

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**  
**SEDE – CHOTA**



**TESIS**

**“CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA, EN MADRES DE  
NIÑOS DE 6 A 24 MESES. HOSPITAL JOSE SOTO CADENILLAS CHOTA-  
2014”.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA**

**AUTOR:**

**BACHILLER EN ENFERMERÍA: ROLDAN CAMPOS AURELIO**

**ASESORA:**

**M.Cs. MARÍA ELOÍSA TICLLA RAFAEL**

**COASESORA:**

**M.Cs. ROSA RICARDINA CHÁVEZ FARRO**

**CHOTA – PERU**

**JURADO EVALUADOR**

**PRESIDENTA: Dra. Martha Vicenta, ABANTO VILLAR**

**SECRETARIA: Dra. Carmen Yrene, YUPANQUI VÁSQUEZ**

**VOCAL: Lic. Enf. Delia Mercedes, SALCEDO VASQUEZ**

## DEDICATORIA

A DIOS, por darme salud, fortaleza, sabiduría, paciencia, perseverancia y terminar con éxito mi carrera profesional.

A mi madre Andrea Campos Vásquez, el tesoro máspreciado que tengo en esta vida y razón de mi existencia por su constante amor, perseverancia y enseñarme que por más difícil que se presente las cosas se pueden superar, por apoyarme económicamente y moralmente quien con su constante esfuerzo hizo posible la culminación de mis estudios de formación profesional.

A mis tíos Ana Verástegui y Ciro Torres, a mi hermano Ciro y a amigo Manuel, por su comprensión, paciencia, por el ánimo que me brindan día a día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales y por todos los buenos momentos que hemos pasado juntos.

**Aurelio.**

## **AGRADECIMIENTO**

A DIOS por ser mi principal guía en cada momento de mi existir, por darme la vida, la fuerza necesaria para salir adelante y lograr alcanzar esta meta.

A mi madre, a mi tía Ana Verástegui, porque con ellas compartí una infancia feliz, que guardo en el recuerdo.

A la M.Cs. Eloísa Tíclla Rafael por el tiempo que facilito para guiar y asesorar la elaboración de la presente tesis.

A los Docentes de la EAPE-Chota por su motivación constante y por brindarnos el conocimiento científico y humanístico, bases principales para nuestra formación profesional.

Al Director del Hospital José Soto Cadenillas -Chota por brindar el permiso y las facilidades para ejecutar la presente investigación.

A las madres por su participación voluntaria en brindarnos los datos necesarios para el desarrollo del presente estudio.

## **RESUMEN**

El presente estudio “Conocimiento sobre anemia ferropénica, en madres de niños de 6 a 24 meses Hospital José Soto Cadenillas Chota-2014” tuvo como objetivo describir y analizar el conocimiento sobre anemia ferropénica, en madres de niños de 6 a 24 meses, fue una investigación descriptiva de corte transversal. Se contó con una población de 80 madres que asistieron al control de crecimiento y desarrollo de sus niños. La técnica para la recolección de información fue la entrevista individual y el instrumento fue un cuestionario. Las conclusiones fueron: Las características socioeconómicas de las madres fueron: edad de 25 a 34 años (48,8 %), tienen un hijo (61,3 %), nivel educativo superior universitaria completa (23,8 %), religión católica (85 %), ama de casa (56,3 %), proceden de la zona urbana (61,3 %), estado civil conviviente (55 %), ingreso económico menos de 750 soles (81,3 %). En cuanto al conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica conocen el (76,3%) y no conocen (23,8%). Así mismo se encontró relación significativa entre conocimiento sobre anemia ferropénica y el nivel educativo de la madre ( $p < 0,006$ ), y con la ocupación  $< 0,014$ ).

**PALABRAS CLAVES:** Conocimiento, Anemia ferropénica, madre.

## **SUMMARY**

The study "Knowledge of iron deficiency anemia in mothers of children 6 to 24 months Hospital José Soto Cadenillas Chota-2014" aimed to describe and analyze the knowledge of iron deficiency anemia in mothers of children aged 6-24 months, it was a descriptive cross-sectional research. He had a population of 80 mothers who attended the control growth and development of their children. The technique for data collection was the individual interview and the instrument was a questionnaire. The conclusions were: The socioeconomic characteristics of mothers were age between 25-34 years (48.8%), have a son (61.3%), complete a university education (23.8%), Catholic (85%), housewife house (56.3%) come from urban areas (61.3%), common law marriage (55%), income less than 750 soles (81.3%). On knowledge of mothers on iron deficiency anemia know the (76.3%) and not known (23.8%). Also significant relationship between iron deficiency anemia knowledge and educational level of the mother ( $p < 0.006$ ) was found, and occupation ( $p < 0.014$ ).

**KEYWORDS:** Knowledge, iron deficiency anemia, mother.

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
SUMMARY	
INTRODUCCIÓN	
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
1. Definición y delimitación del problema	11
2. Formulación del problema	16
3. Justificación de la investigación	17
4. Objetivos:	19
A. Objetivo General	19
B. Objetivos Específicos	19
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>20</b>
1. Antecedentes del problema	20
2. Marco Conceptual	22
3. Variables de investigación	34
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>39</b>
1. Tipo, nivel y método de estudio	39
2. Área de estudio	39
3. Población	39
4. Unidad de análisis	40
5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
6. Procesamiento y análisis de datos	41
7. Consideraciones éticas	41

## **CAPÍTULO IV**

<b>RESULTADO: INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>63</b>



## INTRODUCCIÓN

Actualmente la población peruana presenta graves problemas de salud relacionados a la nutrición especialmente en la población menor de 5 años, siendo uno de ellos los altos niveles de prevalencia de la anemia ferropénica. En ésta población se observa que a nivel nacional el 47.3% presenta dicha enfermedad afectando a casi más de la mitad de la población.

La deficiencia de hierro en edad temprana tiene un efecto negativo sobre el desarrollo psicomotor, cognitivo y alteraciones psico-afectivas; siendo una de las causas principales el aumento del requerimiento de hierro, relacionado con la mayor velocidad de crecimiento o rápido crecimiento, ingesta de hierro, la cual frecuentemente no es satisfecha por la dieta, la insuficiente ingesta de hierro en la dieta por desconocimiento de su biodisponibilidad, conlleva a padecer esta deficiencia de tan importante multimicronutrientes, para el crecimiento y desarrollo a esta edad.

La anemia representa una expresión de la pobreza e inequidad social, por ello es necesario señalar que la falta de acceso económico, por sus creencias, hábitos nutricionales y el conocimiento con el que cuenta la madre, es esencial para proveer una dieta rica en hierro a su niño, es el eje importante para no exponer a edades tan tempranas a los efectos negativos en la salud de los niños y niñas.

Esta investigación tiene como objetivo describir y analizar el conocimiento sobre anemia ferropénica en las madres con niños de 6 a 24 meses, que acuden al consultorio de CRED, del Hospital "José Hernán Soto Cadenillas" Chota.

En la Provincia de Chota, son muy escasos los estudios acerca de la anemia ferropénica, tratando de superar este déficit se realizó la presente investigación en el área urbana de esta ciudad teniendo como sujetos de estudio a las madres con niños de 6 a 24 meses. De esta manera, se

pretende que el análisis de la información disponible permita generar información básica local así como recomendaciones que ayuden a la prevención, atención de este problema y faciliten una intervención pertinente y oportuna.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos: **Capítulo I:** en el cual se expone el problema que a su vez comprende: Definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación de la investigación, objetivos, **Capítulo II:** Antecedentes del problema, base conceptual, variables de investigación. **Capítulo III:** tipo, nivel y método de estudio, área de estudio, población, unidad de análisis, técnicas e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, rigor ético y científico. **Capítulo IV:** se presentan los resultados, conclusiones y recomendaciones que se llegó en el presente estudio.

## I. CAPÍTULO

### 1. EL PROBLEMA

#### 1.1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA INVESTIGACIÓN.

Para **Lathan M (2002)**. La deficiencia de hierro en la actualidad es la principal deficiencia de micronutrientes en el mundo. Afecta a millones de individuos durante todo el ciclo de vida en especial a lactantes y niños pequeños. Los organismos requieren hierro para que sus células funcionen normalmente. El hierro es necesario para desarrollo de tejidos vitales incluido el cerebro y para transportar y almacenar oxígeno en la hemoglobina y la mioglobina muscular.

La anemia ferropénica en la forma grave de carencia de hierro. Puede dar lugar a una baja resistencia a infecciones, limitaciones en el desarrollo psicomotor y la función cognitiva en los niños, en el futuro un bajo rendimiento académico, así como fatiga y una baja resistencia física.

Por su parte **Guanga Lara V E. (2011)**. La alimentación infantil exige mucho más que conocimientos de los alimentos provechosos para los niños, y de estos depende el desarrollo sano y fuerte, de un niño, incluso puede prevenir la anemia o tratarla, implica establecer buenos hábitos y rutinas, incluso tener horarios regulares y hacer de la comida algo divertida y placentera. Por eso el acto de incorporar sustancias nutritivas al organismo del niño, es influenciado por las necesidades nutricionales diferentes, durante los diversos periodos de crecimiento. Sin embargo la anemia ferropénica es consecuencia de una mala nutrición del niño, debido a que no conoce la madre sobre la nutrición de su niño a esta edad; que viene desde la gestación o etapa prenatal, a lo largo de los primeros seis meses de vida que es muy importante la lactancia materna exclusiva, un desequilibrio en estas etapas provoca la deficiencia de hierro en la etapa de 6 a 24 meses. Además los conocimientos de las madres sobre la anemia ferropénica incluye la ingesta de hierro en la dieta del niño, la cantidad suficiente para

que se absorba en el intestino del niño y sobre todo los alimentos o sustancias que pueden aumentar o inhibir su absorción.

**Cordero R, Sarmiento G.(2009)**, Es muy importante que la madre conozca sobre alimentación complementaria, para ir incorporando gradualmente los alimentos necesarios y adecuados para esta edad, mientras se sigue dando lactancia materna, acá también es importante la consistencia de los alimentos brindados, sólidos y semisólidos, que suministren energía adicional, proteínas, hierro, vitamina C y otros nutrientes para su crecimiento y desarrollo, además de proporcionarle alimentos de origen animal que contengan hierro también se debe incluir alimentos de origen vegetal, especialmente las hojas verdes comestibles, que además contienen caroteno y vitamina C. Todo esto necesita el niño ser proporcionado por la madre ya que a esta edad la lactancia materna es pobre en hierro y las reservas de hierro del niño solo alcanzan hasta los seis meses de edad.

