

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y  
ECONÓMICOS CON LA ANEMIA FERROPÉNICA  
EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD,  
EN EL C.S. BOLOGNESI 2017

TESIS

Presentada por:

Lic. Andrea Cristina Maquera Maquera

Lic. Marduli Sandra Lauriente Chino

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo

TACNA - PERÚ

2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS  
CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE  
EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017**

**TESIS**

Presentada por:

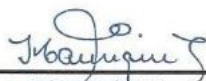
LIC. ANDREA CRISTINA MAQUERA MAQUERA

LIC. MARDULI SANDRA LAURIENTE CHINO

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

**CUIDADO ENFERMERO EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado



Dra. Ingrid María Manrique Tejada

PRESIDENTA




Dra. Carla Patricia Mori Fuentes

MIEMBRO



Dra. Elena Cachicatari Vargas

MIEMBRO



Dra. María Soledad Porras Roque

ASESORA

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a **DIOS**, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida, a través de su amor.

A nuestra docente **Dra. María Porrás Roque** por su loable labor de enseñanza y dedicación y motivarnos a culminar con éxito y amar nuestra profesión.

A todas las personas inmersas que ayudaron directa e indirectamente en el desarrollo de la culminación de esta tesis.

A mi amor **Freeman** por motivarme, brindarme su apoyo, paciencia y dedicación en la culminación de mi tesis.

Al **C.S. Bolognesi** por haberme permitido tener acceso a la información necesaria para llevar acabo el presente trabajo.

Lic. Andrea C. Maquera Maquera

## DEDICATORIA

A mi padre **Andrés**, siempre te llevaré en mi corazón a pesar de que ya no estés en vida con nosotros, porque estás cuidándonos desde el cielo.

A mi madre **Jesusa**, por ayudarme, aconsejarme siempre, en todo momento y alentarme para culminar con éxito mis metas propuestas como profesional.

A mi amor **Freeman** por ser el compañero ideal en el transcurso de cada paso que doy en la vida. TE AMO

Lic. Andrea C. Maquera Maquera

## AGRADECIMIENTO

**A MI QUERIDO DIOS PADRE TODO PODEROSO**, por la bendición de darme esta noble carrera de atención y servicio a mi prójimo, gracias por tu propósito.

AMEN

A la **Dra. María Porras Roque** por su asesoramiento, ánimos, confianza y por una linda amistad incondicional por su apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

A mi **familia** por su constante apoyo incondicional en todo momento de mi vida.

A nuestro gran amigo **Freeman** por su apoyo constante y animarme en la realización del presente trabajo de investigación.

Al **C.S. Bolognesi** por haberme permitido tener acceso a la información necesaria para llevar acabo el presente trabajo.

Lic. Marduli Sandra Lauriente Chino

## DEDICATORIA

A mi Querida Madre **Susana**, por su abnegada disposición de apoyarme siempre para mi crecimiento profesional y por confiar en mí, te amo Madre GRACIAS

A mi **esposo** por su amor, paciencia y darme la oportunidad de seguir superándome, por creer en mí. TE AMO

A mis queridos hijos **Arón** y **Cielo** y mis sobrinos **Leen**, **Klariza Jhadira** y **Cristhian** por su confianza y alegría y ser la motivación de mi VIDA

Lic. Marduli Sandra Lauriente Chino

## ÍNDICE

	pág.
<b>RESUMEN</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO</b> .....	4
1.1. Fundamentos y formulación del problema .....	4
1.2. Objetivos .....	11
1.3. Justificación.....	12
1.4. Formulación de la hipótesis .....	13
1.5. Operacionalización de Variables .....	15
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	17
2.1. Antecedentes de la investigación .....	17
2.2. Bases teóricas.....	26
2.3. Definición conceptual de términos .....	64
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	67
3.1. Método y diseño de la investigación .....	67
3.2. Población y muestra .....	67
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	67
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	74
3.5. Procesamiento de datos .....	74
3.6. Consideraciones éticas.....	75
<b>CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS</b> .....	78
4.1. Resultados .....	78
4.2. Discusión.....	100

<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>105</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>110</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>118</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
<b>TABLA 1:</b> CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS Y CUIDADORES DEL C.S. BOLOGNESI 2017.....	79
<b>TABLA 2:</b> FACTORES SOCIALES DE LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017.....	81
<b>TABLA 3:</b> FACTOR ECONÓMICO DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017.....	82
<b>TABLA 4:</b> FACTORES CULTURALES DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017.....	83
<b>TABLA 5:</b> FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017.....	86
<b>TABLA 6:</b> FACTOR ECONÓMICO RELACIONADO CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017.....	91
<b>TABLA 7:</b> FACTORES CULTURALES RELACIONADOS CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017.....	94

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación planteó como objetivo determinar la relación de los factores socioculturales y económicos con la anemia ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi. Es de tipo cuantitativo correlacional de corte transversal. La muestra fue de 60 niños, aplicándose como instrumento a sus cuidadores un cuestionario para la recolección de datos sobre la relación de los factores socioeconómicos y culturales con la anemia ferropénica, los resultados fueron: del factor social predominó la ocupación ama de casa con un 41,67% y la religión católica con un 88,33% en los cuidadores, del factor cultural predominó la suplementación alimentaria inadecuado, del factor económico predominó un ingreso económico mayor vital de 850 soles con un 53,33%. Dándose a conocer que el factor cultural; suplementación, conocimientos y costumbres de la alimentación, es uno de los más predominantes con relación a la anemia ferropénica.

**Palabras clave:** Factores socioculturales y económicos, anemia ferropénica, niños de 12 a 24 meses.

## **ABSTRACT**

The objective of this research work was to determine the relationship of sociocultural and economic factors with iron deficiency anemia in children 12 to 24 months of age, in C.S. Bolognesi. It is a quantitative correlational type of cross section. The sample consisted of 60 children, applying as a tool to their caregivers a questionnaire for the collection of data on the relationship of socioeconomic and cultural factors with iron deficiency anemia, the results were: the social factor dominated the occupation housewife with a 41, 67% and the catholic religion with 88,33% in the caretakers, of the cultural factor, the inadequate food supplementation predominates, of the economic factor a predominant economic income of 850 soles prevails with 53,33%. Giving to know that the cultural factor; supplementation, knowledge and eating habits, is one of the most prevalent in relation to iron deficiency anemia.

**Key words:** Sociocultural and economic factors, iron deficiency anemia, children from 12 to 24 months.

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y económicos con la Anemia Ferropénica de los niños de 12 a 24 meses de edad en el C.S. Bolognesi.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado la anemia como el problema de salud pública más importante del mundo, que afecta a cerca del 9% de infantes. En el Perú, la cifra es crítica, 4 de cada 10 (43.6%) niños la padecen.

La deficiencia de hierro puede ser el resultado de necesidades insatisfechas (embarazo, crecimiento, dieta inadecuada en hierro), y / o aumento de las pérdidas (inflamación crónica, infecciones parasitarias).

En relación a los factores socioeconómicos y culturales podemos decir que la participación femenina en los diferentes campos laborales es más amplia, la mujer ayuda en la estabilidad del hogar, en su labor como ama de casa, brinda seguridad económica a su familia, principal estímulo para salir adelante, ya que su ingreso se ha vuelto imprescindible para la supervivencia de los hogares. Para miles de mujeres formar una familia y trabajar al mismo tiempo significa tener que enfrentar gran cantidad de dificultades relacionadas con la incompatibilidad entre las exigencias de

sus hijos y las demandas de su trabajo llegando a afectar su vida personal principalmente en el ámbito familiar, minimizando el tiempo y dedicación a sus hijos que generalmente estos necesitan.

Tal vez la economía en el hogar ha mejorado ya que la mayoría de las madres cuentan con un salario mínimo vital que ingresa a sus hogares, pero la desatención que sufren los niños, es un factor trascendental para posibles conflictos de salud en el futuro del infante. La mujer trabajadora tiene que recurrir a parientes, o guarderías para que estos den la atención y cuidados que sus hijos necesitan, depende de la situación laboral que desempeñe y que beneficios económicos este obteniendo, ya que si cuenta con un nivel medio alto, tiene la posibilidad de tener a su hijo en una institución que brinde una adecuada atención, sin embargo, si trabaja para sostener la economía del hogar y no cuenta con los medios económicos para brindarle una adecuada atención, sus hijos se verán afectados y repercutirá en su salud así como en su crecimiento y desarrollo.

Existen evidencias, que estar económicamente mejor no es garantía de buena alimentación, ya que por el horario de trabajo muchas madres no pueden amamantar o brindarles los alimentos necesarios a sus hijos, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación complementaria deficiente e inadecuada administración de

multimicronutrientes, siendo este un factor cultural predominante; donde también se asocian los estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos.

