos

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
1	42	54,5
2	29	37,7
3	6	7,8
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

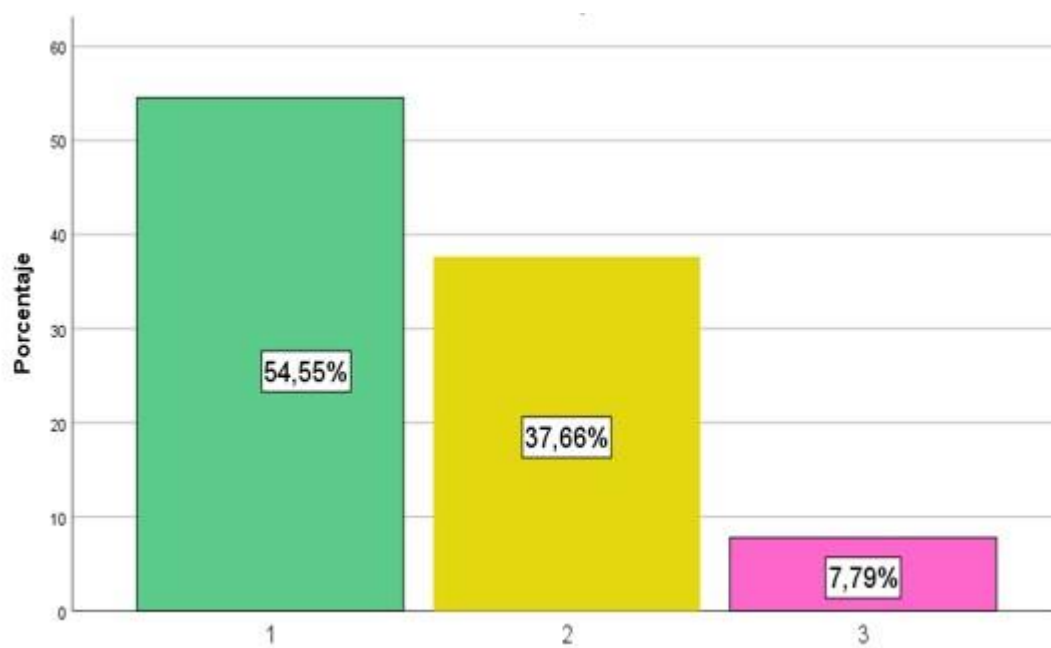


Gráfico 6: Número de hijos

En porcentaje del número de hijos tenemos: 54.5%(42) tienen un hijo, 37.7%(29) tienen dos hijos, y 7.8%(6) cuentan con tres hijos.

Tabla 7
Concepto

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	30	39,0
conoce	47	61,0
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

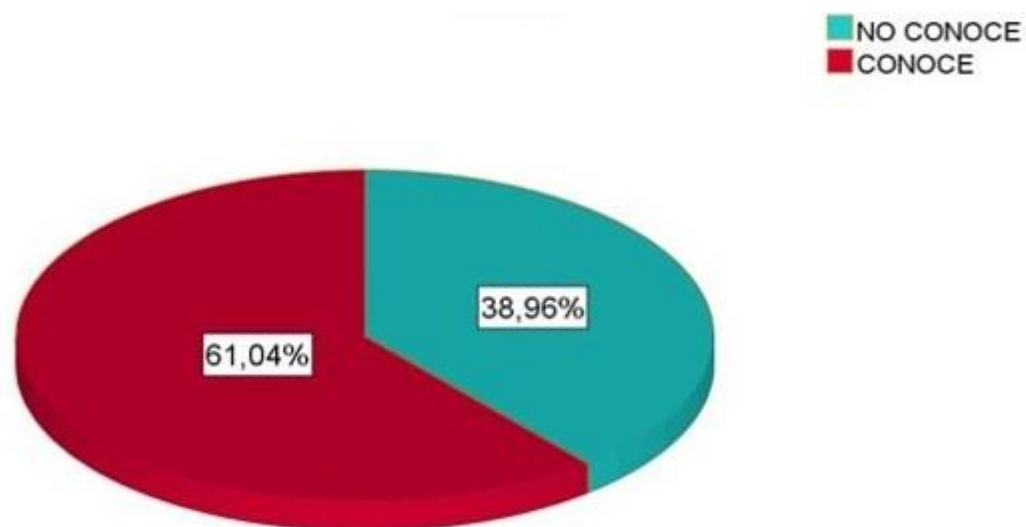


Gráfico 7: Concepto

En lo que respecta al concepto de anemia, el 61.0% (47) manifiestan que sí conocen y el 39% no conocen.

Tabla 8
Hierro

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	36	46,8
conoce	41	53,2
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

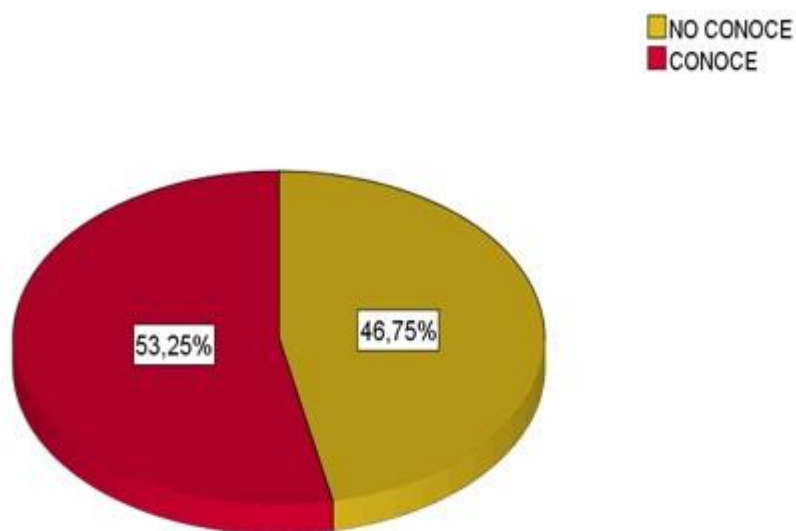


Gráfico 8: Hierro

En lo que se refiere al conocimiento sobre el hierro, 53.2% (41) conocen que el hierro es un mineral necesario en la alimentación, mientras que el 46.8 no conocen.

Tabla 9
Diagnóstico

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	34	44,2
conoce	43	55,8
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

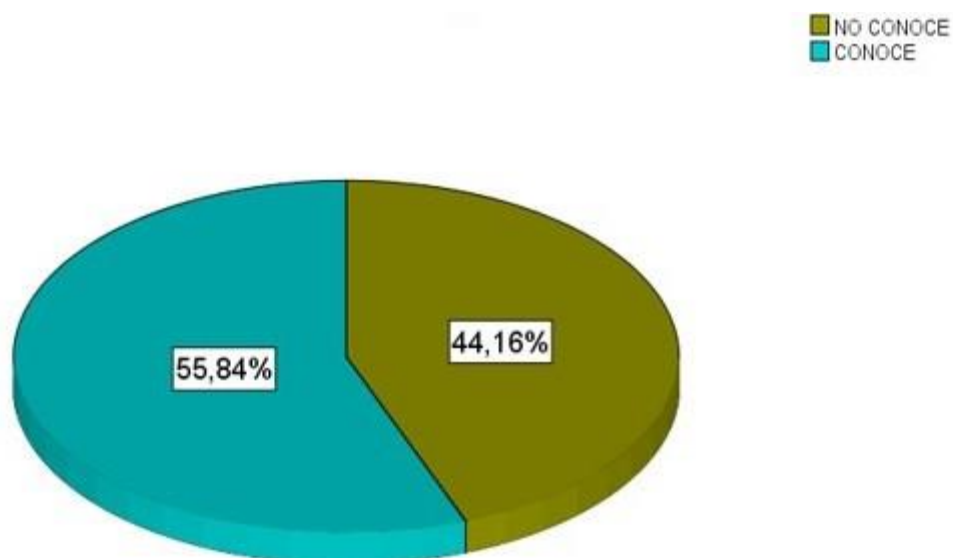


Gráfico 9: Diagnóstico

En lo que se refiere al conocimiento sobre el diagnóstico de anemia, el 55.8%(43) conocen que prueba confirma la anemia, mientras que el 44.2% no conocen.