Según **Ruiz G. 2002**), la causa de la anemia resulta de la combinación de múltiples factores etiológicos. Entre las causas inmediatas de esta carencia destacan la baja ingesta de alimentos fuentes de hierro, la pérdida de este micronutriente por infecciones parasitarias y una baja absorción de hierro por ausencia del factor que la potencializan (carne, ácido orgánico y otros) y/o presencia de inhibidores de su absorción (Calcio, te, café, etc.). La falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia. De este modo, la prueba de hemoglobina puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de los niños.

**La Organización Mundial de la Salud (OMS.2011)**, en el Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS), la anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar. Se cree que, en conjunto, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales, la

inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos. La concentración de hemoglobina por sí sola no puede utilizarse para diagnosticar la carencia de hierro (también llamada ferropenia). La prevalencia de la anemia es un indicador sanitario importante y, cuando se utiliza con otras determinaciones de la situación nutricional con respecto al hierro, la concentración de hemoglobina puede proporcionar información sobre la intensidad de la ferropenia.

Así mismo la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, estima que podrían salvarse en el mundo más de uno millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran a sus hijos con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La anemia a edades tan tempranas tiene efectos negativos en la capacidad intelectual, emocional y de salud de los niños y niñas, convirtiéndola en un grave problema de salud pública que es urgente atender para el desarrollo del país.

**Grandy G, Weisstaub G, López De Romaña. (2010).** A partir que se ha implementado alimentación por medio de fórmulas aumenta el riesgo de padecer anemia ferropénica y se debe a varias razones: Se agotan las reservas de hierro, la introducción de otra leche, de cereales sin el suplemento de hierro necesario e ingesta escasa o inadecuada de otros alimentos de origen animal.

**Aguirre E; Martínez A. (2013).** Indica que si se revisan los datos estadísticos sobre la anemia se puede evidenciar que es un problema común en muchos países en especial en los países en desarrollo como el Perú. En Nicaragua el 60% de los niños de 9 a 24 meses de edad presentaba deficiencia de hierro y 47% estaban anémicos. Además en una encuesta realizada por el MINSA encontró que las concentraciones de hemoglobina fue de 10.6 gr/dl, la tasa de anemia es alta con un 55% en el grupo de niños de 12 a 23 meses. Y en Managua la prevalencia total de anemias de 12 a 59 meses es de 28.5%.

**Donato H, Cedola A, Gutiérrez M, Parias N, Schwartzman G. (2009).** En investigaciones realizadas en Argentina, se muestra que la deficiencia de hierro (DH) con o sin anemia es uno de los trastornos nutricionales más frecuentes especialmente en los estratos sociales más bajos. La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el niño, especialmente en la edad preescolar, con una prevalencia mayor del 35% en menores de 24 meses. Su detección precoz, así como el tratamiento correcto y la profilaxis adecuada, constituye hoy una prioridad en dicho país. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en Argentina, presentaron anemia 16% de los menores de 5 años, 35% de los niños de 6-36 meses de edad y 20% de las mujeres en edad fértil.

En el Perú la **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES – INEI 2013)**, registró que el 34% de menores de cinco años padeció de anemia. De acuerdo al tipo de anemia, el 22.1% tuvo anemia leve el 11.6% anemia moderada y el 0.4% anemia severa. Según el ámbito geográfico, la anemia fue más frecuente entre niñas y niños del área rural (39.8%) y de la Sierra (40.7%). La Región Puno presentó la más alta proporción (65.8%), seguido de Pasco (49%), Madre de Dios (48.2%), Loreto (47.8%) y Cusco (46.7%). Los menores porcentajes se registraron en San Martín (22.4%), Moquegua (23.9%), Lambayeque (24.3%) y Lima (26.4%). Además el porcentaje de anemia infantil en niños menores de 5 años en el Perú se incrementó de 32,9% registrado en el 2012 a 34% en el 2013.

Para la región Cajamarca la **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES - INEI 2011)**, informó que en el departamento de Cajamarca, el 45% de niños entre los 6 a 36 meses de edad tiene anemia; además se muestra que los niños de 6 a 36 meses de edad recibieron sulfato ferroso, a nivel nacional fue un 17%, y en el departamento de Cajamarca fue un 26.4%.

Además **ENDES - INEI (2012)** registró un porcentaje de 43.92% de niños(as) de 6 a 36 meses de edad con anemia ferropénica, mientras que en el año

2013 esta cifra aumento en un 0.51% presentando entonces un porcentaje de 44.43% de niños(as) con anemia.

A nivel local en la DISA –Chota (2012, 2013, 2014), se registraron casos de anemia ferropenica en un total de 3,832 niños menores de 5 años. De los cuales 650 casos fueron en niños menores de 1 año. En el año 2013, se presentaron 3,896 casos de anemia en menores de 5 años de los cuales 641 son menores de 1 año. En el presente año 2014, hasta el mes de mayo se han registrado 1993 casos de anemia de menores de 5 años siendo 373 casos de niños menores de 1 año.

Es conocido que la madre es la principal responsable del cuidado del niño, y debe satisfacer las necesidades como es la alimentación niño, cumple un rol predominante en la prevención de la anemia, ya que de acuerdo a los conocimientos adquiridos en relación a la alimentación ya sea por creencias, costumbres, esto se ve reflejado en alimentación complementaria donde se observa que es característico que las madres brinden pocos alimentos con carnes, vísceras y una mayor cantidad de alimentos de origen vegetal, cuyo hierro es absorbido en forma limitada, por estar condicionada a interacciones con sustancias inhibidoras o facilitadoras de su absorción, ya que la aparición de deficiencia de hierro puede ser el resultado de un solo factor o de la combinación de varios.

Durante las prácticas clínicas realizadas en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital José Soto Cadenillas, en el primer trimestre del año 2014 se identificaron 4 casos, uno de ellos es un niño menor que presenta anemia ferropenica. Al interactuar con la enfermera responsable, manifestó el desconocimiento que tienen las madres sobre el problema de la anemia, los inadecuados alimentos que brindan a pesar que se les brinda consejería en alimentación complementaria y se les explica la importancia de un dieta balanceada, sumado a eso la indiferencia al examen de hemoglobina que se recomienda a los niños a partir de los 6 meses de edad, al preguntar a las madres si conocen sobre la anemia ellas responden “Mi hijo está gordito no tiene anemia”, “Mi hijo mama leche para que no le de

anemia”, “Yo a mi hijito de doy sopita de hígado, caldo de pescado para que no tenga anemia”.

Todo lo descrito anteriormente ha servido para la elaboración del presente trabajo de investigación, el cual beneficiará a la población de 6 a 24 meses de edad.

El conocimiento sobre anemia ferropénica en las madres de Chota, puede depender de diversos factores, entre ellos la zona de procedencia, las madres de la zona urbana pueden tener mayor conocimiento sobre el tema por el mismo hecho de tener mayor contacto con el personal de salud, situación a veces difícil cuando la mujer vive en la zona rural. Otro factor importante son las características sociales, económicas e incluso culturales de la madre y la familia, creencias erróneas acerca de la alimentación del niño o poco acceso económico a alimentos adecuado y ricos en hierro o incluso un bajo grado de instrucción que limita el entendimiento y la valoración de la salud del niño. Todos estos factores pueden provocar anemia en los niños.

Como investigador se debe dar a conocer sobre el conocimiento de la madre en anemia ferropénica, ya que al ser un problema tan amplio, es necesario iniciar de alguna manera con su estudio, el conocimiento de la mujer depende de hábitos y costumbres, grado de instrucción, incluso influyen en el los medios de comunicación o la información que brinda el personal de salud.

Teniendo en cuenta la relevancia del tema y la situación problemática revisada se propone el siguiente cuestionamiento:

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses, que acuden al consultorio de CRED, del hospital “José Hernán Soto Cadenillas” Chota, 2014?



### **1.3 JUSTIFICACIÓN.**

Esta investigación tiene como finalidad identificar el conocimiento de las madres sobre la anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad, debido a que en la actualidad la anemia por deficiencia de hierro es uno de los principales problemas nutricionales del país.

La anemia ferropénica constituye un problema de gran magnitud a nivel mundial, datos estadísticos confirman que 6 de cada 10 niños menores de tres años de edad presentan anemia, por lo que se le considera una, de entre las diez principales causas de muerte y enfermedad en la especie humana y constituye el problema nutricional más grave en el mundo.

Los conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses edad, son importantes porque ellas son las encargadas de la alimentación del niño, además son importantes para resolver el problema de la alimentación deficiente en hierro, ya que los hábitos y costumbres de las madres que son las cuidadoras de los niños a esta edad, son fundamentales para unas adecuadas practicas alimentarias que son importante para la prevención y el tratamiento de la anemia ferropenica infantil. Por eso la madre como principal responsable del cuidado y nutrición del niño debe conocer los diferentes tipos de alimentos que pueden ayudar o prevenir la anemia y a la vez ponerlos en práctica a la hora de preparar los alimentos.

Es importante para los profesionales de enfermería cuyas actividades ejecutan en la estrategia sanitaria nacional de crecimiento y desarrollo, quienes son las responsables de educar, impartir, conocimientos que logren motivar cambios en las madres, en su conducta frente a la nutrición, anemia ferropénica, por lo consiguiente los resultados serán de conocimiento real de este problema que ellas tengan.

El desarrollo del presente estudio de investigación pretende ser una fuente de información, porque permitirá identificar el conocimiento real que presentan las madres para la prevención de la anemia y así los profesionales de salud del Hospital José H. Soto Cadenillas – Chota;

especialmente para el profesional de enfermería quien gracias a los resultados obtenidos en el presente estudio sabrá como encaminar sus actividades preventivo promocionales; implementando nuevas estrategias que le permitan obtener mejores resultados de manera oportuna evitando consecuencias en el niño y adolescente. De esta manera los resultados de la presente investigación; el conocimiento validado científicamente de la situación actual permitirá fortalecer la estrategia sanitaria nacional CRED y PREDEMI y por consiguiente se lograra disminuir la prevalencia de la anemia ferropénica.