El presente trabajo de investigación titulado “Relación de los factores socioculturales y económicos con la anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017”, consta de cuatro capítulos, el primer capítulo Planteamiento del problema hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y Operacionalización de variables, el segundo capítulo Marco Teórico contiene los antecedentes de investigación, bases teóricas y definición conceptual de término, el tercero de la Metodología de la investigación contiene el diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos y el capítulo cuatro de los resultados se detalla los datos obtenidos ,discusión, conclusiones y las recomendaciones

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La anemia ferropénica compromete la habilidad del niño para aprender, lo que limita aún más sus perspectivas de futuro lo que, en términos agregados, dificulta el desarrollo de la población (1).

La OMS ha calificado la anemia como el problema de Salud Pública más importante del mundo, los cálculos más recientes sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528,7 millones de mujeres y 273,2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca de la mitad de ellos también deficientes de hierro. (1). En el Perú la cifra es crítica, 4 de cada 10 (43%) de niños la padecen, además otros países: México 4%, Canadá 16%, Finlandia 17%, Alemania 18%, Colombia 19%, Ecuador 24%, Bolivia: 32%, India 48%, Burkina Faso 48%, Pakistán 51%, según la OMS 2011 (2).

En relación a los factores culturales y sociales podemos decir que la participación femenina en los diferentes campos laborales es más amplia, la mujer ayuda en la estabilidad del hogar, dando seguridad

económica a su familia, principal estímulo para salir adelante, ya que su ingreso se ha vuelto imprescindible para la supervivencia de los hogares. Para miles de mujeres formar una familia y trabajar al mismo tiempo significa tener que enfrentar gran cantidad de dificultades relacionadas con la incompatibilidad entre las exigencias de sus hijos y las demandas de su trabajo llegando a afectar su vida personal principalmente en el ámbito familiar, minimizando el tiempo y dedicación a sus hijos que generalmente estos necesitan (1).

Tal vez la economía en el hogar ha mejorado pero la desatención que sufren los niños, es un factor trascendental para posibles conflictos de salud en el futuro del infante. La mujer trabajadora tiene que recurrir a parientes, o guarderías para que estos den la atención y cuidados que sus hijos necesitan, depende de la situación laboral que desempeñe y que beneficios económicos este obteniendo, ya que si cuenta con un nivel medio alto, tiene la posibilidad de tener a su hijo en una institución que brinde una adecuada atención, sin embargo, si trabaja para sostener la economía del hogar y no cuenta con los medios económicos para brindarle una adecuada atención, sus hijos se verán afectados y repercutirá en su salud así como en su crecimiento y desarrollo (3).

Existen evidencias, que estar económicamente mejor no es garantía de buena alimentación, ya que por el horario de trabajo muchas madres no pueden amamantar o brindarles los alimentos necesarios a sus hijos. Según la OMS/OPS estima que aproximadamente la mitad de la anemia en la población se debe a la deficiencia de hierro. Aunque la deficiencia de hierro es la causa la más común, otras deficiencias de vitaminas y minerales, inflamación crónica, infecciones parasitarias, y trastornos hereditarios pueden causar anemia. Tanto la anemia y deficiencia de hierro tienen consecuencias graves para la salud y en términos económicos (1).

Además los factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como

desnutrición materna, alimentación complementaria deficiente e inadecuada administración de multimicronutrientes (1).

En relación a los factores culturales tenemos el lugar de procedencia y religión de los cuidadores, que es el medio natural, en el cual nacen y viven con sus tradiciones y costumbres, presentando a la persona de la costa, sierra y selva; cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares. Cada cultura va a diferir de lo que es o no válido como alimento, condicionando así su utilización a pesar de su disponibilidad, las creencias y las maneras de preparar los alimentos son difíciles de cambiar, interfiriendo con una correcta nutrición. (1)

En el Perú, la anemia definida principalmente como la condición de insuficiencia de hierro en la sangre, alcanza al 43,5% de las niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad, cifra menor en 3,3 puntos porcentuales con relación al año anterior. De acuerdo con el tipo de anemia, el porcentaje de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses que padecen anemia leve alcanzó 27,2%, cantidad menor en 0,9 puntos porcentuales respecto al 2014; la anemia moderada (15,9%) decreció en 3,9 y la severa se mantuvo en valores próximos (3).

A Nivel Regional en el Perú, la región más afectada es la sierra, donde el 51,8% de niños menores de 3 años tiene anemia y le sigue muy de cerca la selva (51,7%). La costa presenta 36,7%. Los departamentos con mayor número de niños con anemia son Puno, Junín, Piura, Cusco y Loreto, cada uno con más de 35 mil niños afectados por este mal. Si bien la prevalencia en Lima Metropolitana está por debajo del promedio nacional (32,6% en el 2016), en números absolutos representa, junto con Callao, aproximadamente 160 mil niños y niñas de entre 6 y 35 meses y encabezan la lista de ámbitos con mayor cantidad de niños anémicos en el país. Son 16 departamentos, entre los cuales Puno (76%), Madre de Dios (58,2%), Apurímac (56,8%), Pasco (56,1%), Loreto (55,6%), los que encabezan la lista con niveles de anemia por encima del promedio nacional (1).

Es cierto que la anemia afecta en mayor proporción a los más pobres (53,8%) y pobres (52,3%); sin embargo, en los niveles más altos, los niños enfermos llegan a representar el 31,4% y 28,4%, se produce por la baja concentración de la hemoglobina en la sangre, siendo una de sus principales causas la alimentación con bajo contenido de hierro (1).

En la región Tacna, para el 2017, de 4,736 niños menores de 3 años con dosaje de hemoglobina, 1537 niños padecen de anemia haciendo

una proporción de 32,3% este porcentaje está catalogado por la OMS como prevalencia moderada y es un problema de salud pública, persiste el problema con mayor riesgo en ocho distritos: Huanuara 100% con diez casos, Curibaya 90% con nueve casos, Cairani 83,3 con quince casos, Candarave 54,7% con 35 casos, Palca 46,9% con 23 casos Camilaca 46,2% con seis casos, Ilabaya 46,4% con 26 casos, Locumba 42,4% con 25 casos. En cuanto al distrito de Ciudad Nueva registro 39,5%, Alto Alianza 39,3%. Gregorio Albarracín Lanchipa 35,7%, Tacna e Ilabaya es el 34,2% (4).

Actualmente la población que acude al C.S. Francisco Bolognesi las madres tiene un ingreso económico familiar superior a 850 soles mensuales, mientras algunas tienen un ingreso inferior a 850 soles. Asimismo las madres terminaron la secundaria y solo algunas tienen el nivel primario. En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje de madres son amas de casa seguido de las que trabajan y estudian. La mayor parte de la población son jóvenes que según los datos observados en el consultorios de crecimiento y desarrollo se aprecia que cuentan entre 1 ó 2 hijos que generalmente.

Las madres cuentan con ayuda en el cuidado de sus hijos o lo llevan a la cuna o guardería por motivo que tienen que trabajar o seguir

estudiando además que las madres mayormente son madres solteras o convivientes con nivel de instrucción secundaria muy pocos superiores de las cuales son pocos los que ejercen dedicándose algunos a trabajos independiente o ama de casa se observa además una población de procedencia extranjera de Chile, y lugar de procedencia de la sierra y selva por ser Tacna una zona comercial que se dedican mayormente al comercio y por el trabajo que realizan compran sus alimentos en puestos de comida que generalmente no cuentan con los nutrientes y carentes de hierro y poco salubres y por su situación económica buscan los más económicos tipo menú.

Estas situaciones presentadas nos motivan a investigar sobre la “Relación de los Factores socioculturales y económicos con la Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017”, ya que se encontraron casos de niños con anemia ferropénica a través de la utilización de la hemoglobinómetro portátil y exámenes de laboratorio en niños de cuidadores donde la alimentación rica en hierro es inadecuada ,por ello se estudió los factores relacionados a la anemia donde también se tendrán a los niños sin anemia para el estudio, el cual nos permitirá disminuir la incidencia de anemia a nivel Nacional y en la jurisdicción de Bolognesi. A la vez mejorar las estrategias de monitoreo y seguimiento del niño(a) menor de 36 meses.

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de los factores socioculturales y económicos con la anemia ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017?

### 1.2. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y económicos con la Anemia Ferropénica de los niños de 12 a 24 meses de edad en el C.S. Bolognesi 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociales con la Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad.
- Identificar los factores culturales con la Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad.
- Identificar los factores económicos con la Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad.
- Determinar la Anemia Ferropénica de los niños de 12 a 24 meses de edad en el C.S. Bolognesi 2017.