Tabla 10
Valores de Hemoglobina

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	66	85,7
conoce	11	14,3
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

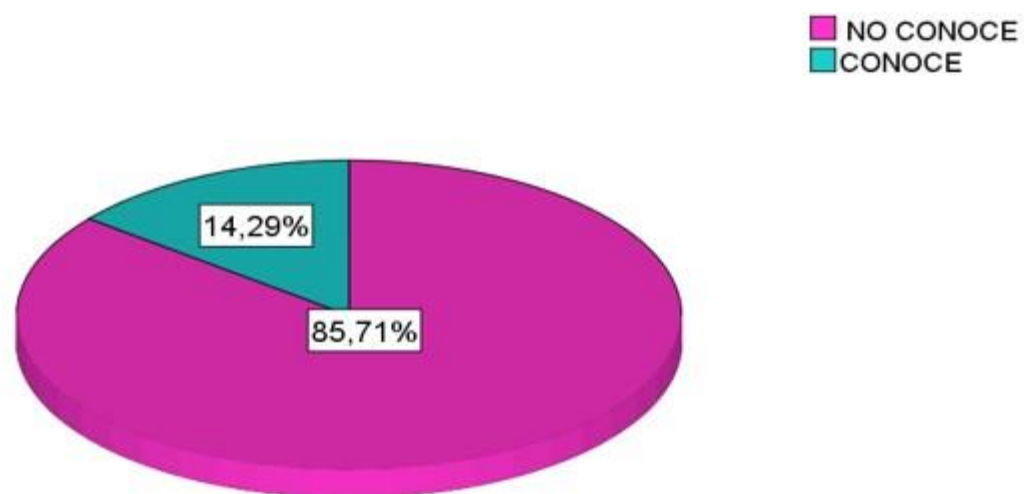


Gráfico10: Valores de Hemoglobina

En lo que se refiere al conocimiento sobre los valores normales de hemoglobina en niños, el 85.7%(66) no conocen los valores normales, mientras que el 14.29% sí conocen.

Tabla 11
Signos y síntomas

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	32	41,6
conoce	45	58,4
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

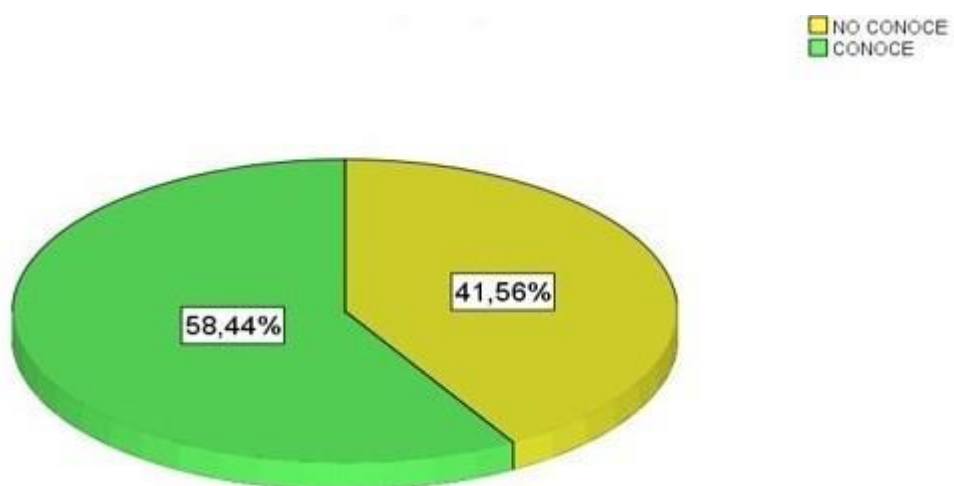


Gráfico 11: Signos y síntomas

En lo que se refiere al conocimiento sobre signos y síntomas, el 58.4%(45) conocen los signos y síntomas, en cambio el 41.6% no conocen.

Tabla 12

Piel

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	28	36,4
conoce	49	63,6
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

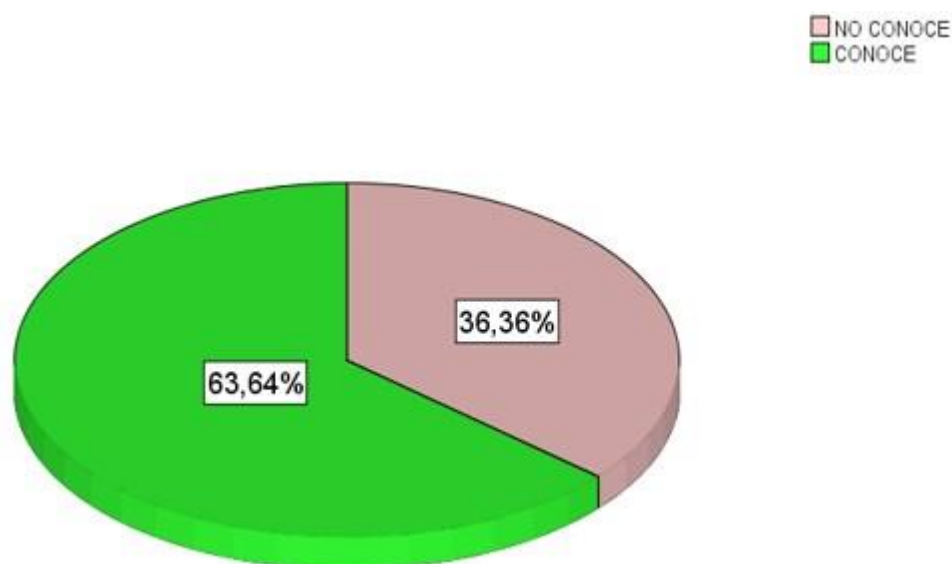


Gráfico 12: Piel

En lo que se refiere al conocimiento sobre las características de la piel, 63.6%(49) conocen, mientras que el 36.4% no conocen.