## **1.4 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Describir y analizar el conocimiento sobre anemia ferropénica en las madres con niños de 6 a 24 meses, que acuden al consultorio de CRED, del Hospital "José Hernán Soto Cadenillas" Chota, 2014.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Identificar las características socioeconómicas de las madres con niños de 6 a 24 meses, que acuden al consultorio de CRED, del Hospital "José Hernán Soto Cadenillas" Chota, 2014.
- Determinar el conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres con niños de 6 a 24 meses, que acuden al consultorio de CRED, del Hospital "José Hernán Soto Cadenillas" Chota, 2014.
- Establecer el conocimiento sobre anemia ferropénica según las características sociodemográficas de las madres con niños de 6 a 24 meses.

## II. CAPÍTULO

### 2. MARCO TEORICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Sobre el problema a investigar, existen trabajos de investigación y estudios relacionados en América Latina y Perú.

**Unigarro, A. (2010)**, en el Ecuador en el 2010 realizó el trabajo de investigación: "Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico San Gabriel provincia del Carchi. Las conclusiones fueron que la mayoría de madres de familia conocen acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños pero en forma general, mas no a profundidad, debido a que se encontró que un gran porcentaje presenta anemia leve, del cual el sexo femenino conforma la mayor parte.

**Solano L, Landaeta M, Portillo Z, Fajardo Z. (2012)**, en España realizó un estudio llamado "Educación nutricional dirigida a madres de niños lactantes y preescolares con anemia, Valencia, 2011". Se exploró los conocimientos de las madres sobre la fuente de hierro alimentario, facilitadores e inhibidores de la absorción. Se realizó un test que evaluó percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias antes y después de la intervención. En general, el conocimiento fue precario: 14% identificó alimentos que contienen hierro, 18% asoció el uso de hierro en el tratamiento de la anemia, 19% dieron suplemento de hierro a su hijo y el 75% alguna vez recibió información sobre la pastilla o el jarabé con hierro. Luego de la intervención, el grupo presentó un nivel de conocimiento adecuado.

**Márquez León. (2008)**, realizó la investigación: "Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas – 2007. Las conclusiones

fueron: El 70 (62.5%) de madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre la anemia ferropénica, el (68.75%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a esta enfermedad debido a la desinformación para prevenirla. El (66.07%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y a tratamiento de la anemia, lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño. El (84.82%) (Suma del conocimiento medio y bajo) de madres, tienen conocimiento medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas, sobre todo al daño en el sistema nervioso.

**Huachaca B. (2009)**, realizó una investigación titulada: "Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja - Lima 2008. Se concluye que: el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre la prevención de anemia ferropénica fue de un nivel medio predominantemente antes de la aplicación de las sesiones demostrativas; después de la aplicación de la misma, se observa una modificación significativa y la mayoría de las madres presentan un conocimiento alto; esto demuestra que las sesiones demostrativas facilitan el aprendizaje y permite incrementar los conocimientos para la prevención de anemia ferropénica.

**Céspedes S. (2010)**, en su estudio de investigación titulado: "Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurín - 2010". Fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Concluyo que el nivel de conocimientos de las madres de niños de 6-24 meses, mayoritariamente es de nivel medio con tendencia al nivel alto, lo cual constituye un factor favorable porque significa que las madres cuentan con

los conocimientos elementales, lo que a su vez evitaría que el niño tenga mayor riesgo de presentar la enfermedad, con las graves consecuencias que traería para su crecimiento y desarrollo.

**El Ministerio de Salud (2014)**, ha emitido una Directiva Sanitaria que establece la suplementación con Multimicronutrientes y Hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses, con la finalidad de contribuir a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad; y a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprano de este grupo poblacional.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL.**

### **2.2.1 EL CONOCIMIENTO:**

**Bunge M. (1960)**. Define al conocimiento como: “un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos”. El conocimiento puede ser clasificado en: conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural; y el conocimiento científico, que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia”. Bunge exige que este tipo de conocimiento sea racional, sistemático, exacto, verificable y fiable.

#### **A) GENERALIDADES SOBRE EL CONOCIMIENTO.**

El problema del conocimiento ha sido históricamente un problema tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular e descansa la ciencia y la tecnología de cada tipo de sociedad, su acertada comprensión depende de la concepción del mundo que tenga. Cabe resaltar que el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto.

El conocimiento hace que las familias identifiquen tempranamente las enfermedades de sus hijos y tomen mayor interés en tomar medidas al respecto, actuarán entonces con más precisión en la prevención de las enfermedades. La carencia de conocimientos y de información determina un comportamiento guiado por erróneas valorizaciones con respecto a la salud.

**Villalpando J. (2000).** Sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendiéndose que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón.

**Rosental M, Ludin P. (1994).** "El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.

**Salazar Bondy A. (1988).** Desde el punto de vista filosófico, Salazar lo define como el acto y contenido, dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.

**Kant. (2003 – 2011).** En su teoría de conocimiento refiere que se está determinando por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimiento, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia. De lo expuesto se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de la educación formal, e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales.

## **B) TIPOS DE CONOCIMIENTO:**

**Conocimiento Vulgar:** Los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática del conocimiento permite pasar del saber vulgar al científico.

**Conocimiento Científico:** se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, y hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales Claramente definidos, precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos más huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios.

**Conocimiento Filosófico:**

**León O, Montero I. (2003).** Esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad; pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia; ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a la cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida.

## **C) FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO**

Para **RODRIGUEZ, F. (1998)**, las actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto



unido a la importancia que se le da a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- **Lo informal**: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- **Lo formal**: Es aquello que se imparte en las instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Existen diversas fuentes del conocimiento como la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no solo percibe los objetos y fenómenos del mundo sino influye activamente sobre ellos transformándolas.

#### **D) PROCESO DEL CONOCIMIENTO**

El proceso del conocimiento inicia al entrar en contacto los órganos de los sentidos con el mundo exterior, esto quiere decir que desde el momento en que nos relacionamos y percibimos nuestro entorno iniciamos el conocimiento y descubrimiento del mismo. El siguiente es el conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico - espontáneo, se obtiene a través de la práctica que el hombre realiza diariamente.

Cada que el hombre se levanta comienza su etapa del conocimiento cotidiano, con las diferentes experiencias y vivencias diarias que sufre, en un proceso de prueba y error. El conocimiento científico es adquirido en una actividad conjunta de los órganos sensoriales y del pensamiento, apoyándose en la reflexión teórica y guiada por principios y reglas, lo cual implica conocer las causas por las cuales éstos surgen, se desarrollan y modifican, estos son los conocimientos de la naturaleza y sociedad.

La ciencia tiene el propósito de poder explicar y predecir los fenómenos naturales y sociales, con el único fin de dominarlos y transformarlos para poder aplicarlos en su beneficio. Al paso de la ciencia, esta se hace cada

vez más fuerte y tiene la necesidad de conocer e investigar el universo y no quedarse únicamente con el medio que nos rodea.

### **2.2.2 ANEMIA FERROPENICA.**

Según la **OMS** (2010) Anemia es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre. Según la OMS más de dos mil millones de personas en el mundo padecen de anemia por falta de hierro. Es importante además mencionar que la anemia está ubicada entre las diez principales causas de muerte y enfermedad.

#### **Tipo de anemia según el rango de hemoglobina:**

Valores normales de la concentración de hemoglobina en niños de 6-59 meses de edad y clasificación de la anemia por niveles de hemoglobina (hasta 1000 msnm).

Población: niños de 6-59 meses (normal de 11-14g/dL).

Anemia por niveles de hemoglobina (g/dL), leve de 10 a 10,9 g/dL, moderada 7 a 9,9g/dL y severa menor de 8 g/dL.

**Cordero R, Sarmiento G, Selva C. (2009).** La anemia se refiere a una masa eritrocitaria, cantidad de hemoglobina y/o volumen de hematíes menor del normal. Clínicamente esto se describe como un hematocrito (% de hematíes de un volumen de sangre entera) o hemoglobina (concentración medida directamente) menor de dos desviaciones estándar por debajo de la media para la edad. Para los niños entre 6 meses y dos años esto representa una concentración de hemoglobina < 11 g/dl o un hematocrito < 33%.

El hierro cumple una importante función como transportador de oxígeno de los pulmones a los tejidos a través de la hemoglobina de los glóbulos rojos, como transportador de electrones en la membrana intracelular, como parte integrante del sistema enzimático en diversos tejidos. Aunque la mayoría del hierro del organismo se conserva y reutiliza, algo se pierde a través del tracto gastrointestinal.

Durante el primer año de vida, los lactantes sanos a término necesitan absorber aproximadamente 0,8 mg de hierro de la dieta al día (0,6 mg para

el crecimiento, 0,2 mg para reemplazar las pérdidas). Al final del segundo año de vida, el ritmo de crecimiento comienza a decrecer y la dieta habitual incluye suficiente cantidad de alimentos ricos en hierro para cubrir las demandas.

**Rosell M, Juan M, Rafecas F. (2002).** Según estos autores concluyen que la anemia es un trastorno caracterizado por una reducción del número de eritrocitos por unidad de volumen de sangre o una reducción de la hemoglobina sanguínea por debajo del valor fisiológico habitual. Debemos tener siempre presente que la anemia es un hecho clínico (signo) y no una entidad diagnóstica (enfermedad), por lo que siempre debemos buscar y tratar el hecho causal.

**Greenberg M. (2006),** refiere que la anemia ferropénica es causada por el déficit de hierro es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en humanos. La anemia por deficiencia de Hierro repercute en todo el organismo debido a que la falta de oxígeno resiente de una manera generalizada. En particular, estudios que se realizan desde el decenio 1970-1980 han demostrado que la deficiencia de hierro durante la lactancia e infancia altera de manera importante el desarrollo de las funciones cognoscitivas del niño, es decir, aquellas que permiten el aprendizaje, lenguaje y conocimiento del mundo; esta situación se presenta, debido a que la falta de oxigenación por disminución de glóbulos rojos, impide que cerebro y sistema nervioso funcionen adecuadamente. Es más, lo que fue una hipótesis hace 30 años, es hoy una comprobación científica en el mundo entero: Los niños de 12 meses hasta 2 años de vida que sufrieron una deficiencia de hierro que terminó en anemia, no logran una mejoría total de sus capacidades de aprendizaje y memoria a pesar del tratamiento que normaliza los niveles del mineral en el organismo.