- Relacionar los factores socioculturales y económicos con la Anemia Ferropénica de los niños de 12 a 24 meses de edad en el C.S. Bolognesi 2017

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Siendo la prevalencia de la anemia uno de los principales problemas de gran magnitud a nivel mundial y nacional, que afecta mayormente al niño menor de tres años, trayendo consecuencias que presenta en el transcurrir del tiempo comprometiendo la habilidad del niño para aprender, lo que limita a un más sus perspectivas de futuro en donde están comprometidos los factores socioculturales y económicos los que están asociados con la pobreza y brechas de inequidad desigualdad de oportunidades exclusión discriminación o por causas subyacentes grado de instrucción de la madre, procedencia, practicas inadecuadas de crianza costumbres y creencias, alimentación complementaria deficiente e inadecuada administración de micronutrientes y habiéndose identificado 132 niños menores de 36 meses con diagnóstico de anemia por déficit de hierro, entre los meses de enero y octubre del presente año a nivel regional (1). Es necesario establecer que factores son más predisponentes y que están relacionados con la anemia ferropénica para intervenir y abordar estos problemas que están presentes, para erradicar la presencia de anemia en los niños de

12 a 24 meses en el C.S. Bolognesi, para que logren un mejor desarrollo de sus capacidades cognoscitivas.

La presente investigación permitirá al profesional de enfermería fortalecer las consejerías en la prevención de la Anemia que se le brindará a la madre en la consulta de CRED a si mismo implementar estrategias preventivas promocionales en los diferentes puestos o centros de salud de Tacna. A la vez coordinar con la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo del nivel regional para mejorar la actuación en las acciones a prestar en prevención de la anemia ferropénica, a la vez servirá de fuente estadística a nivel del MINSA que permita conocer los índices de la enfermedad, para así reducir la incidencia y prevalencia de la anemia.

También se dará conocimiento a las diferentes instituciones implicadas en la actuación frente al problema como es la Municipalidad distrital de Tacna, Gobierno Regional, instituciones educativas de la jurisdicción, policía los cuales ayudaran en la captación, prevención y promoción para disminuir los casos de anemia ferropénica.

#### **1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

- Ha: Existe relación entre los factores socioculturales y económicos con la anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017”.
- Ho: No existe relación entre los factores socioculturales y económicos con la anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017”.

## 1.5. OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>VARIABLE</p> <p>INDEPENDIENTE</p> <p><i>FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS</i></p>	<p>Son características que permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad, la influencia del ambiente en la situación problema, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto.(3)</p> <p>Se refiere a la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación, como secundarias.(3)</p>	<p>Se incluyen ítems relacionados con religión, ocupación de quienes cuidan a los niños de 12 a 24 meses, todos son datos excluyentes debiendo solo escoger una alternativa de las mencionadas, al final se suma las cantidades de cada ítem para dar el total.</p> <p>Se incluye tres ítems relacionados con la ganancia mínima vital que percibe cada cuidador del niño, estos datos son excluyentes debiendo solo escoger una alternativa, al final se sacan sumatorias las cantidades por cada ítem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FACTORES SOCIALES               <ul style="list-style-type: none"> <li>RELIGIÓN</li> <li>OCUPACIÓN</li> </ul> </li> <li>• FACTOR ECONOMICO               <ul style="list-style-type: none"> <li>INGRESO ECONOMICO FAMILIAR</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católico</li> <li>• Evangelista</li> <li>• Mormón</li> <li>• Otros</li> <li>❖ Ama de casa</li> <li>❖ Estudiante</li> <li>❖ Trabajador independiente</li> <li>❖ Trabajador dependiente</li> <li>∞ Menor de 850 soles</li> <li>∞ Mínimo vital de 850 soles</li> <li>∞ Mayor de 850 soles</li> </ul>	<p>Datos Excluyentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A</li> <li>❖ B</li> <li>❖ C</li> <li>❖ D</li> <li>❖ A</li> <li>❖ B</li> <li>❖ C</li> <li>❖ D</li> <li>❖ A</li> <li>❖ B</li> <li>❖ C</li> </ul>	<p><b>Nominal</b></p> <p><b>Nominal</b></p>

<p>VARIABLE DEPENDIENTE <i>ANEMIA FERROPENICA</i></p>	<p>Son aquellos elementos del conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad se manifiesta. La suplementación alimentaria y los conocimientos y costumbres sobre la alimentación son los que van a ayudar al niño al aporte de los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.(4)</p> <p>Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro. (16)</p>	<p>Se divide en dos tipos de medición para la suplementación alimentaria se utiliza una escala dicotómica (Si / NO), la suplementación consta de 9 ítems relacionados los 4 primeros referentes a la preparación alimentaria y los otros 5 a la reacción adversa. El otro tipo de medición es la escala de Likert dada en 5 intervalos a escoger, son 5 ítems relacionados a conocimientos y costumbres.</p> <p>Es la medición de los niveles de hemoglobina según los rangos establecidos por la OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FACTOR CULTURAL</li> </ul> <p>SUPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA</p> <p>CONOCIMIENTOS Y COSTUMBRES DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ANEMIA LEVE</li> <li>○ ANEMIA MODERADA</li> <li>○ ANEMIA SEVERA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adecuada</li> <li>❖ Inadecuada</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 5 a más veces</li> <li>❖ 4 veces</li> <li>❖ 3 veces</li> <li>❖ 2 veces</li> <li>❖ 1 vez</li> </ul> <p>10 a 10.9 gr/dl 7 a 9.9gr/dl &lt;7gr/dl</p>	<p>Escala Dicotómica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Si</li> <li>❖ No</li> </ul> <p>Escala Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Demasiado o mucho</li> <li>❖ Regular</li> <li>❖ Poco</li> <li>❖ Muy Poco</li> </ul> <p>Valores OMS</p> <p>&gt;10 7&lt; X &lt;10 &lt;7</p>	<p><b>Ordinal</b></p> <p><b>Escala</b></p>
---	---	--	---	---	---	--

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Luna B. (5). En su estudio titulado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud ex Fundo 2013”. Estudio aplicativo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La muestra conformada por 55 niños que asistían al Centro de Salud ex Fundo ubicado en la ciudad de Lima. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Del 100% (55), 58% (32) madres expresaron que los factores relacionados con el cuidador del paciente está ausente y 42% (23) presente. En la dimensión relacionado con el tratamiento 67% (37) refieren que está ausente y 33% (18) presente; en la dimensión relacionado con la prestación de los servicios de salud 56% (31) está presente y 44% (24) ausente.

Campos F., Huatay M. (6) "Factores socioeconómicos, culturales y la anemia ferropénica en niños menores de tres años, Centro de Salud Otuzco 2012". Estudio descriptivo, correlacional, analítico, de corte transversal. La muestra constituida por 20 niños menores de tres años

con sus respectivas madres que asistían al Centro de Salud ubicado en la ciudad de Trujillo. El instrumento fue un cuestionario aplicado a las madres y la observación indirecta de las historias clínicas en la cual se recopiló resultados del tamizaje de hemoglobina de los niños. Los resultados relevantes fueron: En el factor económico el 100% de las madres son amas de casa En el factor cultural el 95% de los niños recibieron lactancia materna de igual manera la duración de ésta es más de los 6 meses de edad; concluyendo que la anemia ferropénica leve se presenta en mayor porcentaje que la anemia moderada 65% y 35% respectivamente.

Velásquez J., Rodríguez Y. (7). En su artículo de estudio “Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013”.El objetivo era determinar los factores sociodemográficos y las características del cuidado materno-infantil asociadas con la anemia en niños de seis a 35 meses de edad en Perú. Concluyendo que la prevalencia de anemia fue alta (47,9 %). Se identificaron doce factores asociados con la anemia: factores sociodemográficos como vivir fuera de Lima y Callao; en un hogar con bajo nivel socioeconómico; tener una madre adolescente y con bajo nivel educativo; y factores relacionados con el cuidado materno-infantil como la falta de control prenatal en el

primer trimestre, diagnóstico de anemia en la madre en el momento de la encuesta y ausencia de tratamiento antiparasitario preventivo en el niño.

Maldonado A., Tapia J. (8). En su estudio “Factores relacionados con la anemia en lactantes de 6 a 11 meses Centro de Salud 15 de Agosto Arequípa-2015”.El objetivo era determinar los factores personales, nutricionales y socioculturales que se relacionan con la anemia en lactantes de 6 a 11 meses. Centro de Salud 15 de agosto. Arequipa-2015.Concluyendo que entre los factores socioculturales de la madre se encontró que el 62,7% de las madres tiene un ingreso económico familiar superior a 750 soles mensuales, mientras que en el 37,3% su ingreso es inferior a 750 soles.

El 54,5% de las madres tiene nivel secundario y sólo el 1,5% tiene nivel primario. Asimismo, el 67,9% de las madres son amas de casa y el 4,5%trabaja y estudia. En el nivel de conocimientos sobre anemia se observó que el 68,7% de las madres tienen nivel alto y solo el 1,5% posee nivel de conocimientos bajo.