Tabla 13
Causas de la Anemia

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	33	42,9
conoce	44	57,1
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

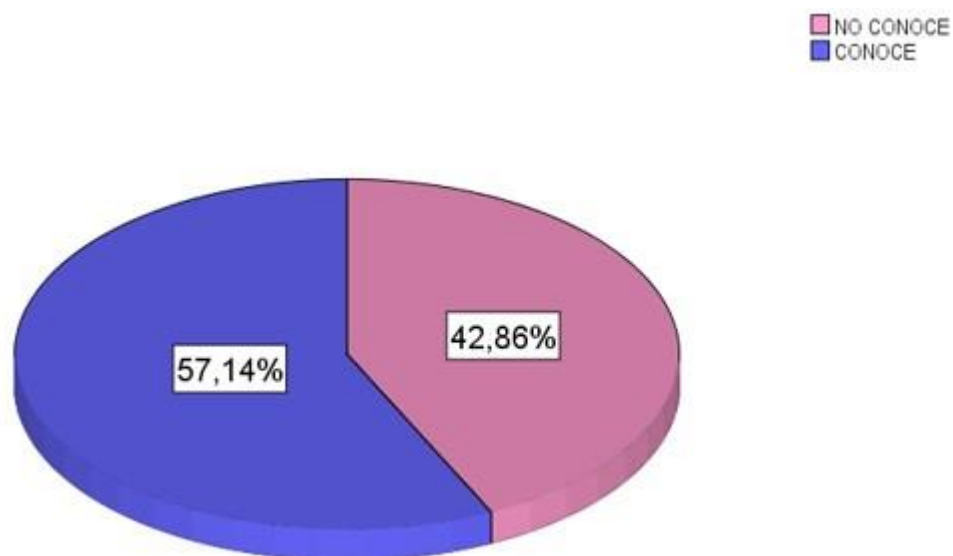


Gráfico 13: Causas de la Anemia

En lo que se refiere al conocimiento sobre causas de la anemia, el 57.1%(44) conocen, mientras que el 42.9% no conocen.

Tabla 14
Deficiencia de alimentos

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	27	35,1
conoce	50	64,9
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

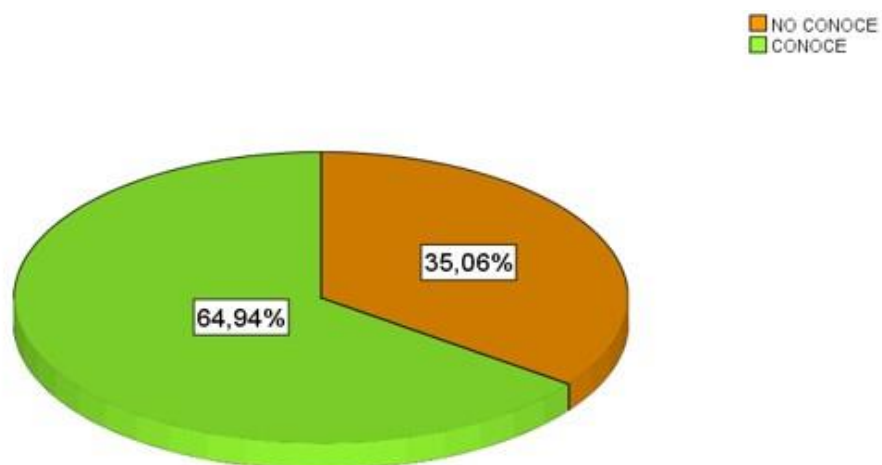


Gráfico 14: Deficiencia de alimentos

En lo que se refiere al conocimiento sobre la deficiencia de hierro, el 64.9%(50) conocen, mientras que el 35.1% no conocen.

Tabla 15
Prevención- Alimentos que contienen hierro

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	41	53,2
conoce	36	46,8

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

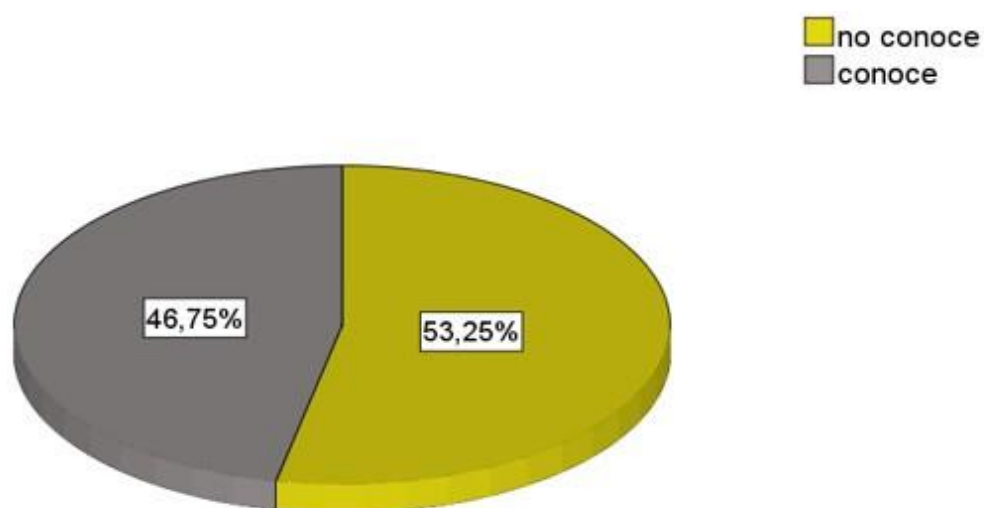


Gráfico 15: Prevención - Alimentos que contienen hierro

En lo que se refiere al conocimiento sobre alimentos que contienen hierro, el 53.2%(41) no conocen que alimentos contiene hierro mientras que el 46.8% sí conocen.

Tabla 16
Absorción del hierro

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	53	68,8
conoce	24	31,2
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

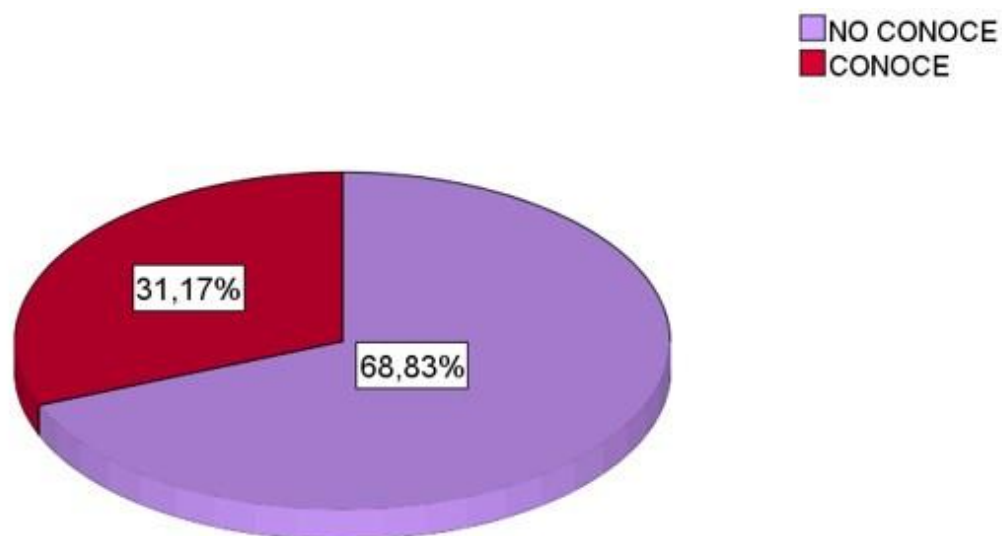


Gráfico 16: Absorción del Hierro

En lo que se refiere al conocimiento sobre la absorción del hierro, el 68.8% (53) expresan no conocer cómo se absorbe mejor el hierro, mientras que el 31.2% sí conocen.