#### **A.- CAUSAS (2010).**

Inadecuada ingesta de hierro en la dieta, una cantidad suficiente para que sea absorbida en el intestino. La absorción de hierro puede ser aumentada o inhibida por otras sustancias alimentarias. Entre las causas de anemia

nutricional por fallas alimentarias, la carencia de hierro es sin duda la más importante. Buenas fuentes dietéticas de hierro incluyen productos de origen animal como hígado, carne roja y los preparados a partir de la sangre, que contienen hierro hemínico, y fuentes vegetales como algunas semillas comestibles, verduras de hojas de color verde oscuro y mijo, que contienen hierro no hemínico. Sin embargo, la cantidad total de hierro en la dieta no es el único factor que influencia la probabilidad de desarrollar anemia. El tipo de hierro en la dieta, las necesidades de hierro de la persona, las pérdidas de hierro y otros factores con frecuencia son determinantes; La pérdida de sangre por infestación por nematodos contribuye al desarrollo de la anemia ferropénica. En lactantes en quienes se introduce precozmente leche de vaca no es infrecuente encontrar pérdidas microscópicas que coadyuvan al desarrollo de la anemia. En los niños prematuros, la anemia es secundaria a un depósito de hierro inadecuado. Otras deficiencias nutricionales como deficiencia de Vitamina B6, B12 riboflavina y ácido fólico se asocian también con la anemia. Las enfermedades crónicas, enfermedades inflamatorias representan la segunda causa más importante de anemia.

**a. Causa de ferropenia.-** Sangrado crónico, Transferencia de hierro materno al feto o lactante durante el embarazo y la lactancia, Inadecuada ingesta de hierro en la dieta, especialmente en lactantes y niños, Malabsorción de hierro.

**b. Causas alimentarias.-** Los lactantes suelen desarrollar ferropenia, ya que la leche es una fuente pobre en hierro y los requerimientos son muy importantes debido al rápido crecimiento. En niños, el escaso aporte en la dieta junto a la presencia de parásitos intestinales son las más frecuentes.

## **B. SÍNTOMAS**

La hemoglobina en los eritrocitos es necesaria para movilizar el oxígeno. Muchos de los síntomas y signos de la anemia resultan de una reducción en la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno. Los síntomas y signos son:

- Cansancio, fatiga y laxitud.
- Sofocación inclusive después de ejercicio moderado.
- Mareo y/o dolor de cabeza.
- Palpitaciones, la persona se queja de sentir sus latidos cardíacos.
- Palidez de las membranas mucosas y debajo de las uñas.
- Edema (en casos crónicos graves).

**Greenberg M. (2006).** Estos síntomas y signos no corresponden tan sólo a la anemia por carencia de hierro, sino que son semejantes en casi todas las formas de anemia. Muchos se dan también en otras enfermedades y, por lo tanto, no son específicos de la anemia. Debido a que ninguno de los síntomas parece grave, dramático o que ponga en peligro la vida, por lo menos en las primeras etapas de la anemia, existe la tendencia a ignorar la enfermedad.

#### **C. CONSECUENCIAS:**

**Para Márquez León E J. (2008).** La deficiencia de hierro provoca una serie de alteraciones en las funciones del organismo, en niños existe evidencia para concluir que causa retraso en el desarrollo, este puede ser parcialmente revertido con tratamiento; que existe una fuerte asociación entre deficiencia de hierro y test de desempeño cognitivo y comportamientos. La deficiencia de hierro también afecta negativamente el sistema de defensa normal contra las infecciones, altera la inmunidad celular.

La deficiencia de hierro a la vez ha sido asociada con reducción del apetito, aunque se desconoce el mecanismo de este efecto, existe razones para pensar que la anemia por deficiencia de hierro retrasa el crecimiento.

#### **D. PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPENICA**

**Ministerio de Salud (2014).** En el establecimiento de salud el personal que contacte primero a la niña y el niño menor de 36 meses, verificará si está recibiendo la suplementación con multimicronutrientes o hierro, según el esquema que le corresponda.

**Esquema de suplementación:**

**En niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500gr.)O prematuros (menor de 37 semanas).**

Desde los 30 días de vida hasta antes de cumplir los 6 meses de edad reciben 2 mg.de hierro elemental /kg. de peso/día,por vía oral( en soluciones gotas orales).

A partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

**En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos.**

A partir de los 6 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

## **E. DIAGNÓSTICO**

Realizar primeramente una exhaustiva revisión de la 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.

Además realizar un examen físico que nos ayudara a revelar los signos clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño.

**Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:**

**Hemograma completo:** En el hemograma se determinan los niveles de la hemoglobina y el hematocrito. La hemoglobina es la proteína rica en hierro que se encuentra dentro de los glóbulos rojos y que transporta el oxígeno por el cuerpo. El hematocrito es una medida del porcentaje de la sangre representado por los glóbulos rojos. Un valor bajo de hemoglobina o de hematocrito es un signo de anemia. Por último, en el hemograma se determina el volumen corpuscular medio (VCM). El VCM es una medida del tamaño promedio de los glóbulos rojos y constituye una pista de la causa de la anemia. Por ejemplo, en la anemia por deficiencia de hierro los glóbulos rojos por lo general son más pequeños de lo normal.

**Otras pruebas y procedimientos**

- también hacerle pruebas para enfermedades como la insuficiencia renal, la intoxicación por plomo (en niños) y las carencias de vitaminas (B12, ácido Electroforesis de hemoglobina: Esta prueba evalúa los diferentes tipos de hemoglobina que hay en la sangre. Puede servir para diagnosticar el tipo de anemia.
- Recuento de reticulocitos: Esta prueba determina la cantidad de glóbulos rojos inmaduros (reticulocitos) de la sangre. Muestra si la médula ósea está produciendo glóbulos rojos a la velocidad adecuada.
- Pruebas para determinar las concentraciones de hierro en la sangre y en el cuerpo: Entre ellas se encuentran el hierro sérico y la ferritina sérica. La transferrina y la capacidad total de captación de hierro también son pruebas que miden las concentraciones de hierro.
- Como la anemia tiene muchas causas, podrían también hacerle pruebas para enfermedades como la insuficiencia renal, la intoxicación por plomo (en niños) y las carencias de vitaminas (B12, ácido fólico).

## **F. TRATAMIENTO**

El tratamiento de la anemia depende de la causa. La anemia por carencia de hierro es relativamente fácil y económica de tratar. En el mercado hay diferentes preparaciones de hierro; el sulfato ferroso está entre los más económicos y efectivos. Para los adultos generalmente se recomiendan 300mg de sulfato ferroso (que suministran 60 mg de hierro elemental) dos veces al día entre las comidas. El hierro hace que las deposiciones sean negras.

**Villapando J. (2000).** Debido a que se pueden presentar efectos secundarios, en particular los que afectan el tracto gastrointestinal, algunas veces las personas no toman sus tabletas de hierro con regularidad. Todo esto va acompañado de una dieta alta en hierro.

### **2.2.3 LA PARTICIPACIÓN DE LAS MADRE Y/O RESPONSABLE EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN ANEMIA FERROPENICA.**

**Kant. (2003)**, Señala que el cuidado que ofrece la madre a su niño tiene un impacto importante en la salud y nutrición del mismo, influyendo favorable o negativamente en su desarrollo, sin embargo, las necesidades del hogar obligan a la madre a convertirse en un miembro activo de ingresos, quien junto con el conyugue deben laborar y pasar la mayor parte del tiempo fuera del hogar, motivo por el cual, el niño queda bajo el cuidado de otros miembros de la familia (hermana mayor, tía, abuela, etc.), convirtiéndose en los responsables de la preparación y alimentación del niño.

**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.

**Según Rosental M, Ludin P. (1994)**. El rol de los padres y el cuidador a nivel del hogar y de la sociedad son un factor importante para asegurar el desarrollo óptimo del niño; ya que, los primeros años de vida resultan de vital importancia debido a que un estado de deficiencia nutricional en la infancia, tiene efectos severos que se reflejan incluso durante la etapa adulta y en la productividad de las personas. Una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. También, estudios previos confirman que el bajo nivel nutricional de los niños se refleja en resultados negativos para el país en términos de crecimiento económico: la mala nutrición durante los primeros años afecta



negativamente su productividad cuando ingresan en el mercado laboral. Además hay que tener en cuenta que 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.

#### **2.2.4 CREENCIAS Y COSTUMBRES ALIMENTARIAS (2010).**

En nuestro país existen muchas formas 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 horas después del alumbramiento. Otro conocimiento erróneo es, el niño no lacta inmediatamente después de nacido o la leche que toma no sirve porque no es leche materna. 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.

Otro error es dar a los niños, leche con té, 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 mazamorra que proveen alta densidad nutricional.

**Neufeld L, Rubio M, Pinzón L, Tolentino L. (2010).** Querer imponer a un niño pequeño horarios de comida de los niños grandes o los adultos, se quejará de hambre y no satisficará todas sus necesidades nutricionales, mal nutriéndose. La 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.

#### **2.4. VARIABLES:**

V1. Conocimiento que tienen las madres sobre anemia ferropénica.

V2. Características socioeconómicas.

## 2.5. OPERALIZACION DE VARIABLES.

Variable 01.	Tipo de variable	Definición	Categorización	Indicador	Nivel de medición
<p><b>Conocimiento que tienen las madres sobre anemia ferropenica.</b></p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Es la suma de hechos y principios que adquieren las madres a lo largo de la vida de manera formal e informal sobre Anemia Ferropenica en los aspectos de: Medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento de la Anemia y consecuencias en el niño. <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b></p>	<p>Si conoce  No conoce</p>	<p>6 a 10  1 a 5</p>	<p>Nominal</p>

<b>Variable 02.</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición</b>	<b>Categorización</b>	<b>Indicador</b>	<b>Nivel de Medición</b>
<b>Características socioeconómicas</b>	Cuantitativa Continua	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento (años). <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b>	a) 15-24 b) 25-34 c) 35 a +		Razón
<b>Edad</b>					
<b>Grado de instrucción</b>	Cualitativa Nominal	Conocimientos adquiridos, que se alcanza al superar determinados niveles de estudio. <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b>	1) Primaria incompleta. 2) Primaria completa. 3) Secundaria incompleta. 4) Secundaria completa. 5) Superior no universitario. 6) Superior universitario.		Ordinal

<b>Procedencia</b>	Cualitativa nominal.	Origen, donde nace o deriva una persona. <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b>	1) Urbano. 2) Rural.		Nominal.
<b>Ocupación</b>	Cualitativa nominal.	Trabajo, profesión, empleo u oficio que realiza la persona. <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b>	1) Ama de casa. 2) Comerciante 3) Estudiante. 4) Profesora. 5) Otros.		Nominal.
<b>Estado civil</b>	Cualitativa nominal.	Situación en que se encuentra una persona en relaciona la familia, matrimonió, derechos y deberes. <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b>	1) Soltera. 2) Conviviente. 3) Casada. 4) Separada.		Nominal.