Quina E., Tapia J. (9). En su estudio “Prevalencia de anemia ferropénica y factores asociados en niños de 6 a 36 meses de edad de la Micro red de Francisco Bolognesi. Arequipa – 2017”.El objetivo era

determinar la prevalencia de anemia ferropénica y los factores asociados en niños de 6 a 36 meses de edad de la Micro Red de Francisco Bolognesi. Arequipa –2017. En los resultados obtenidos se encontró que del 100% de niños de 6 a 36 meses de edad, el 37,4% presentaron anemia ferropénica; en relación al factor socioeconómico el 100% de las familias poseen todos los servicios básicos. Con respecto a los factores de salud del niño y de la madre, el 87,2% recibe multimicronutrientes así mismo; el 56,0% de los niños recibe multimicronutrientes de manera interrumpida y el 40,2% de las madres presento una inadecuada ganancia de peso durante el embarazo.

Huamán E. (10). En su estudio titulado” Disminución de la prevalencia de anemia con el uso de Sprinkles en AAHH de Ventanilla – Callao 2008 – 2009”.Estudio aplicativo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Se seleccionaron 256 niños y niñas entre 6 y 59 meses de 10 AAHH del distrito de Ventanilla en Callao. Cada niño recibió un esquema diario de Sprinkles como suplemento en el almuerzo por 60 días consecutivos. Las madres recibieron capacitación en temas de nutrición, suplementación e higiene. Se realizó un dosaje de hemoglobina al inicio de la intervención y 4 semanas después del fin de la suplementación se realizó la medición de hemoglobina de control.

Se consideró anemia aun valor de Hb menor de 11g/dl. La prevalencia de anemia disminuyó de 34,4% a 12,5%, lo cual representa una disminución de 63,66% respecto de los valores al inicio de la intervención, los resultados obtenidos en esta intervención y los observados en otras regiones y países de Latinoamérica, indican que la intervención con Sprinkles o Chispitas es mucho más efectiva si ésta se acompaña de un programa de soporte social que incluya la vigilancia comunitaria a fin de asegurar la adhesión al esquema de suplementación y un fuerte énfasis en generar capacidades y cambios de conducta en las familias. Concluye que la suplementación con Sprinkles acompañado de una intervención integral dirigido a la capacitación y el cambio de comportamiento en las madres de familia representan un medio efectivo para disminuir la prevalencia de la anemia en la zona.

Del Arca C., Mendoza M. (11).En su estudio titulado” Factores de deserción en madres que cumplen y no cumplen con el programa de suplementación de multimicronutrientes en el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan”. Estudio realizado es de tipo casos y controles, con diseño observacional analítico. La población constó de 100 madres, la técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Identifico que

el factor con mayor fuerza de relación en la deserción son el factor madre con un valor R cuadrado de Cox y Snell de 0,671 y el factor práctica de enfermería con un R cuadrado de Cox y Snell de 0,662. En cuanto a los indicadores de cada uno de los cinco factores, se identificó que para el factor sociocultural la edad de la madre ( $\chi^2$  0,037) y el grado de instrucción ( $\chi^2$  0,001) son los que más influyen; para el factor madre todos presentan  $\chi^2 < 0,05$ , por ello guardan relación con la deserción; en el factor niño son: la edad ( $\chi^2$  0,012) y reacción frente a la administración de los MMN ( $\chi^2$  0,012), para el factor práctica de enfermería ( $\chi^2 < 0,05$ ) todos presentan relación con la deserción. Finalmente, para el factor institucional la entrega mensual de los MMN ( $\chi^2$  0,016) y la orientación sobre los MMN en casa ( $\chi^2$  0,043) fueron los más influyentes. Concluye que existe relación entre los factores de deserción en madres que cumplen y no cumplen con el programa de suplementación de multimicronutrientes en el Centro de Salud Gustavo Lujan Lanatta.

Centeno S. (12). En su estudio titulado “Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados a anemia ferropénica en niños de 6 meses en cuatro establecimientos de salud de la red SJM-VMT 2013”. Estudio aplicativo de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La

muestra conformada de 40 niños que asisten bajo el cuidado de su madre al componente CRED en cualquiera de los cuatro establecimientos de salud de la red SJM-VMT. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario, evaluado por 8 profesionales especialistas en el tema, aplicado previo consentimiento informado. Del 100% (40), 90%(36) tuvo anemia leve; respecto a los factores de riesgo intrínsecos, en la sub dimensión relacionada con el metabolismo del hierro, se observó que el 92% de niños no presentó infecciones gastrointestinales ni consumió leche de vaca, en cuanto a los factores de riesgo extrínsecos, según la sub dimensión relacionado al metabolismo, se encontró que el 60% de niños consumió alimentos y/u otros líquidos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses. Concluye que si bien no se ha encontrado un porcentaje significativo de la presencia de los factores de riesgo intrínsecos en los niños de 6 meses, esto puede deberse a la distinta realidad en la que viven y con respecto al factor extrínseco el desconocimiento acerca de la enfermedad se apreció en más de la mitad de las madres lo que significa que no percibe a la anemia como una enfermedad grave por parte de ellas.

Céspedes S. (13). En su estudio "Conocimiento sobre la anemia y las practicas 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". Estudio aplicativo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La muestra conformada de 100 niños de una población de 240 niños que acuden al centro materno infantil y emergencia tablada de Lurín. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Con respecto a los resultados los datos permiten afirmar que la mayoría de las madres pertenecen al grupo etáreo de adultas jóvenes, tienen secundaria completa, son amas de casa y tiene entre uno y dos hijos, del 100% (100) de madres encuestadas, el 40% (40) de las madres presentan un conocimiento "medio" sobre la anemia ferropénica, 31% (31) un conocimiento "bajo" y el 29% (29) que presenta un conocimiento "alto". En relación a las causas de la anemia el 42%(42) sabe que era por el consumo de pocos alimentos ricos en hierro y el 58%(58) no saben. Concluyendo que las madres del Centro de salud Tablada de Lurín tienen un nivel de conocimientos "Medio" con tendencia a "Alto", ya que desconocen el significado del hierro, las causa y consecuencia de la anemia ferropenia, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores.

Imaicela A. (14). En su estudio "Incidencia de anemia ferropénica en relación al tipo de alimentación, en niños menores de 5 años que acuden al subcentro de salud de Zumbi". Estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, la población estuvo constituida por niños menores de 5 años que acudieron al subcentro de salud de Zumbi durante el periodo febrero - abril 2011, determinando una muestra de 46 niños. La técnica utilizada fue la entrevista, utilizando la recolección de datos de estudio clínico previo consentimiento informado, con respecto a los resultados Del total de pacientes el 86,9% consumen carbohidratos, el 71,8% consumen vegetales; el 63% ingieren lácteos; el 60,9% ingieren cereales, el 43,5% consumen proteínas y el 30,4% ingieren frutas, siendo el grupo alimenticio más consumido los carbohidratos y el menos consumido las frutas y del total estudiado el 56,5% de niños/as tienen hematocrito normal ( $>37\%$ ), con mayor porcentaje (15,2%) los niños/as de 4 a 5 años y con menor porcentaje (6,5%) los niños/as de 2 a 3 años. El 43,5% muestran un hematocrito menor a lo normal ( $<37\%$ ), el mayor porcentaje (13%) obtuvieron los niños/as de 0 a 1 y 1 a 2 años respectivamente y con menor porcentaje (4,3%) los niños/as de 3 a 4 y 4 a 5 años respectivamente. En cuanto a los resultados la Incidencia de anemia ferropénica existente en Zumbi en niños menores de 5 años es del 41,3%; relacionando con la alimentación se observó que el grupo alimenticio más consumido son los carbohidratos (papa,

yuca, plátano, etc.) con el 86,9%, el 71,8% consumen vegetales (hojas verdes, frejoles, maíz, etc.) y el 43,5% consumen proteínas (carnes rojas, pescado, pollo, etc.), los cuales contienen gran cantidad de hierro y ayudan a prevenir la anemia por falta de hierro; y debido a que no existe una buena información de cómo aprovechar estos alimentos, la anemia sigue siendo uno de los principales trastornos presentes en los niños de Zumbi.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad:**

La Organización Mundial de Salud, OMS/UNICEF (2001), define a la anemia como una concentración de hemoglobina en sangre que es menor que el valor esperado (11 g/d), al tomar en cuenta la edad, genero, embarazo y ciertos factores ambientales como la altitud (15,16).

La anemia ferropénica es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados normales, seguido de una disminución de la concentración de hierro en el organismo (15).

La causa principal es la inadecuada ingesta de hierro, con bajo consumo de alimentos ricos en hierro y la ingesta de alimentos con hierro de baja disponibilidad, el bajo consumo de facilitadores de absorción de hierro (ej. vitamina C), la disminución del requerimiento de hierro durante los dos primeros años de vida, detiene la aceleración del crecimiento físico y del desarrollo cognoscitivo e intelectual. Asimismo cabe resaltar que a partir de los 4 a 6 meses de vida las reservas de hierro del niño se agotan y por ende los requerimientos de hierro y otros micronutrientes deben de ser cubiertas por la alimentación complementaria (16).