Tabla 17
Consecuencias

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	37	48,1
conoce	40	51,9
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

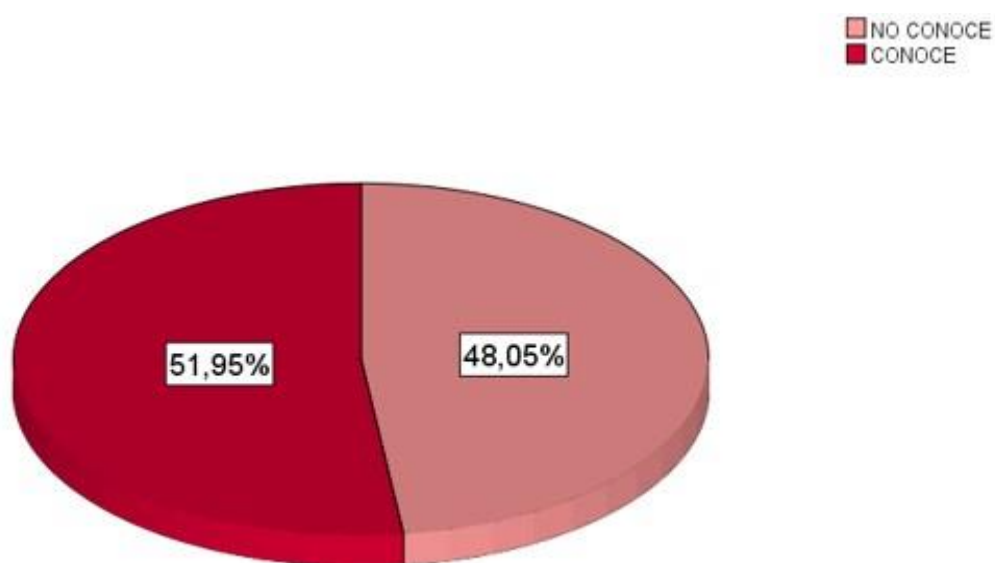


Gráfico 17: Consecuencias

En lo que se refiere al conocimiento sobre las consecuencias, el 51.9%(40) conocen las consecuencias de la anemia, mientras que el 48.1% no conocen.

Tabla 18
Afectación del desarrollo del niño

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	39	50,6
conoce	38	49,4
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

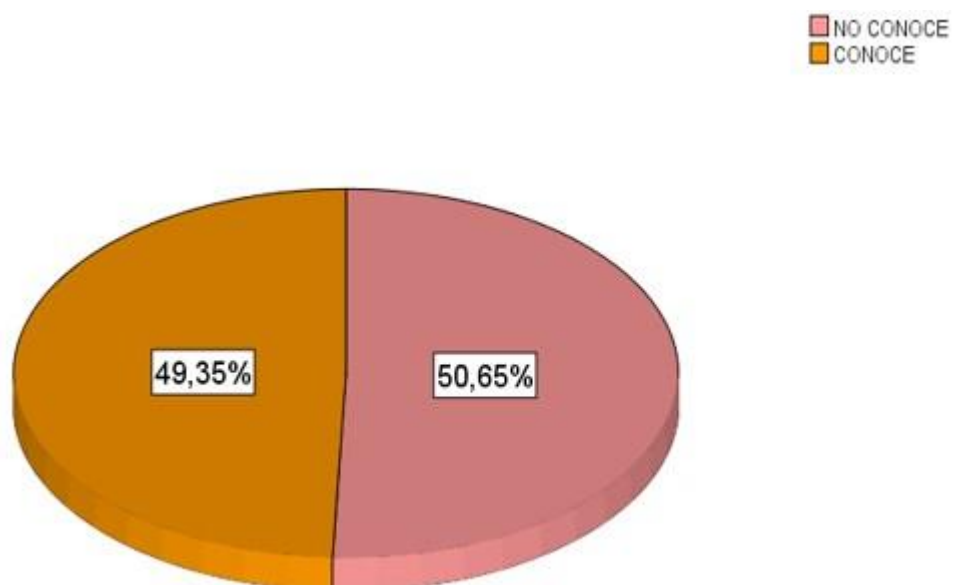


Gráfico 18: Afectación del desarrollo del niño

En lo que se refiere al conocimiento sobre afectación en el niño, el 50.6%(39) no conocen, mientras que el 49.4% sí conocen.

Tabla 19
Alimentación complementaria- comidas principales

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	49	63,6
conoce	28	36,4
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

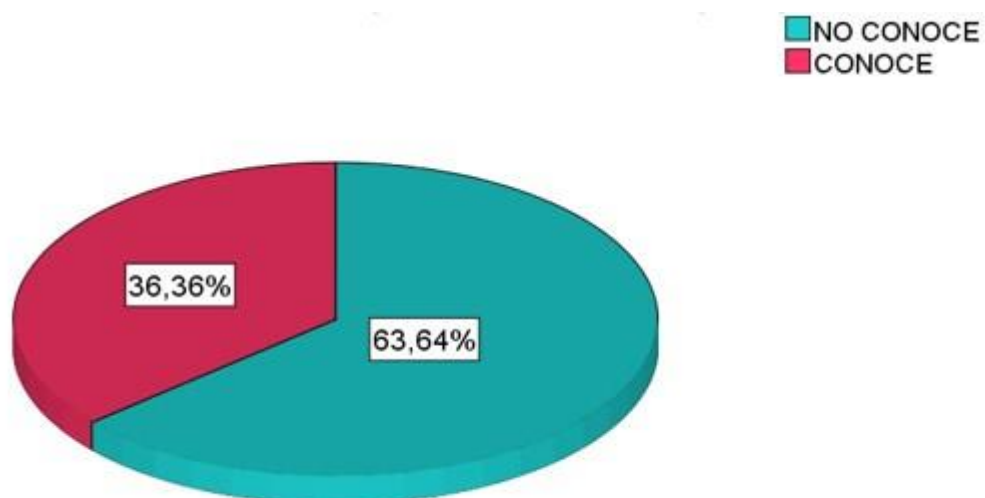


Gráfico 19: Alimentación Complementaria - Comidas principales

En lo que se refiere al conocimiento sobre alimentación complementaria, 63.6%(49) no conocen el tipo de alimentación, mientras que el 36.4% sí conocen.

Tabla 20
Tipo de alimentación

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	42	54,5
conoce	35	45,5
Total	77	100,0

Datos obtenidos a través de la encuesta (Fuente: Elaboración propia)

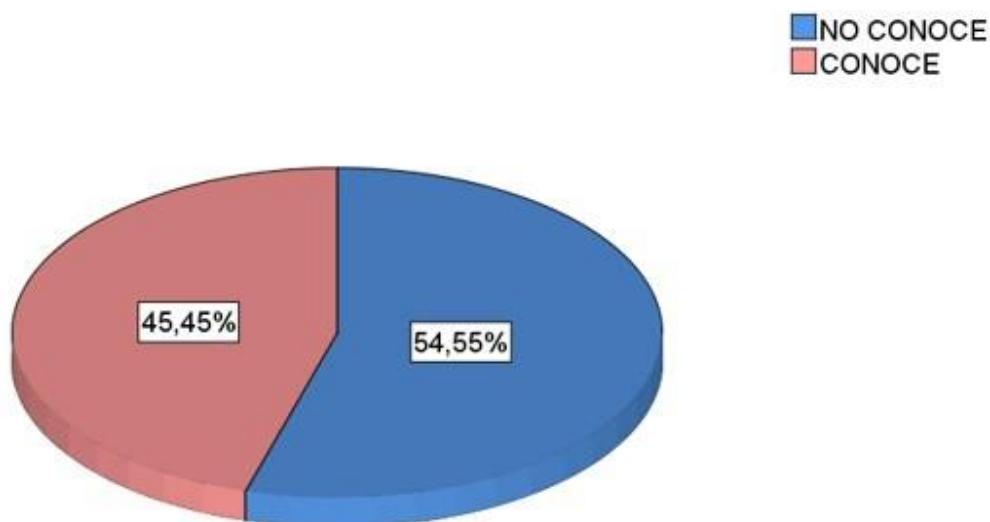


Gráfico 20: Tipo de alimentación

En lo que se refiere al conocimiento sobre prevención de anemia el 54.5% (42) no conocen las medidas preventivas, mientras que el 45.5% sí conocen.