<b>Religión</b>	Cualitativa nominal.	Conjunto de creencias acerca de la divinidad y normas morales para la conducta individual y social y que profesa. <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Católica.</li> <li>2) Evangélica.</li> <li>3) Otros.</li> </ol>		Nominal.
<b>Número de hijos</b>	Cuantitativa discreta.	Cantidad de hijos que llega a tener una pareja por procreación. <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Uno.</li> <li>2) Dos.</li> <li>3) Tres.</li> <li>4) Más de tres...</li> </ol>		Razón.
<b>Ingreso económico</b>	Cuantitativa Razón.	Ganar cierta cantidad de dinero por algún concepto o actividad realizada. <b>Diccionario de la Lengua Española. (2010).</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menos de un salario mínimo.</li> <li>2) De 1 a 2 salarios mínimos.</li> <li>3) Más de 2 salarios mínimos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) &lt;750.</li> <li>b) 750 – 1500.</li> <li>c) &gt; 1500.</li> </ol>	Razón.

### **III CAPÍTULO**

#### **3. METODOLOGÍA**

##### **1.1. TIPO DE ESTUDIO**

**Hernández R, Baptista P. (2006).** De acuerdo con los objetivos planteados esta investigación es de tipo descriptivo, ya que se orienta a determinar las propiedades importantes de personas, grupos o fenómenos con base en el análisis de la información obtenida sobre el objeto de estudio.

Además este trabajo de investigación es de corte transversal porque analiza las características de la variable a estudiar en un periodo de tiempo y espacio determinado.

##### **1.2. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO**

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital “José H. Soto Cadenillas”, está ubicado en la parte noreste de la ciudad de Chota, provincia y distrito de Chota, departamento de Cajamarca, en el Jr. Exequiel Montoya N° 718-Chota.

El Hospital “José H. Soto Cadenillas” brinda atención de lunes a domingo las 24 horas.

El estudio se realizó en el área de Crecimiento y Desarrollo, donde se encontraron brindando atención, profesionales de enfermería, quienes recibían un promedio de 30 niños menores de 5 años al día, que acuden con su madre a su respectivo control.

##### **1.3. POBLACIÓN**

La población estuvo constituida por un total de 80 madres de niños de 6 a 24 meses; quienes tenían su cita programada en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital José Soto cadenillas, durante el mes de agosto del presente año.

**Criterio de inclusión:**

- Madres citadas que regularmente llevan a sus niños al control de crecimiento y desarrollo al hospital José Soto Cadenillas de Chota.
- Madres de niños menores de 6 a 24 meses residentes en la ciudad de Chota.
- Madres con niños menores de 6 a 24 meses que acepten de forma voluntaria participar en la investigación.
- Madres de niños menores de 6 a 24 meses

**Criterio de Exclusión:**

- Madres de niños menores de 6 meses y mayores de 24 meses.
- Madres con algún trastorno o alteración mental.
- Madres que tengan limitaciones para comunicarse (sordo-mudos).
- Madres de niños menores de 6 a 24 meses que no aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

**1.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.**

Estuvo conformada por cada una de las madres con niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de CRED, del hospital “José Hernán Soto Cadenillas”, Chota.

**1.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista directa a la madre con niños de 6 a 24 meses, se tomó como instrumento un cuestionario validado por Céspedes S. (2010).

Este cuestionario tuvo 3 partes: primera parte introducción e instrucciones, segunda parte consta de preguntas relacionados con las características de la madre y la tercera preguntas sobre conocimiento de anemia ferropénica, (10 preguntas).

La información se recolectó teniendo en cuenta el siguiente procedimiento:



- Se solicitó permiso al Director del Hospital José Soto Cadenillas para entrevistar a las madres que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo.
- Se coordinó con la enfermera responsable del consultorio de Crecimiento y Desarrollo, para que me brinde las facilidades del registro de citas programadas.
- A las madres con niños de 6 a 24 meses, que se encontraban citadas para el mes de agosto y sus niños tenían la edad de 6 a 24 meses, se les explicó el objetivo del estudio.
- Se aplicó el cuestionario a las madres con lactantes de 6 a 24 meses que aceptaron participar y autorizar la aplicación de dicho instrumento, y que se encontraron citadas durante el mes de agosto.

#### **1.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:**

Los datos recolectados se procesaron en forma manual, previa elaboración de la tabla de códigos, luego almacenada en una base de datos. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.00. Para la presentación de los hallazgos se realizaron tablas y grafico estadístico simples.

#### **CONSIDERACIONES ÉTICAS (2010).**

##### **Principio de beneficencia:**

**Según Astarte. (2006)**, supone evitar a los sujetos daños físicos y psicológicos, protegerlos contra la utilización de su colaboración en la investigación para otros fines. En el presente trabajo se formularon preguntas con sumo cuidado que garantice a las madres de familia ningún daño, además la información obtenida no será utilizada en su contra.

**Principio de respeto a la dignidad humana:** Se aplicó el instrumento a las madres de los niños de 6 a 24 meses y que admitan participar voluntariamente en esta investigación; se respetó el derecho al conocimiento de la investigación mediante la explicitación detallada

antes de iniciar la aplicación del instrumento del estudio, cuyo objetivo y beneficios que se obtendrían con esta investigación; las madres firmaron un consentimiento informado.

En la presente investigación, las madres entrevistadas tuvieron el derecho a conocer todos los aspectos de la investigación, tratamiento de los resultados, sus derechos y deberes y la responsabilidad del investigador.

**Principio de justicia:** Incluye el derecho a un trato justo, tanto durante la selección de la muestra, como a lo largo del estudio y el derecho a la privacidad que se puede conservar a través del anonimato. En el presente estudio se brindó a las participantes un trato amable y sin prejuicios, respetando su privacidad, mediante procedimientos formales de confidencialidad a través del anonimato.

## IV CAPÍTULO

### RESULTADOS, INTERPRETACIÓN, DISCUSIÓN y ANALISIS

**TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA 2014.**

<b>Edad de la madre</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
De 15 a 24	34	42,5
De 25 a 34	39	48,8
De 35 a más	7	8,8
<b>Número de hijos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Uno	49	61,3
Dos	21	26,3
Tres	3	3,8
Más de tres	7	8,8
<b>Nivel educativo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria incompleta	1	1,3
Primaria completa	15	18,8
Secundaria incompleta	11	13,8
Secundaria completa	14	17,5
Técnico incompleta	2	2,5
Técnico completa	12	15,0
Superior universitaria incompleta	6	7,5
Superior universitaria completa	19	23,8
<b>Religión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Católica	68	85,0
Evangélica	6	7,5
Otras	6	7,5
<b>Ocupación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Estudiante	7	8,8
Ama de casa	45	56,3
Trabajadora doméstica	3	3,8
Comerciante	5	6,3
Otras	20	25,0
<b>Zona de procedencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Rural	31	38,8
Urbana	49	61,3

<b>Estado civil</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltera	11	13,8
Conviviente	44	55,0
Casada	24	30,0
Separada	1	1,3
<b>Ingreso económico mensual</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Menos de 750 soles	65	81,3
De 750 a 1500 soles	12	15,0
Más de 1500 soles	3	3,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

En la presente tabla, se observa que de las madres entrevistadas el 48,8% tienen entre 25 a 34 años de edad, el 42,5% tienen de 15 a 24 años, y un 8,8% de madres que presentan 35 a más años. Los resultados encontrados coinciden con el estudio realizado por Céspedes S. (2010), donde el 72% de las madres entrevistadas tenían entre 20 a 34 años, el 18% de 35 a más años y el 10% son menores de 19 años.

Según se observa la mayoría de madres encuestadas tienen sus hijos, entre las edades de 20 a 35 años, siendo esta la edad ideal para ser madres, porque se alcanza la madurez biológica, psicológica y emocional.

En relación al número de hijos: el 61,3% de madres tiene un hijo, 26,3% refieren tener dos hijos y el 8,8% tiene más tres hijos.

Los resultados coinciden con la investigación realizada por Céspedes S.(2010), donde el 36% de madres tienen un hijo, 36% refieren tener 2 hijos y el 20 % tiene tres hijos.

Respecto a esto, el INEI (2007), indica que el promedio de hijos por mujer a nivel nacional es de 1,7; para el departamento de Cajamarca es de 2,1%; mostrándose así el proceso de disminución de la fecundidad que se viene presentando en el país en las últimas décadas.

Esta situación se observa en nuestro medio, ya que la mayoría de las madres tienen entre 1 y 2 hijos, debido a que en la actualidad los servicios de salud promueven la planificación familiar, como también el hecho de considerar que a menos hijos, existen más probabilidades de darle

educación, alimentación, atención y ayudarle a desarrollar mejor sus potencialidades.

**Con respecto al nivel educativo**, el 23,8 % de las madres alcanzó tener un nivel superior universitario completa, 18,8 % primaria completa y 17,5 % secundaria completa.

Estos resultados son diferentes a los hallazgos de Céspedes S.(2010), donde concluyo que el 50% de las madres refieren tener secundaria completa, el 16 % tiene secundaria incompleta, solo una madre manifestó tener estudios universitarios completos.

Resultados similares informó, el INEI (2007), pues encontró que a nivel a nivel nacional el nivel educativo ha mejorado tanto para hombres como para mujeres. Así el 30,2 % de las mujeres de 15 a más años de edad, tienen estudios superiores, 34,6 % educación secundaria, también muestra que el 10,8 % de las mujeres no tienen ningún nivel de educación.

Esta misma tendencia se observa en el departamento de Cajamarca, donde el 13,5% de las mujeres tienen nivel superior; 25,6% secundaria completa y 44,7 % tienen estudios de primaria completa.

Hoy en día existe un mayor acceso a la educación tanto para hombres como mujeres, por lo tanto a medida que los años de estudio se incrementa en la madre existe mayor probabilidad de que el nivel de información sea mejor utilizada para el bienestar familiar.