La combinación de un crecimiento rápido, una depleción de los depósitos y un bajo contenido de hierro de la dieta se traduce en un periodo de máxima deficiencia de hierro (15).

Los signos y síntomas manifestados son la palidez en conjuntivas palpebrales, mucosas orales, lechos ungueales y palma de las manos, anorexia, decaimiento, cansancio. Otras manifestaciones incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. Asimismo, se pueden observar alteraciones en el comportamiento de los lactantes y de los niños, caracterizadas por irritabilidad y falta de interés en su ambiente (15,16).

Las consecuencias de la deficiencia de hierro en los niños están asociadas con retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, así como con una resistencia disminuida a las infecciones. El efecto adverso más importante en los niños es la alteración del desarrollo psicomotor (lenguaje, social, coordinación, motora), el cual es probablemente irreversible. Y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente. (16)

El diagnóstico para identificar la anemia ferropénica se realiza a través de dos maneras:

- a) Clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico.
  - Anamnesis: Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño.
  - Examen físico : Considera los siguientes aspectos a evaluar:
    - Observar el color de la piel de la palma de las manos.
    - Buscar palidez de mucosas oculares
    - Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo

- Examinar sequedad y caída del cabello.
- Observar mucosa sublingual.
- Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos. diagnosticar la carencia de hierro (también llamada ferropenia).

b) Laboratorio: Medición de Hemoglobina, Hematocrito y Ferritina Sérica. Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito. En los Establecimientos de Salud que cuenten con disponibilidad se podrá solicitar Ferritina Sérica.

c) Otros: Se utiliza el Hemoglobinómetro portátil: Es un equipo que se usa para realizar lecturas directas de hemoglobina (16).

La concentración de la hemoglobina es relativamente fácil de determinar, la prevalencia de la anemia se ha usado a menudo como sustituta de la anemia ferropénica. Aunque este enfoque quizá sea útil en entornos donde se sabe que la carencia de hierro es la causa principal de anemia, no es válido en entornos donde la causa de la anemia es más compleja (17).

Según la OMS y el Sistema de Información Nutricional sobre Vitamina y Minerales, las concentraciones de hemoglobina para diagnosticar en niños menores de 5 años, son las siguientes:

- Anemia Leve: Hemoglobina de 10,0 – 10,9 g/dl.
- Anemia Moderada: Hemoglobina de 7,0 – 9,9 g/dl.
- Anemia Severa: Hemoglobina es <7,0 g/dl. (16).

Esto también depende de la altura sobre el nivel del mar, es decir cuando la niña o niño reside en localidades ubicadas a partir de los 1000 metros sobre el nivel del mar se realizará el factor ajuste de la hemoglobina observada (16).

Niveles de Hemoglobina ajustada = Hemoglobina Observada –  
Factor de ajuste por altura.

## ESQUEMA

### AJUSTE DE HEMOGLOBINA SEGÚN ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR

ALTURA (msnm)	FACTOR DE AJUSTE POR ALTURA	ALTURA (msnm)	FACTOR DE AJUSTE POR ALTURA
1000	0,1	3100	2,0
1100	0,2	3200	2,1
1200	0,2	3300	2,3
1300	0,3	3400	2,4
1400	0,3	3500	2,6
1500	0,4	3600	2,7
1600	0,4	3700	2,9
1700	0,5	3800	3,1
1800	0,6	3900	3,2
1900	0,7	4000	3,4
2000	0,7	4100	3,6
2100	0,8	4200	3,8
2200	0,9	4300	4,0
2300	1,0	4400	4,2
2400	1,1	4500	4,4
2500	1,2	4600	4,6
2600	1,3	4700	4,8
2700	1,5	4800	5,0
2800	1,6	4900	5,2
2900	1,7	5000	5,5
3000	1,8		

*Fuente: Guía Técnica N° 001/2012-CENAN-INS "Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil".*

Prevención:

- Alimentación variada que considere la incorporación diaria de alimentos de origen animal ricos en hierro en todos los grupos de edad, especialmente en gestantes, niñas, niños y adolescentes.

- Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacida la niña o niño y de manera exclusiva hasta los 06 meses y prolongada hasta los 02 años de edad.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 06 meses de edad, que incluya diariamente alimentos de origen animal ricos en hierro: sangrecita, bazo, hígado y otras vísceras y carnes rojas en general.
- Corte tardío del cordón umbilical (a los 2-3 minutos) después del nacimiento.
- Suplementación preventiva con hierro en niñas y niños menores de tres años.
- Control de la parasitosis intestinal: En zonas endémicas de parasitosis, las niñas y niños deberán recibir tratamiento de acuerdo a la normatividad establecida (16).

#### Hierro:

Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y en neurotransmisores, de allí que su deficiencia tenga consecuencias negativas en el desarrollo conductual, mental y motor, velocidad de conducción más lenta de

los sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal (16).

### Funciones

- Transporte y depósito de oxígeno en los tejidos: El grupo hemo o hem que forma parte de la hemoglobina y mioglobina, está compuesto por un átomo de hierro. Estas son proteínas que transportan y almacenan oxígeno en nuestro organismo. La hemoglobina, proteína de las sangres, transporta el oxígeno desde los pulmones hacia el resto del organismo. La mioglobina juega un papel fundamental en el transporte y el almacenamiento de oxígeno en las células musculares, regulando el oxígeno de acuerdo a la demanda de los músculos cuando entran en acción.
- Metabolismo de energía: Interviene en el transporte de energía en todas las células a través de unas enzimas llamadas citocromos que tienen al grupo hemo o hem (hierro) en su composición.
- Antioxidante: Las catalasas y las peroxidas son enzimas que contienen hierro que protegen a las células contra la

acumulación de peróxido de hidrógeno (químico que daña a las células) convirtiéndolo en oxígeno y agua.

- Síntesis de ADN: El hierro interviene en la síntesis de ADN ya que forma parte de una enzima (ribonucleótido reductasa) que es necesaria para la síntesis de ADN y para la división celular.
- Sistema nervioso: El hierro tiene un papel importante en sistema nervioso central ya que participa en la regulación los mecanismos bioquímicos del cerebro, en la producción de neurotransmisores y otras funciones encefálicas relacionadas al aprendizaje y la memoria como así también en ciertas funciones motoras y reguladoras de la temperatura.
- Detoxificación y metabolismo de medicamentos y contaminantes ambientales : El Citocromo P 450 es una familia de enzimas que contienen hierro en su composición y que participa en la degradación de sustancias propias del organismo (esteroides, sales biliares), como también en la detoxificación de sustancias exógenas, es decir la liberación de sustancias que no son producidas por nuestro organismo.

- Sistema inmune. - La enzima mieloperoxidasa está presente en los neutrófilos que forman parte de las células de la sangre encargadas de defender al organismo contra las infecciones o materiales extraños. Esta enzima que presenta en su composición un grupo hemo (hierro), produce sustancias (ácido hipocloroso) que son usadas por los neutrófilos para destruir las bacterias y otros microorganismos (16).

#### Clasificación del hierro en los alimentos

- Hierro Hémico: Es el hierro que participa en la estructura del grupo hem o hierro unido a porfirina. Forma parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas, como citocromos, entre otras. Se encuentra únicamente en alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res etc. Tiene una absorción de 10 – 30% (16).
- Hierro no Hémico: Es el que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y tiene una absorción de hasta 10%(9), tales como habas, lentejas, arvejas, con mayor nivel de absorción, y las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro, con menor nivel de absorción(16).

Alimentos fuente de Hierro:

ESQUEMA

CONTENIDO DE HIERRO EN 100gr DE ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL

<b>CONTENIDO DE HIERRO EN 100gr DE ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL</b>			
<b>Alimento</b>	<b>Hierro</b>	<b>Alimento</b>	<b>Hierro</b>
Sangre de Pollo	29,5 gr	Pulpa de pavo	3,8 gr
Bazo de res	28,7 gr	Corazón de res	3,6 gr
Morcilla	20,0 gr	Carne de res	3,4 gr
Hígado de cerdo	13,0 gr	Corazón de carnero	2,8 gr
Hígado de res	10,0 gr	Pescados	2,5 – 3,5 gr
Hígado de pollo	8,5 gr	Pulpa de carnero	2,2 gr
Riñón de res	6,8 gr	Pulpa de pato	1,8 gr
Pulmón (bofe) de res	6,5 gr	Pupa de pollo	1,5 gr
Yema de huevo	5,6 gr		

Fuente: Tabla Peruana de Composición de Alimentos 8va. Edición – CENAN/INS/MINSA.  
Lima –Perú 2008.