Tabla 21
Tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
no conoce	52	67,5
conoce	25	32,5
Total	77	100,0

Datos obtenidos en el campo (Fuente: Elaboración propia)

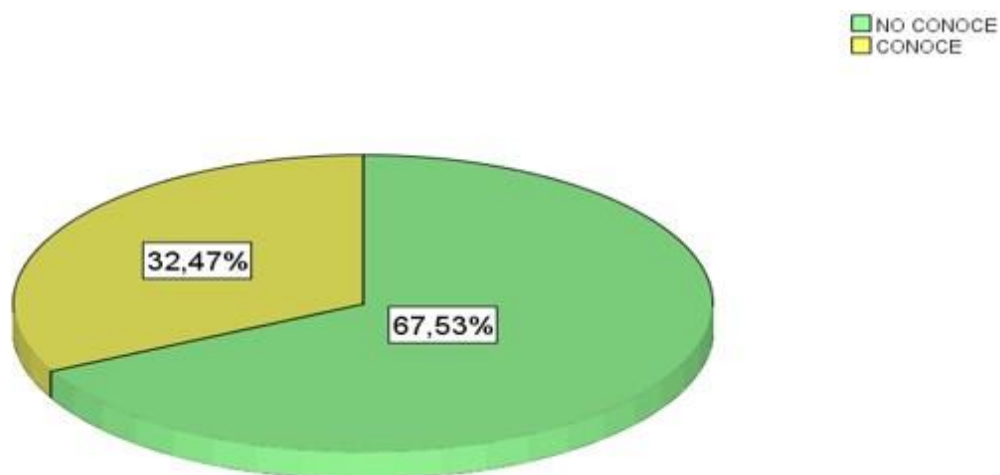


Gráfico 21: Tratamiento

En lo que se refiere al conocimiento sobre el tratamiento de anemia el 67.5%(52) no conocen cual es el tratamiento que se emplea para la anemia, mientras que el 32.5% sí conocen.

V) Discusión de resultados

La prevalencia de anemia y la cantidad de personas damnificadas según la OMS en el mundo es de 1620 millones de individuos, correspondiente al 24,8% de los habitantes. Siendo el mayor porcentaje en niños que se encuentran en etapa preescolar (49,1%), y el menor porcentaje en varones (16,9%). De la misma manera el Banco Mundial, refiere que hasta el año 2016 era 41.7% el porcentaje de niños que tienen hasta 4 años 11 meses 29 días los que padecían de anemia.

Al respecto, Collazo, Vicuña, Cornejo y Campoverde (2018). Sostienen que los resultados alcanzados en el estudio revelan que la presencia de anemia se da en mayor cantidad en edad preescolar y asimismo en lugares de campo donde habitan, concluyó que la prevalencia de anemia es una dificultad de salud a nivel público, que se encuentra influenciada por diversos factores.

Una cantidad relevante de la población mundial tiene carencias de minerales y vitaminas, sin embargo, aun sabiendo las consecuencias que conlleva, sólo últimamente se está comprobando las enormes las dimensiones y la afectación de las deficiencias de hierro en el desarrollo mental y físico, el estilo de vida y la tasa de morbi-mortalidad.

La anemia por carencia de hierro se presenta cuando no hay suficiente cantidad de hierro dentro del cuerpo. La sangre tiene menos glóbulos rojos, estos glóbulos rojos se encargan de transportar oxígeno y retiran el dióxido de carbono del cuerpo. Por ende, las disminuciones de hierro, se deben a la pérdida de sangre, inadecuada alimentación o insuficiencia de poder absorber adecuado hierro de los alimentos. Por ello cuando hay anemia aparece el aumento del sueño, falta de apetito, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, mareos, cefaleas, entre otros.

La anemia ferropénica perjudica de manera primordial a lactantes y niños preescolares, sin diferenciación de clase sociales, sin embargo, los individuos más pobres son los más perjudicados. Es por ello que el enfermero(a) que trabaja en el primer nivel de atención debe desarrollar diversos programas educativos dirigidos de esta manera a la ampliación de conocimientos de las mamás, con el propósito de poder precaver afecciones del ámbito nutricional.

Los principales signos y síntomas: la inapetencia, sueño aumentado, menor rendimiento físico, irritabilidad, piel y membranas pálidas, uñas quebradizas, etc., de igual manera se puede observar algunas alteraciones del comportamiento en lactantes y niños, caracterizados por fastidio y desinterés por el medio que les rodea.

La existencia de anemia por carencia de hierro, indica un agotamiento de reserva de hierro. La administración de forma adicional de hierro es primordial, por lo que el fin, no solo se trata de erradicar la anemia, se requiere incluso en suministrar provisión de hierro para de esta manera complacer demandas a futuro.

Es así que, Machado *et al* (2017) concluyó que se debe tener en cuenta que hay presencia de anemia (20%) en una población seleccionada teniendo recursos económicos apropiados, se debe de dar mayor importancia a la incorporación de carnes en la alimentación complementaria y así mismo un comienzo adecuado de la suplementación de hierro.

Paredes concluyó que los diversos factores como alimentarios, biológicos y culturales, son vinculados en la prevalencia de anemia que se da en menores de seis a veintitrés meses de edad. (Paredes, 2016).

Por los datos obtenidos del presente estudio, se puede demostrar que el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio de CRED del

Centro de Salud Magdalena, el más alto porcentaje conocen que la deficiencia de hierro produce anemia, asimismo que una de las características es presentar la piel pálida, y que se produce por la disminución de la hemoglobina, consecutivamente les sigue un alto porcentaje de mamás que desconocen cuál es el valor normal de hemoglobina en los niños, no tienen un adecuado conocimiento que con los jugos de cítricos como el de naranja y limonada facilitan la mayor absorción de hierro, además de ello que muchas de ellas no saben que el sulfato ferrosos es el tratamiento que se les da cuando el niño padece de anemia, entre otros. Esto puede traer repercusiones ya sea en su nivel de crecimiento y psicomotor, de esta manera los predispone a que puedan trascender a lo largo de su vida.

El tratamiento que no es farmacológico de la anemia radica en dar un soporte nutricional, ya sea a través de una rica dieta en hierro a través prácticas saludables de una adecuada alimentación del niño de 1-11 meses de edad. De esta manera se da mayor énfasis a las comidas que contienen y dan gran porción de hierro como: sangrecita, bazo, riñón, hígado, charqui, entre otros; de igual manera aumentar la continuidad de comidas adecuadas para su edad, y la ingesta de alimentos que proporcionen vitamina C, favoreciendo la absorción del hierro, y de igual manera es recomendable agregar a la dieta, alimentos que puedan proporcionar fibra como vegetales, frutas, etc.

Es importante saber que, para poder alcanzar un adecuado requerimiento nutricional es importante que el niño coma más veces durante el día, en este caso adicionando a su dieta se puede ofrecer alguna fruta y/o galleta nutritiva.

Es importante que la madre emplee alimentos según sea su economía, teniendo en consideración el aporte nutritivo que debe aportar y teniendo en cuenta en la preparación las adecuadas condiciones de higiene.