**Según la religión**, que profesa la madre encuestada, el 85,0 % es católico y el 7,5 % practica la religión evangélica.

El censo del INEI (2007), registro que la población del Perú en un 81.3 % son católicos y el 12,5 % son evangélicas, situación parecida se observa en Cajamarca donde el 78,15 % son católicos y 17,2 % son evangélicos. Resultados similares se registraron en la provincia de Chota donde el 82,12 % son católicos y 10,58 % son evangélicos.

Estos datos demuestran que la religión católica es la más practicada en nuestro medio y a su vez se observa un avance de los grupos evangélicos en esta zona debido tal vez a que sus cultos religiosos, traen más

expectativas en la población, pues las personas tienen participación en estas reuniones católicas donde la mayor participación lo tiene el sacerdote.

**En lo que se refiere a la ocupación de la madre,** el 56,3 % son amas de casa, 25,0 %, realiza otras ocupaciones (técnica enfermería, secretaria, contadora, médico veterinario, sastre, docente). Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Céspedes S. (2010), donde el 99% de las madres refieren dedicarse exclusivamente a su hogar.

Resultados obtenidos del censo INEI (2007), se observa la distribución de la PEA, ocupada por categoría ocupacional; asalariados 41%, trabajadores independientes 34,8%, Trabajadores Familiares No Remunerados (TFNR) 14,5% y trabajadores del hogar 3.6%.

Según observamos a pesar de que la mayoría de madres encuestadas tienen un nivel educativo superior universitario completa, la mayoría de ellas se dedica al cuidado del hogar, no ejercen su profesión por la falta de oportunidades laborales y posiblemente para dar una mejor atención y cuidado del niño, lo que permite a la madre adquirir conocimientos y actitudes favorables sobre anemia ferropénica.

**La zona de procedencia:** El 61,3 % de madres encuestadas proceden de la zona urbana y el 38,8 % procede de la zona rural. Resultados similares se registraron en el censo del INEI (2007), donde el 72% de la población peruana proceden del área urbana mientras que el 28% del área rural.

Es importante resaltar que un porcentaje representativo de las madres provienen de la zona rural, ya que asisten con sus niños al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital José Soto Cadenillas a realizar sus respectivos controles.

**En cuanto al estado civil de las madres encuestadas,** el 55 % se encuentra conviviendo con su pareja; 30 % son casadas y el 13,8 % son madres solteras. Comparando estos resultados obtenidos por el INEI (2007), observamos que cuando se analiza la situación de convivencia en mujeres a nivel nacional el 24,7 % optan por la convivencia y el 28,7% son

mujeres casadas, la misma tendencia se registra en la Región Cajamarca, donde las mujeres en un 33,2% conviven y son casadas el 22,8 %. Estos resultados pueden reflejar un cambio en los patrones socioculturales, ya que en la actualidad la convivencia es la forma de unión que más se observa en nuestro país, no siendo ajena nuestra ciudad, esto probablemente es el deseo de libertad y autonomía femenina impulsen a las mujeres a llevar este tipo de relación sin vínculos legales. Sin embargo, es necesario hacer referencia que el 13,8% en el presente estudio son solteras, lo cual indica que en muchos casos las madres deben asumir su responsabilidad sin contar con el apoyo de una pareja, que les brinde soporte económico, emocional.

**En cuanto a los resultados del ingreso económico mensual:** Tenemos que del 81,3 % de las madres su ingreso mensual es menos de 750 nuevos soles, seguido de un 15 % con 750 a 1,500 nuevos soles, y un 3,8 % su ingreso es de más de 1,500 nuevos soles.

En referencia al INEI (2007), 180 mil trabajadores en planilla ganan el sueldo mínimo; la canasta básica familiar en el Perú, no alcanza, una canasta familiar cuesta S/.1.500. Es decir, dos sueldos mínimos y un 0,8% se elevan los costos laborales por cada 1% que aumenta el sueldo mínimo. Por su parte Vigo, Z. (2006). Refiere que la situación en la Región Cajamarca, no es ajena al resto del país debido a que es una de las regiones más pobres del Perú, cuya población tiene hogares con necesidades básicas insatisfechas.

**Peralta R, Vásquez Z. (2010).** Indican tener un ingreso económico superior a los dos mínimos vitales pertenecen a familias donde mayormente ambos cónyuges trabajan o han adquirido esta situación económica sobre la base de un esfuerzo para alcanzar la superación, estos son hogares de profesionales que ejercen su profesión o son comerciantes formales, condición que en el Perú tiene ciertas ventajas económicas, sobre todo en una ciudad pequeña como esta, en donde la competencia comercial no está tan marcada.

Estos resultados señalan que la mayoría de las parejas tienen un ingreso económico menor al mínimo vital del país, lo que muestra la difícil situación económica que atraviesan las familias, debido quizás a que gran parte de la población se dedican a actividades como ama de casa la misma que no genera ingreso alguno, haciendo que estas ni siquiera puedan satisfacer las necesidades básicas.



**Tabla 2: CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA- 2014.**

<b>Conocimiento sobre anemia ferropénica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No Conoce	19	23,8
Si Conoce	61	76,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Respecto al conocimiento sobre anemia ferropénica se obtuvo que el 76,3% conoce sobre anemia y el 23,8 % no conoce sobre el tema.

Los resultados del presente estudio coinciden con los estudios de Céspedes S. (2010), quien llegó a la conclusión que el conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica es alto con tendencia a medio, donde del 100% de madres encuestadas, el 40% de las madres presentan un conocimiento “medio” sobre la anemia ferropénica, 31% un conocimiento “bajo” y el 29% que presenta un conocimiento “alto”.

Así mismo en la investigación de Márquez León J. (2008), concluye que el 66,07% de las madres tenían conocimiento medio y 18,75% conocimiento bajo sobre anemia ferropénica.

Pero difiere con la investigación de Solano L, Landaeta M, Portillo Z, Fajardo Z. (2012), donde el 14% el conocimiento de las madres fue insuficiente sobre anemia ferropénica.

Los resultados de la presente investigación muestran que un elevado porcentaje(76,3% ), de las madres conocen sobre anemia ferropénica, lo que puede estar relacionado con el nivel educativo, superior Universitario completo (23,8), que les provee mayor entendimiento de sensibilización sobre este problema de salud infantil, asimismo es importante indicar la atención que el personal de salud, realiza al momento del control del niño, donde la madre recibe información sobre la alimentación, higiene, estimulación temprana, vacunas y entre otros como prevenir la anemia ferropénica en el niño.

El conocimiento hace que las familias identifiquen tempranamente las enfermedades de sus hijos y tomen mayor interés en la prevención de riesgos para la salud del niño, en este caso las madres al conocer las causas de la anemia ferropénica pongan en práctica los consejos recibidos en el puesto de salud.

Para **BUNGE. (1998)**, los conocimientos se adquieren en forma natural, están estrechamente vinculados con sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. En nuestro estudio el conocimiento sobre anemia ferropénica que tiene la madre es asumido como pertinente, tanto por el deseo de la mujer de que su hijo esté sano como por la influencia externa del personal de salud o los medios de comunicación.

Es así que el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es informal, al respecto **RODRIGUEZ, F. (1998)**, señala que es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

Como muestran los resultados, las madres en su gran mayoría conocen sobre la anemia ferropénica, las consecuencias de padecerla, las fuentes de hierro en la alimentación. Por tanto es de importancia reforzar los conocimientos e incrementarlos para así prevenir este problema en los lactantes menores y mayores.

**TABLA 3: CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA- 2014.**

Conocimiento sobre anemia ferropénica	Nivel Educativo															
	Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Técnico incompleta		Técnico completa		Superior universitaria incompleta		Superior universitaria completa	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No conoce	1	100	8	53,3	4	36,4	4	28,6	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	5,3
Si conoce	0	0,0	7	46,7	7	63,6	10	71,4	2	100	12	100	5	83,3	18	94,7
Total	1	100	15	100	11	100	14	100	2	100	12	100	6	100	19	100
Chi <sup>2</sup>	19,72															
Valor p	0,006															

En la tabla 3 se observa que el 100% de las madres con nivel educativo técnico superior completa e incompleta respectivamente conocen sobre anemia ferropénica, seguido del 94,7% de madres con educación superior universitaria y 83,3% corresponde a las madres con superior universitaria completa.

En lo que corresponde a las madres que no conocen sobre anemia ferropénica, los mayores porcentajes representan el 100% de las madres que tienen nivel educativo primaria incompleta, aquellas que tienen primaria completa, 53,3% y en las que tienen secundaria incompleta 36,4 %.

Estos resultados muestran que el bajo nivel educativo de las madres es una constante en la deficiencia de conocimientos en temas relacionados con salud y nutrición constituyéndose en un factor de riesgo muy alto para el desarrollo de carencias nutricionales en este caso la anemia ferropénica.

Los resultados en cuanto al nivel educativo de las madres son diferentes a los encontrados en el estudio realizado por Céspedes S. (2010), donde encontró que el promedio de conocimiento que tuvieron las madres sobre la anemia ferropénica según los niveles de instrucción son similares con el conocimiento de madres que presentan primaria completa y universitaria incompleta, es decir que el nivel de instrucción no influyó en las madres, acerca del conocimiento de anemia ferropénica.

La presente tabla muestra, que el nivel educativo de la madre tiene una significancia con el conocimiento sobre anemia ferropénica  $p < 0,006$ , lo cual indica que a mayor nivel educativo de la madre mayor conocimiento de la importancia de una alimentación adecuada, así como de la suplementación con hierro, lo que tendrá impacto importante en la salud y nutrición del niño, influyendo favorable o negativamente en su desarrollo.

**TABLA 4: CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICASEGUN OCUPACION DE LA MADRE DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS - CHOTA-2014.**

Conocimiento sobre anemia ferropénica	Ocupación									
	Estudiante		Ama de casa		Trabajadora doméstica		Comerciante		Otras	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No conoce	1	14,3	17	37,8	0	0,0	1	20,0	0	0,0
Si conoce	6	85,7	28	62,2	3	100,0	4	80,0	20	100,0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
Chi <sup>2</sup>	12,44									
Valor p	0,014									

En la presente tabla se observa que al relacionar el conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y su nivel educativo, se obtuvo que el 100% de madres que si conocen sobre anemia ferropénica su ocupación es trabajadora doméstica y otras ocupaciones (técnica en enfermería, secretaria, contadora, médico veterinario, docente), respectivamente; seguido del 85,7% que son estudiantes y 80% comerciante. En lo que corresponde a las madres que no conocen sobre el tema en mención el 37,8% son amas de casa, 20,0% comerciante y 14,3% estudiante.