## ESQUEMA

### ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES PARA PREVENIR LA ANEMIA

EDAD (meses)	CANTIDAD DE COMIDA POR VEZ		
	Medida en cucharadas	Medida en platos o cucharadas	Alimento de origen Animal rico en hierro
6 - 8	3 a 5	½ plato mediano	1-2 cucharadas
9 - 11	5 a 7	¾ de plato mediano	2 cucharadas
12 - 24	7 a 10	1 plato mediano	2 cucharadas

**Fuente:** Directiva Sanitaria N° 056- MINS/DGSP 2014 "Directiva Sanitaria que establece la Suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses".

#### Absorción del Hierro

##### Facilitadores de la Absorción del Hierro

- Vitamina C (ácido ascórbico): Aumenta la biodisponibilidad, aun en presencia de factores inhibidores tales como los fitatos, los taninos y el calcio. El ácido ascórbico favorece una condición ácida en el estómago que permite la reducción del hierro y por ende su biodisponibilidad (18).
- Proteínas de la carne: Además de proveer hierro Hémico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no Hémico. El efecto positivo del llamado "factor cárnico" se relaciona específicamente con la proteína de origen muscular y no con la proteína de origen animal en general, por lo que huevo

y leche, por ejemplo, quedan excluidos. El consumo de porciones entre 90 a 100g de carne, pescado y/o pollo, en la comida más importante del día incrementa considerablemente la biodisponibilidad del hierro no hemínico (18).

- Vitamina A: Se ha propuesto que esta vitamina ayuda en la movilización de las reservas de Fe, así como en la reutilización del mismo para la eritropoyesis. Por otro lado, se ha postulado que la vitamina A como los betacarotenos ayudan a la solubilización del hierro no hemo, contrarrestando así el efecto de algunos inhibidores como los fitatos. (18)

#### Inhibidores de la Absorción del Hierro

- Ácido fítico (fitatos): Se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros. Si bien las legumbres y los cereales tienen alto contenido de hierro no hémico, no se los considera una buena fuente de hierro ya que también son ricos en fitatos, los que inhiben la absorción del hierro no hémico. No obstante, este efecto puede ser minimizado en presencia de potenciadores de la absorción de hierro como la carne o la vitamina C.

- Polifenoles (Taninos): Se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano). Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.
- Proteínas vegetales: Las proteínas de la soja (tofu) tiene un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hémico que no depende del contenido de fitatos.
- Calcio: Tiene especial importancia, ya que además de intervenir en la biodisponibilidad de hierro no hemo, interviene también en la biodisponibilidad de hierro hemo. (19)

#### Requerimientos del Hierro

La ingesta media de hierro desde los 0-6 meses es de 0.27 mg/día y de los 7 – 12 meses es de 11 mg/día. En el primer año de vida, el recién nacido a término casi duplica sus reservas de hierro y triplica su peso corporal. El aumento de hierro en el cuerpo durante este período se produce principalmente durante los primeros 6 a 12 meses de vida. Y la recomendación de la ingesta media de hierro de 1-3 años es de 7 mg/día y de los 4-8 años es de 10 mg/día. (20,21)

### Suplementación con Multimicronutrientes:

La suplementación con multimicronutrientes y hierro es una intervención efectiva para mejorar los niveles séricos de hierro con el objetivo de asegurar la reducción de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad y favorecer su crecimiento y desarrollo.(22)

Los Multimicronutrientes, son paquetes de monodosis de hierro y otras vitaminas y minerales en forma de polvos que se pueden esparcir y mezclar con cualquier alimento semisólido listo para consumir elaborado en el hogar o en cualquier otro lugar de consumo. El producto en polvo se utiliza para aumentar el contenido de micronutrientes de la dieta del lactante sin cambiar su régimen alimenticio habitual. La presentación contiene 12,5mg de hierro elemental por sobre, con adición de Vitamina A (300 ug RE), Ácido fólico (160 ug), Vitamina C (30 mg) y Zinc (5 mg) (22).

### Indicadores para la Suplementación

En el establecimiento de salud el personal que contacte primero (triaje, admisión u otro) 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; de no ser así deriva inmediatamente al consultorio responsable de la atención integral de salud del niño, para su atención (22).

En los casos que la niña o el niño no hubieran iniciado la suplementación con multimicronutrientes a los 6 meses de edad, se deberá iniciar la suplementación a cualquier edad, dentro del rango de edad recomendado (6 a 35 meses inclusive).

#### Esquema de suplementación

El esquema de suplementación con micronutrientes en niños de 6 a 35 meses es como se detalla a continuación (22):

#### ESQUEMA

##### SUPLEMENTACIÓN PARA NIÑO MENOR DE 36 MESES

CONDICION DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACION	DOSIS (VIA ORAL)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACION
Niños de 6 a 35 meses de edad	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutriente sobre de gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres

Fuente: NTS N°134-MINSA/2017/NORMA TÉCNICA para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas.

Indicaciones para la administración del suplemento de Multimicronutrientes en Polvo

- En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño.
- Mezclar bien el total del contenido del sobre de multimicronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.
- Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

#### Efectos secundarios:

Son mínimos, pero se trata de explicar a la madre o al cuidador que pueden ocurrir molestias, tales como náuseas, estreñimiento o diarrea, que son leves y pasajeras. En caso que las molestias continuaran, se recomienda llevar a la niña o niño al establecimiento de salud, para su evaluación. En ocasiones excepcionales se podrían presentar deposiciones de color oscuro (22).

### Alimentación complementaria

Se define como un proceso natural del hombre pero no es algo sencillo, hay muchos factores sociales, culturales personales, familiares que obstaculizan la buena práctica de este proceso natural y a través del tiempo hacen que los conocimientos se modifiquen positiva y negativamente y si la mujer está involucrada en la sociedad y sus cambios, no se le da a conocer o se le educa sobre conocimiento de la alimentación complementaria sean más difíciles de manejar (20).

La alimentación complementaria es aquella que complementa como una unidad de la lactancia materna sin desplazarla como cualquier alimento líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna a partir de los seis meses, el niño o la niña además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar con la alimentación complementaria, cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, ni causarlo el momento debe ser tranquilo y lleno de cariño(20).

La práctica de alimentación interactiva, actualmente se reconoce que la alimentación complementaria optima no solo depende de

que alimentos se les ofrece al niño en sus comidas si no que la madre da de comer, sino también es importante la manera de cómo cuando, donde y quien le de comer la lactante menor (20).

Algunos autores clasifican los alimentos complementarios en dos categorías, llamados alimentos transicionales hasta el año de edad, mientras que son dominados alimentos familiares cuando el niño consume de la misma dieta familiar (20).

#### Inicio de la alimentación Complementaria

El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente es entre los 6 y 24 meses de edad. Tiempo que a veces no se cumple pues nuestra realidad es otra la mayoría de las madres empieza en forma tardía la alimentación complementaria (20).

#### Tiempo que dura la alimentación Complementaria

Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna, este proceso se lleva a cabo hasta los 24 meses de edad, es decir hasta los dos años (20).

## Importancia

Conforme los niños(as) crecen, se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales. En este momento resulta necesario introducir alimentos adicionales a la leche materna. A este proceso se le denomina alimentación complementaria, el cual se inicia a los 6 meses y finaliza alrededor de los dos años de edad, que es cuando la alimentación con leche materna es reemplazada totalmente por los alimentos de la olla familiar (20).

La diferencia entre la cantidad de energía y nutrientes que una niña o niño necesita y la cantidad que proviene de la leche materna se denomina brecha de energía y nutrientes.

## Cantidad necesaria de alimentos complementarios

Comenzar a los seis meses de edad se empieza con cantidades pequeñas de alimentos y aumentan la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños con ingestas “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 kcal al día para niños entre los 6 y 8 meses de edad, 300 kcal al día para niños entre los

9 y 11 meses, y 550 kcal al día para niños entre los 12 y 23 meses de edad. En esta característica generalmente 2 de cada 5 madres no saben con exactitud qué cantidad deben darles a sus niños (20).

#### Consistencia de los alimentos

Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por si solos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.(20).

#### Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios

Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al:

- Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
- Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación.
- Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños.
- Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

#### Frecuencia de alimentos y densidad energética

Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Para el niño amamantado promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño debe recibir 3-4 comidas al día además de meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es

amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes (20).

#### Contenido nutricional de alimentos complementarios

Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Debe consumirse carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen suplementos nutricionales o productos fortificados. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido adecuado de grasa. Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y sodas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos (20).

El conocimiento de las necesidades nutricionales constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier periodo de vida y en diferentes condiciones ambientales. Durante los primeros meses la nutrición del niño alimentado al pecho, que aumenta de peso a ritmo satisfactorio, ha

sido y sigue siendo el patrón para establecer los requerimientos nutricionales en esta etapa (23).

#### Beneficios de la alimentación complementaria

Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor. En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño. El beneficio económico de la promoción de la alimentación complementaria es la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias (20).