De esta manera a través de los datos obtenidos en esta investigación sobre los conocimientos de la madre sobre la anemia ferropénica, se puede concluir que gran porcentaje de las madres conocen que la deficiencia de alimentos ricos en hierro produce anemia, asimismo que una de las características es presentar la piel pálida, que la anemia se produce por la disminución de la hemoglobina, que uno de los signos y síntomas es tener mucho sueño, asimismo no tener apetito o no querer comer y presentar la piel pálida, que la causa es comer escasos alimentos ricos en hierro, que para poder confirmar el diagnóstico de anemia se hace a través de la prueba de hemoglobina, además que el hierro es un mineral necesario en la alimentación, y que una de las consecuencias a futuro de la anemia es el bajo nivel de rendimiento escolar; consecutivamente de una gran proporción de mamás que no conocen cual es el valor normal de hemoglobina en niños, no saben que el jugos de cítricos como el de naranja y limonada facilitan la mayor absorción de hierro, además de ello que muchas de ellas no saben que el sulfato ferroso es el tratamiento que se les da cuando el niño padece de anemia, además que no saben que al iniciar la alimentación complementaria deben darle cinco comidas principales, que después de los seis meses el tipo de alimentación es seguir dándole leche materna y alimentos ricos en hierro, que la sangrecita , hígado y carnes y menestras son alimentos que contiene gran cantidad de hierro y así mismo no sabe cómo afectaría en el desarrollo del niño. Teniendo en cuenta estas referencias y porcentajes de conocimiento de las mamás acerca de anemia por carencia de hierro, podemos deducir que si las madres no tienen un adecuado conocimiento puede conllevar a que el niño tenga anemia, esto llevaría a que tenga un retraso en el crecimiento y desarrollo e incluso puede ser susceptible a poder padecer otras enfermedades que pueden observarse en un retraso del desarrollo psicomotor.

VI) Conclusiones

Se determinó que de un total de 100%, el 37.66% de madres de niños de 1-11 meses, conocen sobre anemia ferropénica, mientras que un 62.34% no conocen.

El conocimiento que tiene las madres que asisten al control de CRED sobre anemia por carencia de hierro en el Centro de Salud Magdalena está dado por los siguientes porcentajes, en cuanto sí conocen, tenemos el concepto (61%), el hierro como componente importante (53,2%), diagnóstico (55,8%), causas (57,1%), déficit de hierro conlleva a padecer la anemia (64,9%), signos y síntomas (58,4%), características en torno a la piel (63,6%), y consecuencias de la anemia -rendimiento escolar (51,9%). Mientras que, por otro lado, desconocen los valores normales de hemoglobina en el niño (85,7%), alimentos que contienen hierro (53,2%), absorción del hierro (68,8%), prevención (54,5%), alimentación complementaria (63,6%), el tratamiento (67,5%) y consecuencias de la anemia -afectación (50,6%).

VII) Recomendaciones

Teniendo como referencia el conocimiento que tienen las madres sobre anemia ferropénica, se deduce que hay mayor desconocimiento sobre este tema. Es necesario que se apliquen diversas medidas para poder afianzar el conocimiento de las madres, por ello enfermería debe fortalecer diversas actividades instructivas sobre este tema, llevando a cabo sesiones educativas que ayuden y complementen el conocimiento de las madres, y así de esta manera se puede lograr que adquiera una información adecuada, que les permita tener un conocimiento apropiado sobre la aparición de anemia por carencia de hierro, y así mismo poder contribuir a bajar la tasa de anemia ferropénica .

Hay un gran porcentaje de madres que aún carecen de conocimiento sobre anemia ferropénica en cuanto a información sobre valores normales de hemoglobina, en alimentos que contienen hierro, absorción, prevención, entre otros. Por ello es necesario afianzar este tema, y más sobre los ítems donde han tenido menor porcentaje de conocimiento para así saber qué es lo que hay que afianzar más en ellas, así mismo fomentar actividades promocionales participativas en donde la madre pueda aportar los conocimientos adquiridos por enfermería, ello conllevaría a disminuir el desconocimiento y poder contribuir a mejorar la nutrición que les brinda a sus menores hijos.

VIII) Referencias

- Cari, Y. y Quispe, Y. (2017). *Conocimientos y prácticas sobre la anemia ferropénica en madres con niños de 6 a 24 meses de edad del Puesto de Salud Escuri, Juliaca – 2017* (tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Juliaca, Perú.
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A. y Ostiguín, R. (2011). Modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 16-23. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Banco Mundial. (2014). *Prevalencia de anemia en la infancia (% de menores de 5 años)*. Washington D.C., EU: Portada del Banco Mundial. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS>
- Bastos, M. (2009). Anemia ferropénica. Tratamiento. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(1), 70. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n1/paciente.pdf>
- Camavilca, J. (2018). *Nivel de Conocimiento de las Madres sobre la Anemia Ferropénica y los Alimentos Fuentes de Hierro Utilizados en niños de 6-35 meses, Lima 2017* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Cano, D. (2016). *Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 5 años con anemia que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi. Arequipa 2016* (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Centeno, E. (2014). *Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados a anemia ferropénica en niños de 6 meses en cuatro establecimientos de salud de la red SJM-VMT 2013* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3744/Centeno_se.pdf?sequence=1

- Christensen, L., Sguassero, Y. y Cuesta, C. (2013). Anemia y adherencia a la suplementación oral con hierro en una muestra de niños usuarios de la red de salud pública de Rosario, Santa Fe. *Archivos argentinos de Pediatría*, 111(4), 288-294. doi: 10.5546/aap.2013.xx
- Colegio Médico del Perú. (2018). La Anemia en el Perú ¿qué hacer? (Reporte de Políticas de Salud N°1). Lima, Perú: Colegio Médico del Perú. Recuperado de cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Reporte-Anemia-Peru-CRIII.pdf
- Delgado, L., Romero, E. y Rojas, M. (27 de septiembre de 2011.). La anemia y sus pruebas de laboratorio: Libroslaboratorio.com. Recuperado de <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/09/la-anemia-y-sus-pruebas-de-laboratorio-pdf.pdf>
- El Tiempo. (06 de diciembre de 2012). *Niños con anemia en A. Latina llegan a 22,5 millones*. Bogotá, Colombia: El Tiempo. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12430128>
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología Pontificia Universidad Católica del Perú [PUCP]*, 6(1-2), 103-111. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>
- Falivene, M. Fattore, G. (2016). Abordaje multidimensional de la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de dos años de edad del Noreste Argentino. Años 2004-2005. *Archivos argentinos de Pediatría*, 114 (1), 14-22. doi: 10.5546/aap.2016.14
- Gonzales, E., Huamán-Espino, L., Gutiérrez, C., Aparco, J. y Pillaca, J. (2015). Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y

- Ucayali en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 431-439. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a04v32n3.pdf>
- Huayaney, D. (2013). *Conocimiento de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo – 2013* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Machado, K., Alcarraz, G., Morinico, E., Briozzo, T. y Gutiérrez, S. (2017). Anemia ferropénica en niños menores de un año usuarios de CASMU-IAMPP: prevalencia y factores asociados. *Revista de Pediatría del Uruguay*, 88(5), 254-260. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v88n5/1688-1249-adp-88-05-00254.pdf>
- Márquez, J. (2007). *Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. (2017). Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Lima, Perú: el ministerio. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Lima, Perú: el ministerio. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
- Ministerio de Salud. (s.f.). Pautas básicas para la consejería en alimentación Infantil. Lima, Perú: el ministerio. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/71_pautasbas.pdf
- National Heart, Lung and Blood institute. (2018). *Anemia por deficiencia de hierro*. Washington D.C., EU: National Heart, Lung and Blood. Recuperado de National <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/anemia-por-deficiencia-de-hierro>