Según la prueba estadística del  $\chi^2$  la ocupación de la madre y el conocimiento sobre anemia ferropénica es significativa  $p < 0,014$ , resultados que reflejan que las madres cuya ocupación exige un nivel educativo superior la mayoría tiene conocimiento sobre la importancia del hierro en la alimentación de sus niños, salvo el caso de las trabajadoras domésticas que puede deberse a que en los lugares que desempeñan su trabajo son orientadas por las personas que las contratan para alimentar a sus niños.

## CONCLUSIONES

- ❖ Las características socioeconómicas de las madres de niños de 6 a 24 meses que más resaltan son: en su gran mayoría son de 25 a 34 años (48,8 %), tienen de un hijo (61,3 %), nivel educativo superior universitaria completa (23,8 %), religión católica (85 %), ama de casa (56,3 %), proceden de la zona urbana (61,3 %), estado civil conviviente (55 %), ingreso económico menos de 750 soles (81,3 %).
- ❖ Respecto al nivel de conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses el 76,3 % si conoce sobre anemia ferropenica, y un 23,8 % no conoce.
- ❖ Respecto a las características sociodemográficas que se relacionan significativamente con el conocimiento sobre anemia ferropenica se encontró el nivel educativo de la madre ( $p < 0,006$ ), así como la ocupación de la madre ( $p < 0,014$ ).

## **RECOMENDACIONES**

- ✓ cc a las madres, brindarle información y consejería para incrementar, mejorar sus conocimientos y actividades en la prevención de la anemia ferropénica de los niños.
- ✓ Que los resultados de la investigación sean difundibles.

### **AL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS – CHOTA.**

- ✓ A los profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota que laboran en el área de crecimiento y desarrollo, enfatizar en prevención sobre anemia ferropénica.
- ✓ A los profesionales de enfermería fortalezca 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 que asisten a la consulta de CRED.

### **A LAS MADRES DE FAMILIA**

- ✓ Que tomen interés por el proceso de crecimiento y desarrollo de sus niños, así mismo que sigan acudiendo periódicamente al control de crecimiento y desarrollo del niño; y al mismo tiempo solicitar información al responsable de dicha área, sobre anemia ferropénica, que deberá poner en práctica para lograr el desarrollo óptimo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**AGUIRRE J; AMADOR MARTÍNEZ.** Anemia Ferropénica en niños menores de 5 años atendidos durante el primer semestre del 2013 en el Programa VPCD (Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo) del Centro de Salud Adán Barillas Huete de Juigalpa, Chontales. [En línea]; 2013. [Fecha de acceso 2014 Junio 10]. URL disponible: <http://chontales.unan.edu.ni/wp-content/uploads/2014/05/Anemia-Ferrop%C3%A9nica.pdf>.

**ASTARTE.** Bioética en enfermería. [En línea]; 2006, Costa Rica [Fecha de acceso 2010 julio 19]. URL disponible en: [http://pdf.rincondelvago.com/bioética-en-enfermería\\_1.html](http://pdf.rincondelvago.com/bioética-en-enfermería_1.html). Vigo, Z. Diagnostico participativo del consumo de drogas en el distrito de Cajamarca 2006 [En línea]. Cajamarca 2006. [Fecha de acceso 2010 Octubre26]; URL disponible en: [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/SAVIA/esp/diagnosticos/diagn%C3%B3stico%20Final%20de%20cajamarca.doc](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/SAVIA/esp/diagnosticos/diagn%C3%B3stico%20Final%20de%20cajamarca.doc).

**BUNGE M.** La Ciencia, su Método y su Filosofía. ; [En línea] 1973. [Fecha de acceso 11 Julio 2014]. URL disponible en: [http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/metodo\\_cientifico/naturaleza\\_metodo/bunge\\_libro\\_aristidesvara.pdf](http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/metodo_cientifico/naturaleza_metodo/bunge_libro_aristidesvara.pdf). Y [http://iner.udea.edu.co/especializacion6/epistemologia/Mario\\_Bunge\\_La%20ciencia\\_su\\_m%C3%A9todo\\_y\\_su\\_filosof%C3%ADa.pdf](http://iner.udea.edu.co/especializacion6/epistemologia/Mario_Bunge_La%20ciencia_su_m%C3%A9todo_y_su_filosof%C3%ADa.pdf).

**BUNGE, M.** "La Ciencia, Su Método Y Filosofía". En línea] 1988. [Fecha de acceso 11 noviembre 2014]. 1° ed Buenos Aires. Editorial SIGLOXX. pág.35. disponible en: [www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/...m\\_r/t\\_completo.doc](http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/...m_r/t_completo.doc)

**CANAVAL E, DARÍO R, TAMAYO F, VARGAS J.** Guías latinoamericanas de Anemia en Pediatría. [En línea]; 2011 [Fecha de acceso 2014 Junio 25]. URL disponible en: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABR7MAK/guia-anemia-en-pediatria>. - <http://es.scribd.com/doc/96624671/Guia-de-Anemia-en-Pediatria>. - <http://es.scribd.com/doc/24086531/Guias-Latinoamericanas-Anemia-Por-Deficiencia-de-Hierro>.

**CÉSPEDES SOTELO M.** Conocimientos Sobre la Anemia y las Prácticas Alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [En línea]; 2010 [Fecha de acceso 2014 Junio04]. URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1050/1/cespedes\\_sm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1050/1/cespedes_sm.pdf)

**CORDERO REYES, SARMIENTO G, SELVA C.** Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención de anemia ferropénica, revista MEDISAN; 13(6). [En línea]. 2009. [Fecha de acceso 2014 julio 12]. URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san14609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san14609.htm).

**DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA.2010<sup>o</sup>** (DRAE), Vigésima Segunda, Edición.

**DISA-CHOTA.** Informe Mensual de Actividades de Atención Integral de Salud del niño. 2012, 2013, 2014.

**DONATO H, CEDOLA A, GUTIÉRREZ M, PARIAS N, SCHVARTZMAN G.** Anemia Ferropénica. Guía de Diagnóstico y Tratamiento. [En línea]; 2009 [Fecha de acceso 2014 Junio 10]. URL disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/v107n4a13.pdf>.

**ENDES-INEI.** Situación de Salud y Nutrición Materno Infantil en el Perú. [En línea]; 2011, 2012, 2013 [Fecha de acceso 2014 Junio 12]. URL

disponible en:<http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/04/Lucia-Solis-Situacion-de-Salud-y-Nutricion-Materno-Infantil-en-el-Peru.pdf>.

**GRANDY G, WEISSTAUB G, LÓPEZ DE ROMAÑA D.** Deficiencia de hierro y zinc en niños. Rev Soc Bol Ped 2010; 49 (1): 25-31. [En línea]; 2010 [Fecha de acceso 14Junio04]. URL disponible en:<http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp10490105.pdf>.

**GREENBERG M.** Enfermedades Hematológicas. 9ª. Ed. México: Mc Graw Hill; 2006. Pág. 515-523.

**GUANGA. V.** Niveles de Hemoglobina y Estado Nutricional en niños y niñas menores de 5 años Beneficiarios del Programa Inti, Chillanes 2011. Riobamba – Ecuador. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Tesis para optar el Título de Nutricionista Dietética. [En línea]. 2011. [Fecha de acceso 2014 Julio 11]. URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a02.pdf>.

**HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA P.** Metodología de la Investigación. 4ta Ed. México.: Editorial Interamericana; 2006.

**HUACHACA B.** Efectividad de la Técnica de Sesiones Demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la Prevención de Anemia Ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja - Lima 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para Optar Título de Licenciatura en Enfermería. [En línea]; 2009 [Fecha de acceso 2014 Junio 10]. URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/503/1/huachaca\\_bc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/503/1/huachaca_bc.pdf).

**HUNGLER B.** Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta Ed. Mc Graw Hill, México: Editorial Interamericana; 1998.

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI).** Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población de 2000-2015. [En

línea]. 2012 [Fecha de acceso 2014 Junio 10]. URL disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/http://censos.inei.gob.pe/censos2007/documentos/resultadoCPV2007.pdf>  
[biblioinei.gob.pe/bancopub/Est/Lib0842/index.htm](http://biblioinei.gob.pe/bancopub/Est/Lib0842/index.htm).

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI).** Perfil Sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI Población y IV Vivienda [En línea]; Perú 2008 [Fecha de acceso 2014 Setiembre 28]. URL disponible en:

**KANT.** Academia ciencias luventicus. Rosario, Argentina. [En línea]; 2003 – 2011. [Fecha de acceso 2013 Diciembre 18]. URL disponible en: [www.luventicus.org/articulos/03uo12/kant.htm/](http://www.luventicus.org/articulos/03uo12/kant.htm/).

**LATHAN M.** Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. FAO. [En línea]. Roma: 2002 [Fecha de acceso 2014 Junio 04]. URL disponible en: <http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/ecu.es.stm>.

**LEÓN O, MONTERO I.** Métodos de Investigación en Psicología y Educación. 3ra Ed. España: Mc Graw Hill; 2003.

**MÁRQUEZ LEÓN.** Nivel de Conocimiento Sobre la Anemia Ferropénica en las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima-Perú, 2007. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para Obtener Licenciatura en Enfermería. [Online]; 2008 [Fecha de acceso 2014 Junio 04]. URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/534/1/marquez\\_lj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/534/1/marquez_lj.pdf).

**MINISTERIO DE SALUD.** Directiva Sanitaria N° 050-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria que establece la Suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años. Lima. 2012.

**MUÑOZ M, FERNÁNDEZ GALEANO M, BASSO GARRIDO J.** Guías para la Prevención de la Deficiencia de Hierro. [En línea]. (2007). [Fecha de acceso 2014

Julio12].URLdisponibleen:<http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5683,21577>

**.NEUFELD L, RUBIO M, PINZÓN L, TOLENTINO.** Nutrición en Colombia: estrategia de país 2011-2014.[En línea]; 2010 [Fecha de acceso 2014 Junio 12]. URL disponible en: <http://publications.iadb.org/handle/11319/6175?locale-attribute=en>. - <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35791560>.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** Sistema sobre Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. Concentraciones de Hemoglobina para Diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. [En línea]. 2011 [Fecha de acceso 2014Junio04].URLdisponiblen:[http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin\\_es.pdf](http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf). y <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>.