#### Clasificación de los alimentos

La elección de alimentos complementarios depende no sólo de aspectos nutricionales (energía, proteína, micro-nutrientes que se debe aportar) sino también de los hábitos culturales, de factores biológicos, como la maduración de los procesos fisiológicos y de factores relacionados con quienes brindan el alimento como es el conocimiento de la madre. Es importante reconocer que las intervenciones nutricionales confrontan siempre las creencias y hábitos familiares (20).

Los alimentos se pueden clasificar de muchas formas, por su contenido de nutrientes, por la función que desempeñan en el organismo y por grupos (agrupados por características nutritivas y físicas similares) (20).

#### Combinación de alimentos

Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia. Existen tres tipos de mezclas para un niño que recién está empezando con su alimentación complementaria (20).

#### El cuidado durante la alimentación complementaria

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no sólo de qué alimentos se le ofrece a la niña o niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a una niña o niño. La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

Un estilo «controlador», donde la madre o cuidadora decide cuándo y cómo come el niño(a) puede ocasionar que las niñas o niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño(a) en riesgo de sobrepeso. Un estilo «dejar hacer», donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños(as) menores de un año, salvo que el niño(a) esté enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población. Un estilo "Interactivo" incluye comportamientos que permiten una óptima inter - relación madre o cuidadora - niño (23)

### **2.2.2. Factores Socioculturales y económicos del cuidador de los niños de 12 a 24 meses de edad:**

Se denomina FACTORES a aquellos elementos o circunstancias que contribuyen, junto con otras cosas, a producir un resultado (2).

Factores Sociales: Son características que permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad, la influencia del ambiente en la situación problema, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto (2,3).

Podemos considerar a:

Ocupación

El trabajo, a través de las distintas etapas de desarrollo de la humanidad, ha planteado un conflicto permanente de carácter social (2,3).

- Ama de casa
- Comerciante
- Estudiante
- Trabajador dependiente
- Trabajador independiente

## Religión

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales (2,3). Según el INEI las predominantes en Tacna corresponden a:

- Católica
- Evangelista
- Mormón
- Otros

## Factores Culturales

Son aquellos elementos del conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad se manifiesta (2,3).

En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud, influye las características de acceso cantidad

y calidad de alimentos ricos en hierro, así como el agua y saneamiento básico, alimentos facilitadores de absorción de hierro, la baja proporción de lactancia materna exclusiva y el bajo nivel de educación de los padres. Considera:

- **Suplementación alimentaria:** Es una innovación de fortificación de la alimentación en casa para abordar las deficiencias de vitaminas y minerales que tiene como objetivo asegurar su suministro de hierro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad para asegurar niveles adecuados en su organismo, prevenir la anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo.

En nuestro trabajo se hace mención a su importancia, preparación y reacciones en su consumo (22).

- **Conocimientos y costumbres de la alimentación del niño:** Constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier periodo de vida y en diferentes condiciones ambientales el cual está dada por su cuidador (23).

El nivel nutricional que presenta el niño está relacionado con los conocimientos y prácticas que la madre o las personas encargadas de la alimentación presenten, lo cual se vincula con los hábitos y costumbres que tienen sobre la administración de los alimentos como la frecuencia, la consistencia, la cantidad y la inclusión oportuna de los alimentos según la edad. Es así, que la educación materna juega un papel sumamente importante y que en vez de que actúe como un factor de riesgo pueda actuar como un factor protector reduciendo la mortalidad infantil y promoviendo un desarrollo saludable temprano del niño (23).

#### Factores Económicos

Se refiere a la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación, como secundarias (2,3) (MINSA, 2007). Tenemos al:

Ingreso económico familiar: cantidad de dinero que percibe la familia mensualmente. (MINSA, 2007).

Se medirá a través de los ítems:

- Menor de un mínimo vital (850 nuevos soles)
- Un mínimo vital (850 nuevos soles)

- Mayor de un mínimo vital (850 nuevos soles)

### **2.2.3. Niño de 12 a 24 meses**

En los primeros años de la vida se consolida la estructura básica del cerebro puesto que las mayores aceleraciones en su desarrollo se dan en los primeros años. Entre los 0 y 36 meses se generan 700 conexiones neuronales por segundo y es a partir de los 5 años que se produce una poda de ellas. El menor de 24 meses, dada su elevada velocidad de crecimiento, tiene elevadas necesidades de hierro y otros nutrientes. Es clara la necesidad de asegurar una buena alimentación con consumo adecuado de hierro y micronutrientes y una buena salud, desde la gestación y durante los primeros 24 meses (1).

El contenido de hierro cerebral va aumentando a lo largo de la infancia hasta alcanzar los niveles del adulto tras la pubertad. Está implicado en múltiples procesos del sistema nervioso: síntesis de ATP, neurotransmisión y formación de mielina, siendo esencial para la adecuada neurogénesis y la diferenciación de ciertas regiones cerebrales (1).

Los estudios realizados sustentan la hipótesis de que la ferropenia puede causar alteraciones en el desarrollo cognitivo, motor y de la conducta ; incluso se ha relacionado también con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad , con el síndrome de las piernas inquietas , espasmos del sollozo , pausas de apnea, desajustes en el patrón del sueño y accidentes cerebrovasculares.

Igualmente se tienen evidencias suficientes que la anemia ferropénica en el lactante y niño menor de 2 años se relaciona con alteraciones en el desarrollo madurativo, peores puntuaciones en los test de función cognitiva y comportamiento, así como con alteraciones sobre la fisiología auditiva y visual.(2)

#### **2.2.4. Modelo de Adopción del rol Maternal de Ramona Mercer**

Realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del si mismo relativamente estable,

adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

### **METAPARADIGMAS:**

**Persona:** Se refiere al “si mismo”. A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.

**Salud:** La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.

**Entorno:** No lo define. Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

**Enfermería:** Se refiere a ella como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta.

Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.

“Modelo de adopción del rol maternal” Mercer explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo. Al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener el bienestar del hijo. El cuidado de enfermería debe de contribuir identificando junto con la madre situaciones que dificultan o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan la adopción del rol materno. Las variables del modelo de Mercer se sitúan dentro de tres círculos concéntricos los cuales interrelacionan entre sí. Los conceptos principales de la teoría de adopción del rol materno que apoyaron el modelo propuesto se encuentran dentro del microsistema y son: características maternas (sensibilidad a las señales, actitudes respecto a la crianza, estado de salud), características del hijo

(temperamento y salud), rol materno (competencia en el rol), y resultado en el niño (salud).

**Rol materno:** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce desde la concepción hasta el primer año de vida del hijo donde la madre crea un vínculo con este, aprende las tareas del rol, presta cuidados, expresa placer y gratificación con su nuevo rol. Mercer define competencia en el rol, como la capacidad de la mujer para proporcionar atención experta y sensible sabiendo cómo, qué, cuándo, y por qué hace algo por su hijo, fomentando el desarrollo y bienestar del niño. Las prácticas de alimentación se definen como apropiadas cuando la madre tiene la capacidad de responder a las señales de hambre y saciedad en base al desarrollo físico y emocional del lactante promoviendo una ingesta autorregulada. Estas prácticas están determinadas al qué, cuánto y cómo se alimenta en relación a la lactancia materna y a la alimentación complementaria.

**El Resultado en el niño:** se define como la ausencia o presencia de enfermedades que pueden provocar la separación de la madre y el hijo e interferir en la adopción del rol materno. La primer infancia es una de las etapas más importantes del desarrollo humano,

donde el individuo a través de la madre adquiere las herramientas necesarias para convertirse en un ser autónomo independiente y saludable, sin embargo la falla materna en los cuidados, podría propiciar que el hijo no alcance el pleno desarrollo físico, mental y social. Estos niños generalmente tienden a remplazar el afecto materno con sensaciones placenteras como comer sin la presencia de hambre, así como no tener autorregulación en la saciedad. Los supuestos de la teoría de adopción del rol materno de Mercer se describen a continuación: (1) un rol materno estable es adquirido en la socialización a lo largo del tiempo y este determina como la madre define y percibe los hechos sobre las respuestas de sus hijos junto con su situación vital a la cual debe responder, (2) un rol materno estable es influenciado por las características innatas de su personalidad como su temperamento, percepción de sus emociones, además de su nivel de desarrollo, (3) el hijo refleja la competencia de la madre a través de su crecimiento y desarrollo, (4) el hijo recibe la influencia del desempeño del rol e influye a su vez en dicho desempeño.