- National Institutes of Health. (5 de Febrero de 2016). *Hierro*. Washington D.C., EU.: National Institutes of Health. Recuperado de <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Iron-DatosEnEspanol/>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
- Oviedo, H. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf>
- Pajuelo, J., Miranda, M. y Zamora, R. (2015). Prevalencia de deficiencia de vitamina a y anemia en niños menores de cinco años de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 245-251. Recuperado de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1614/1796>
- Paredes, D. (2016). Factores relacionados a la anemia en niños de 6 a 23 meses de edad, atendidos en el puesto de salud intiorko, Tacna año 2014. *Revista Médica Basadrina*, 10(1), 4-10. Recuperado de <http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/649/579>

- Picos, S., Santiesteban, B., Cortés, M., Morales, A. y Acosta, M. (2015). Factores de riesgo en la aparición de anemia. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(4), 404-412. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2015/cup154c.pdf>
- Zavaleta, N. y Astete-Robilliard, L. (2017). Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4), 716-722. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.3251
- Román, C., Pardo, M., Cornejo, J., Andrade, D. (2018). Prevalencia de anemia en niños del proyecto EquiDar de la región de Azuay- Ecuador. *Revista Cubana de Pediatría*, 90(4). Recuperado de <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/706/223>
- Moraleda, J. (2017). *Pregrado de Hematología*. Madrid, España: Luzán 5. Recuperado de http://www.hematoncologia.com/archivos/Libro_Hematologia_Pregrado.pdf
- Torres, E., Dandicourt, C. y Rodríguez, A. (2005). Funciones de Enfermería en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21 (3-4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Velásquez-Hurtado, J., Rodríguez, Y., Gonzáles, M., Astete-Robilliard, L., Loyola-Romaní, J., Vigo, W. y Rosas-Aguirre, A. (2016). Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica*, 36 (2), 220-229. doi: 10.7705/biomedica.v36i2.2896

IX) Anexos

ANEXO A

Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Variable	Metodología	Instrumentos de colecta de datos
<p>¿Cuál es el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio CRED del Centro de Salud Magdalena, 2018?</p>	<p>-Objetivo general: Determinar el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio CRED en el Centro de Salud Magdalena, año 2018.</p> <p>-Específicos:</p> <p>Estimar porcentualmente el conocimiento de las madres en relación a las dimensiones de concepto, diagnóstico, signos-síntomas, causas, prevención, consecuencias, importancia de una adecuada alimentación complementaria, tratamiento.</p>	<p>Conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Descriptivo de corte transversal y abordaje cuantitativo.</p> <p>Ámbito Temporal y Espacial</p> <p>Estudio a realizarse durante los meses de setiembre y octubre del 2018 en el Centro de Salud Magdalena</p>	<p>La técnica:</p> <p>Para recolectar los datos será la encuesta.</p> <p>El instrumento:</p> <p>Una encuesta titulada: “Conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1- 11 meses que acuden al consultorio CRED.Centro de Salud Magdalena, 2018”.</p>

ANEXO B

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1-11 meses	Contestación manifestada por las madres sobre información que poseen sobre la anemia ferropénica.	<p>Concepto</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Signos y síntomas</p> <p>Causas</p> <p>Prevención</p> <p>Consecuencias</p> <p>Importancia de una adecuada alimentación complementaria</p> <p>Tratamiento</p>	<p>Definición Hierro</p> <p>Prueba diagnóstica Valores de anemia</p> <p>Características físicas y personales</p> <p>Alimentarias</p> <p>Alimentos que contengan hierro Absorción del hierro</p> <p>Afectación</p> <p>Cantidad de comidas Tipo de alimentación</p> <p>Medicación</p>	Cuantitativa

VALOR QUE ADOPTA LA VARIABLE	CRITERIO
CONOCE NO CONOCE	Las respuestas se asignan la siguiente puntuación. 1= respuesta correcta 0=respuesta incorrecta

ANEXO C

Determinación de la muestra

Muestreo probabilístico de proporciones para población finita.

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{z^2 \times N \times pq}{N-1 (d^2) + z^2 (pq)}$$

$$N-1 (d^2) + z^2 (pq)$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

Z: Nivel de confianza elegido (95% = 1,96)

N: Población (222)

p: Probabilidad de éxito, o casos satisfechos 50% (0.5)

q: Probabilidad de fracaso, o casos insatisfechos 50% (0.5)

d²: Margen de error permisible establecido por el investigador 10% = 0.1

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (388) \times (0.5) (0.5)}{387(0.1)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{(1.96)^2 \times 388 \times 0.25}{387(0.1)^2 + (1.96)^2 (0.25)} = \frac{3.84 \times 388 \times 0.25}{3.87+0.96}$$

$$\frac{372.48}{4.83} = 77.12 = 77$$

$$4.83$$

ANEXO D

Validez y confiabilidad

Validez:

Tabla binomial según Juicio de Expertos

Criterios	Jueces								Suma	Pi	
	Ítem	1	2	3	4	5	6	7			8
Claridad	1	1	1	0	1	1	1	1	1	7	0.0313
Objetividad	2	1	0	1	1	0	1	1	1	6	0.1094
Actualidad	3	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0313
Organización	4	1	0	1	1	1	1	1	1	7	0.0313
Suficiencia	5	1	1	1	1	1	0	1	1	7	0.0313
Intencionalidad	6	1	1	1	1	1	0	1	1	7	0.0313
Consistencia	7	1	1	1	1	0	1	1	1	7	0.0313
Coherencia	8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.0039
Metodología	9	1	0	1	1	1	1	1	0	6	0.1094
										$\sum P_i$	0.4102
										$\sum P_i/n$	0.0456

$P < 0,05$ es significativo

$P = 0,0456$

Por lo tanto el instrumento es válido

SI =1

NO=0

Confiabilidad:

Prueba de Confiabilidad Kuder Richardson o KR-20

N°	Items																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1		14
2	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1		9
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0		2
4	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0		8
5	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0		4
6	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0		12
7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
8	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1		8
9	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0		6
10	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1		10
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
12	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0		7
13	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0		4
14	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0		6
15	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0		7
16	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1		8
17	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1		11
18	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0		4
19	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0		5
20	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		11
P	0.7	0.3	0.5	0.35	0.35	0.4	0.55	0.6	0.7	0.65	0.65	0.5	0.4	0.6	0.35	Vt	14.35789
q=(1-p)	0.3	0.7	0.5	0.65	0.65	0.6	0.45	0.4	0.3	0.35	0.35	0.5	0.6	0.4	0.65		
Pq	0.21	0.21	0.25	0.2275	0.2275	0.24	0.2475	0.24	0.21	0.2275	0.2275	0.25	0.24	0.24	0.2275		3.475000

$$KR20 = \frac{N}{N-1} * \frac{Vt - \sum pq}{Vt}$$

$$KR(20) = 0.812114$$

KR20 > 0.8

KR20 = 0.812114

Por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO E**MEDICION DE VARIABLE - CONOCIMIENTO**

Para establecer los intervalos se le aplica el Promedio Aritmético en la curva de Gauss