**OPS/OMS.** Nutrición y Alimentación del niño en los primeros años de vida. 2011, Washington D. C.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** La anemia como centro de atención: Declaración conjunta de la OMS y UNICEF. Hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. traducido por la OPS 2005. [En línea]; 2004 [Fecha de acceso 2014 Junio 08]. URL disponible en: [http://www.paho.org/spanish/AD/ECH/NU/OMS04\\_anemia.pdf](http://www.paho.org/spanish/AD/ECH/NU/OMS04_anemia.pdf).

**PERALTA RONCAL, VÁSQUEZ ZORRILLA.** Factores Asociados a la Violencia Intrafamiliar en adolescentes embarazadas. Chota - 2010. Universidad Nacional de Cajamarca. Tesis para optar el grado académico de licenciado de enfermería. Pág. 82.

**RUIZ G.** El factor alimentario en la presencia de la deficiencia del hierro. [En línea].2002.[Fecha de acceso 2014Julio13].URLdisponibleen:[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_1\\_02/mgi06102.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_1_02/mgi06102.pdf). Y [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_1\\_02/mgi06102.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_1_02/mgi06102.htm).

**RODRÍGUEZ, F.** "Lo cognoscitivo y psicosocial como factores de riesgo en salud" Ed. Servicio Gráficos Matices, Perú 1998. pág. 76. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/1054/melgarejo\\_sg.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/1054/melgarejo_sg.pdf?sequence=1)

**ROSELL MAS A I, JUAN MARCO M L, RAFECAS RENAU F J.** Anemias. Valencia. [En línea]. (2002). [Fecha de acceso 2014 Julio 12.]. URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san14609.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san14609.pdf).

**ROSENTAL M, LUDIN P.** Diccionario Filosófico. Bogotá: Editorial Universales Colombia; 1994. Pág. 80-82.

**SALAZAR A.** El punto de vista filosófico. Lima - Perú: Ediciones el alce; 1988.

**SOLANO L, LANDAETA M, PORTILLO Z, FAJARDO Z.** Educación nutricional dirigida a madres de niños Lactantes y Preescolares con anemia, Valencia, España 2011. Revista Salud Online [En línea]. Valencia, España.; 2012. Vol. 16. [Fecha de Acceso 14 Junio 04]. URL disponible en: <http://salus.online.fcs.uc.edu.ve/salus2013/SUPLEMENTO2011-2012/educacionnutricionall.pdf>.

**VILLAPANDO J.** Ciencia y conducta Humana. Barcelona: Editorial Orbis S.A; 2000.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO: CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA, EN  
MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES. HOSPITAL JOSE SOTO  
CADENILLAS CHOTA-2014**

**OBJETIVOS:**

1. Identificar el conocimiento sobre la anemia ferropenica que tienen las madres con niños de 6 a 24 meses del H. J. H. S. C, Chota, 2014.

Yo.....Madre  
de mi menor  
hijo(a).....con

DNI:..... De acuerdo a las explicaciones dadas por el ex  
alumno de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARA. Escuela  
académico profesional de enfermería Sede- Chota: Aurelio Roldan  
Campos. Aceptamos participar y autorizamos la investigación  
Conocimiento sobre anemia ferropenica, en Madres con niños de 6 a 24  
meses Hospital. J. H. S. C, Chota-2014.

Chota,.....de..... De 2014.

.....  
Firma de la madre

.....  
Firma del Investigador



## **ANEXO 2**

### **CUESTIONARIO**

#### **“CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICA, EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES HOSPITAL. J. H. S. C, CHOTA-2014”**

N° de encuesta: .....

I. NTRODUCCIÓN: buenos días soy estudiante de UNC de la EAP de enfermería, el presente cuestionario tiene como finalidad conseguir información acerca de los conocimientos que tiene usted, sobre anemia ferropenica en los niños de 6 a 24 meses. Por consiguiente es muy importante y necesario que usted nos dé respuestas sinceras ya que el resultado que se obtenga será de carácter confidencial y anónimo.

II.INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X), la letra de la alternativa de la respuesta correcta según crea conveniente o llenando los espacios vacíos. Solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de ante mano su sinceridad y colaboración.

**A. DATOS GENERALES.**

**1. ¿Qué edad tiene usted (en años)?**

- a. 15 a 24 años.
- b. 25 a 34 años.
- c. De 35 años a más.

**2. ¿Cuántos hijos tiene usted?**

- a. Dos.
- b. Tres.
- c. Más de tres.

**3. ¿Cuál es su nivel educativo?**

- a. Primaria incompleta.
- b. Primaria completa
- c. Secundaria incompleta.
- d. Secundaria completa
- e. Técnico incompleta
- f. Técnico completa
- g. Superior universitario incompleta
- h. Superior universitario completa

**4. ¿A qué religión pertenece?**

- a. Católica.
- b. Evangélica.
- c. Otros (especifique) .....

**5. ¿Cuál es su ocupación?**

- a. Estudiante
- b. Ama de casa
- c. Trabajadora domestica
- d. Comerciante
- e. Otras (especifique).....

**6. ¿De qué zona procede usted?**

- a. Zona rural.
- b. Zona urbana.

**7. ¿Cuál es su estado civil?**

- a. Soltera.
- b. Conviviente.
- c. Casada.
- d. Separada.
- e. Divorciada.
- f. viuda.

**8. ¿Cuánto es su Ingreso Económico mensual?**

- a. Menor de S/. 750. (Menor de un sueldo mínimo vital).
- b. De S/. 750. a S/. 1500.
- c. Más de S/. 1500.

**B. DATOS SOBRE ANEMIA FERROPENICA:**

**1. ¿Qué es la anemia ferropenica?**

- a. Es la disminución de la hemoglobina.
- b. Es la disminución de la glucosa.
- c. Es el aumento de la hemoglobina.
- d. Es la disminución del colesterol

**2. Un niño llega a tener anemia por:**

- a. Consumir alimentos y agua contaminada
- b. Consumir alimentos con pocas vitaminas
- c. Consumir pocos alimentos ricos en hierro
- d. Consumir embutidos o frituras

**3. Una de las consecuencias que puede ocasionar en su niño, la anemia es:**

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

- 4. ¿Cuáles son las características de una persona con anemia?**
- a. Aumento de apetito, fiebre, tos
  - b. Cansancio, palidez y mucho sueño
  - c. Falta de sueño, piel azulada y dolor de cabeza
  - d. Dolor de huesos, garganta y manchas en la piel
- 5. ¿Qué prueba conoce usted para confirmar el diagnóstico de la anemia?**
- a. Prueba de colesterol
  - b. Prueba de glucosa
  - c. Prueba de hemoglobina y hematocrito
  - d. Prueba de Elisa
- 6. ¿Qué es el hierro?**
- a. Es una vitamina.
  - b. Es una planta medicinal
  - c. Es un nutriente presente en los alimentos
  - d. Es un condimento
- 7. ¿Cuál de las siguientes medicinas sirve para el tratamiento de la anemia?**
- a. Calcio
  - b. Vitaminas
  - c. Paracetamol
  - d. Sulfato Ferroso
- 8. ¿En cuál de las siguientes alternativas todos los alimentos o grupos de alimentos son fuentes de hierro?**
- a. Leche y derivados, lentejas y verduras
  - b. Beterraga, huevo, carnes y papas
  - c. Fruta, alfalfa, arroz y relleno
  - d. Carnes, hígado, sangrecita y menestras

- 9. Existen alimentos y preparaciones que ayudan a que nuestro cuerpo retenga el hierro consumido en los alimentos ¿cuáles son?**
- a. Café, Te
  - b. Jugo De Naranja, Limonada
  - c. Gaseosa, Néctares
  - d. Infusiones, Leche.
- 10. ¿Qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos?**
- a. Trigo, sémola, arroz
  - b. Café, té, infusiones
  - c. Limón, naranja, verduras
  - d. Frutas secas, manzana, uva.

**ANEXO: 03**

**ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA ANEMIA FERROPÉNICA HOSPITAL JOSE SOTO CADENILLAS. CHOTA - 2014**

<b>Conocimiento sobre anemia ferropénica</b>	<b>Edad de la madre</b>					
	<b>De 15 a 24</b>		<b>De 25 a 34</b>		<b>De 35 a más</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No conoce	10	29,4	7	17,9	2	28,6
Si conoce	24	70,6	32	82,1	5	71,4
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
Chi cuadrado	1,416					
Valor p	0,493					

<b>Conocimiento sobre anemia ferropénica</b>	<b>Número de hijos</b>							
	<b>Uno</b>		<b>Dos</b>		<b>Tres</b>		<b>Más de tres</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No conoce	10	20,4	5	23,8	1	33,3	3	42,9
Si conoce	39	79,6	16	76,2	2	66,7	4	57,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
Chi cuadrado	1,866							
Valor p	0,601							

<b>Conocimiento sobre anemia ferropénica</b>	<b>Religión</b>					
	<b>Católica</b>		<b>Evangélica</b>		<b>Otras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No conoce	17	25,0	1	16,7	1	16,7
Si conoce	51	75,0	5	83,3	5	83,3
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
Chi cuadrado	0,391					
Valor p	0,822					

<b>Conocimiento sobre anemia ferropénica</b>	<b>Estado civil</b>											
	<b>Soltera</b>		<b>Conviviente</b>		<b>Casada</b>		<b>Separada</b>		<b>Divorciada</b>		<b>Viuda</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>No conoce</i>	4	36,4	13	29,5	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Si conoce</i>	7	63,6	31	70,5	22	91,7	1	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<i>Chi cuadrado</i>	5,244											
<i>Valor p</i>	0,155											

Conocimiento sobre anemia ferropénica	Zona de procedencia			
	Rural		Urbana	
	N	%	N	%
No conoce	9	29,0	10	20,4
Si conoce	22	71,0	39	79,6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>
Chi cuadrado	0,78			
Valor p	0,377			

Conocimiento sobre anemia ferropénica	Ingreso económico mensual					
	Menos de 750 soles		De 750 a 1500 soles		Más de 1500 soles	
	n	%	n	%	n	%
No conoce	18	27,7	1	8,3	0	0,0
Si conoce	47	72,3	11	91,7	3	100,0
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
Chi cuadrado	3,067					
Valor p	0,216					