Promedio:
$$x = \sum \frac{x}{n}$$

VARIABLE CONOCIMIENTO

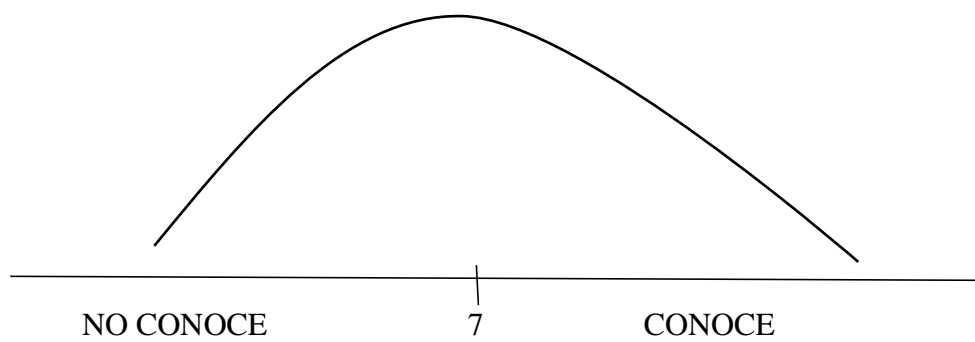
1. Se determinó el promedio (x)

$$x = 7$$

Puntaje:

Conoce: 8 a 15

No conoce: 0 a 7



ANEXO F

TABLA DE MATRIZ DE DATOS DE CONOCIMIENTOS

CONCEPTO	HEMOGLOBI	HIERRO	CANTIDAD	ABSORCIÓN	COMIDAS	CAUSAS	DEFICIENCIA	SÍNTOMA	PIEL	DIAGNÓSTIC	CONSECUEN	AFECTAR	COMPLEMEN	MEDICINA	TOTAL
1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	11
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	4
1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	6
1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	5
0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	7
1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	8
1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	8
1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	6
1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	7
0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	10
1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	7
1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	9
0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	8
0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	5
1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	9
1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	6
1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11
1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	6
0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	7
1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	8
1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	6
1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	8
1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	6
1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	9
1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	10
1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	7
0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4
0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6
0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	8
1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	8
0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4
1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	9
0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	10
1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	7
1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8
0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4
1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	4
1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	8
1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8
1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5
0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	7
1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	4
1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5
1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10
1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	8
0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	7
0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	6
1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	7
1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	6
1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	6
0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3
0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	9
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	4
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	6
0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3
0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	5
0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8
1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	6

ANEXO G

TABLA DE CÓDIGOS DE RESPUESTAS

ITEMS	RESPUESTA CORRECTA
1	A
2	C
3	D
4	D
5	B
6	D
7	C
8	B
9	C
10	B
11	C
12	C
13	D
14	B
15	B

ANEXO H

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN
MADRES DE NIÑOS DE 1-11 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO CRED. CENTRO
DE SALUD MAGDALENA, 2018

Investigadora: Monica Flores Ramos

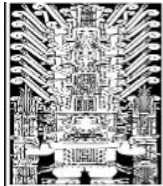
Yo (Nombres y Apellidos) con
DNI.....

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación aportando mi información a través de la encuesta que se me realizará, he sido informada en forma clara y detallada sobre el propósito y naturaleza del estudio asimismo indicar que mi participación es voluntaria; además, confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad.

Por lo tanto, acepto participar en la siguiente investigación.

Fecha y Hora:

Firma del participante:



CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE
1-11 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO CRED. CENTRO DE SALUD
MAGDALENA, 2018

PRESENTACION

Buenos días, mi nombre es Monica Flores estudiante de pregrado de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Federico Villarreal; en esta oportunidad quiero solicitar su valiosa colaboración en la presente investigación. Para lo cual solicito su colaboración sincera y veraz, para responder las siguientes preguntas, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES:

-Nombre de la madre:

1-Edad de la madre:

2-Edad del niño:

3-Grado de Instrucción:

a. Sin instrucción ()

b. Primaria incompleta () Primaria completa ()

c. Secundaria incompleta () Secundaria completa ()

d. Técnico incompleto () Técnico completo ()

e. Superior universitario incompleto () Superior universitario completo ()

4-Estado civil:

a. Soltera () b. Casada () c. Conviviente () d. Separada () e. Divorciada ()

5-Ocupación:

a. Ama de casa () b. Trabaja en casa () c. Trabaja fuera de casa () d. Otros....

6.- ¿Cuántos hijos tiene?

a. 1() b. 2() c. 3() d. 4() e. 5()

7-De qué departamento proviene:

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente cada pregunta y luego responda marcando con un aspa (X), la respuesta que considere usted correcta.

Concepto:

1. Según Usted ¿qué es la anemia?

a. La disminución de la hemoglobina.

b. Disminución del colesterol.

c. El aumento de la hemoglobina.

d. El aumento de la azúcar en el cuerpo

2. Ud. considera que el hierro es:

- a. Un nutriente presente en los alimentos
- b. Un suplemento necesario en la alimentación
- c. Una vitamina presente en los alimentos
- d. Un mineral necesario en la alimentación

Diagnóstico:

3. ¿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.
- d. Parasitosis

4. Un niño con anemia tendrá una hemoglobina de:

- a. Menor a 12g/dl
- b. Mayor a 12g/dl
- c. Menor a 11g/dl
- d. Mayor a 11g/dl

Signos y Síntomas:

5. Los signos y síntomas de un niño con anemia están dado por:

- a. Niño despierto, activo y con bastante energía.
- b. Crece y sube de peso.
- c. Piel pálida, no quiere comer y con mucho sueño.
- d. Niño irritable y juega todo el día.

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

- a. Rosada.
- b. Pálida
- c. Azulada
- d. Normal

Causas:

7. ¿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.
- d. Comer escasos alimentos ricos en vitaminas

8. La principal causa de la anemia es la deficiencia de alimentos ricos en:

- a. Vitamina C
- b. hierro.
- c. Calcio
- d. Zinc.

Prevención:

9. ¿Qué alimentos conoce Ud. que contenga gran cantidad de hierro?

- a. Leche, lentejas y verduras
- b. Betarraga, leche, huevos, y papas.
- c. Verduras, menestras y frutos secos
- d. Carnes, hígado, sangrecita y menestras.

10. ¿Cuáles son los alimentos que Ud. cree favorecen la absorción de hierro?

- a. Café, infusiones
- b. Jugo de naranja, limonada
- c. Chicha morada, agua
- d. Leche, yogurt, frugos

Consecuencias:

11. ¿Cuál cree Ud. que es una consecuencia de la anemia?

- a. El niño está en riesgo de sufrir problemas dérmicos.
- b. El niño está en riesgo de sufrir problemas de peso.
- c. El niño está en riesgo de sufrir alguna enfermedad.
- d. El niño está en riesgo de sufrir problemas de identidad.

12. ¿Cómo afectaría la anemia en el desarrollo del niño?

- a. El aumento de peso.
- b. La diarrea
- c. El dolor muscular.
- d. El bajo rendimiento escolar.

Importancia de una alimentación complementaria:

13. Al iniciar la alimentación complementaria ¿Cuántas comidas principales le da de comer a su niño?

- a. 1 sola vez.
- b. 2 veces.
- c. 3 veces.
- d. 5 veces.

14. ¿Qué alimentos daría Ud. a un niño después de los seis meses de edad?

- a. Sólo leche materna
- b. Leche materna y alimentos ricos en hierro
- c. Sopas y leche materna
- d. Papillas

Tratamiento

15. ¿Qué medicina se usa para el tratamiento de anemia?

- a. Panadol
- b. Sulfato ferroso
- c. Vitaminas.
- d. Fósforo

Muchas gracias por su colaboración