“Modelo de rol materno en la alimentación del lactante”:

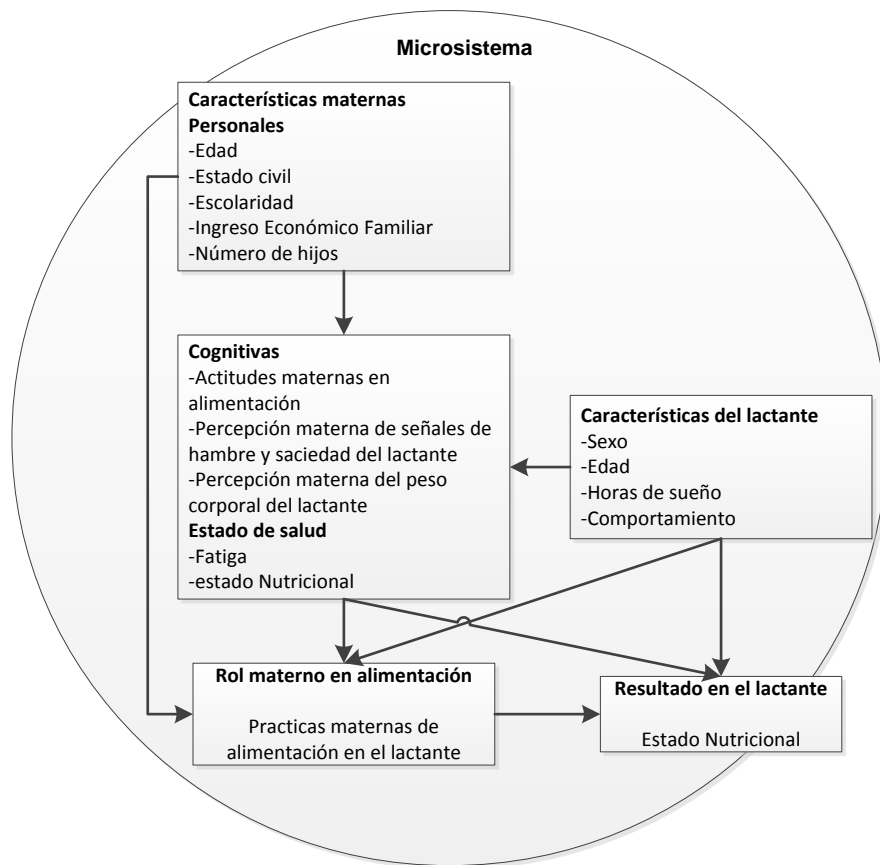
**Estado de salud materno:** este concepto lo refiere Mercer como las percepciones maternas sobre su salud anterior, actual y futura.

Se representa por la fatiga materna y estado nutricional. La fatiga materna se define como la presencia de síntomas de cansancio o agotamiento físico y mental que influyen para realizar las actividades diarias de crianza. El estado nutricional materno es la condición relacionada con el peso corporal materno evaluado por diversas medidas antropométricas.

**Características del hijo:** Mercer lo refiere como conjunto de diferencias individuales o rasgos biológicos y comportamentales del niño, perceptibles a través de la visualización. En el presente modelo son las cualidades que permiten identificar a los lactantes, distinguiéndose de otros y son representados por: sexo, edad, horas de sueño y comportamiento (temperamento). Las características del hijo influyen en los factores cognitivos y de salud maternos, en el rol materno y en el resultado del lactante. El sexo se define como una condición biológica que clasifica al lactante en hombre o mujer. La edad se define como el tiempo transcurrido en meses desde el nacimiento del lactante hasta el momento de su valoración. Las horas de sueño del lactante se refieren al número de horas que duerme el lactante durante las 24 horas del día.

**Rol materno en la alimentación:** se deriva del concepto competencia en el rol de Mercer, en el presente modelo se representa por las prácticas maternas de alimentación que se definen como las acciones que ejercen las madres sobre el tipo, cantidad y frecuencia de los alimentos, con la finalidad de dar respuesta a las señales de hambre y saciedad percibidas en sus hijos. Las prácticas maternas de alimentación infantil se relacionan directamente con el resultado en el lactante.

**Resultado del lactante:** este concepto se deriva del concepto resultado del hijo de Mercer. Para este modelo, el estado nutricional del lactante representa la condición de peso del lactante según la edad y puede valorarse por diversas medidas antropométricas.(24)



Fuente: Modelo del Rol Maternal – Ramona Mercer

### 2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

#### FACTORES:

Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la transformación de los hechos, contribuyendo a que se obtengan determinados cambios. Tipos:

**FACTORES SOCIALES:**

Son características que permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad, donde influye el ambiente en la situación problema, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto.

**FACTORES CULTURALES:**

Son aquellos patrones que influyen de forma determinante en las creencias sobre la salud, alimentación rica en hierro a través de los cuales una sociedad se manifiesta.

**FACTORES ECONÓMICOS:**

Se refiere a la capacidad adquisitiva de dinero que satisfagan los cuidadores frente a las necesidades de su niño entre ellas tenemos a la alimentación, vestido, vivienda, educación, etc.

**ANEMIA FERROPÉNICA:** La anemia por deficiencia de hierro es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro.

**NIVELES DE LA ANEMIA FERROPENICA:** Según la OMS y el Sistema de Información Nutricional sobre Vitamina y Minerales, las

concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia para niños menores de 5 años, son las siguientes:

Anemia Leve: Hemoglobina de 10,0 – 10,9 g/dl.

- Anemia Moderada: Hemoglobina de 7,0 – 9,9 g/dl.
- Anemia Severa: Hemoglobina es <7,0 g/dl.

### **NIÑO DE 12 A 24 MESES:**

Esta etapa es de mayor vulnerabilidad frente a los efectos del entorno y la calidad de las experiencias que las niñas y niños acumulan desde la gestación hasta sus primeros años de vida. El contenido de hierro cerebral va aumentando a lo largo de la infancia hasta alcanzar los niveles del adulto tras la pubertad.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **a. Población**

La población de estudio es de 60 niños de 12 a 24 meses de edad, comprende el periodo de Enero a Diciembre del 2017 que se encuentra registrado en el Padrón Nominal de Niños Menores de 5 Años del C.S. Bolognesi ,2017. (Anexo 1)

##### **b. Muestra**

La muestra con la que se trabajo es un muestreo no aleatorio o no probabilístico, de conveniencia, seleccionado por las autoras.

#### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Instrumentos de Recolección de datos

Para llevar a cabo el presente estudio de investigación la técnica que se utilizó será la encuesta y como instrumento de medición será el

Cuestionario elaborado por las autoras del presente trabajo de investigación (VER ANEXO N°2), el cual consta de preguntas para obtener información sobre la relación de los FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS con la ANEMIA FERROPENICA, la cual fue válida respectivamente por los expertos.

El cuestionario presenta las siguientes características:

- Es auto aplicativo y anónimo.
- Incluye una breve explicación de los propósitos del estudio, manejo de la información.

#### **Información personal para el cuidador del niño**

- Edad del niño, es la persona de la cual se tomaran los datos más importantes, que serán relevantes para el estudio de la investigación. (pregunta 1)

#### Clasificación

- 12 meses a 15 meses
- 16 meses a 18 meses
- 19 meses a 21 meses
- 22 meses a 24 meses

- Sexo, condición orgánica del infante (pregunta 2)

Categoría

- Masculino
- Femenino

- ¿Quién cuida al niño?; nos identifica a la persona que pasa más tiempo con el infante, el que le brinda la alimentación. (pregunta 3)

Categoría

- Mamá
- Papá
- Otro (Tío, Tía, Abuela, etc.)

- ¿Ayuda usted en la alimentación del niño?; se refiere al cuidador que participa activamente en la alimentación del infante. (pregunta 4)

Dimensión

- Si
- No

- Estado civil; se refiere a la condición del cuidador según el registro civil. (pregunta 5)

Categoría

- Soltera
- Casada
- Conviviente

- Divorciada
- Viuda
- Nivel de Instrucción; se refiere al grado de conocimiento académico alcanzado por parte del cuidador. (pregunta 6)

#### Categoría

- Primaria
- Secundaria
- Superior no universitario
- Superior universitario
- Sin instrucción
- Lugar de procedencia; hábitat del cual proceden los cuidadores. (pregunta 10)

#### Categoría

- Costa
- Sierra
- Selva

#### **Aspecto social**

- Religión; conjunto de creencias del cuidador del niño. (pregunta 7)

#### Categoría

- Católico
- Evangelista

- Mormón
- Otro (Adventista, Cristiano, etc.)
- Ocupación; trabajo u oficio al que se dedica el cuidador para solventar el ingreso familiar. (pregunta 8)

#### Categoría

- Ama de casa
- Estudiante
- Trabajador independiente
- Trabajador dependiente

#### **Aspecto económico**

- Ingreso económico familiar; se refiere al ingreso monetario para la solvencia de la canasta básica del hogar, determinado en el periodo de estudio. (pregunta 9)

#### Categoría

- Menor a S/. 850
- Un mínimo vital (S/. 850)
- Mayor a S/. 850

### **Aspecto cultural**

- Suplementación alimentaria; se refiere al consumo de los multimicronutrientes como parte preventiva de la anemia ferropénica, el cual consta de 4 preguntas (pregunta 11, 12, 13 y 14), evaluadas en dimensión bicondicional (escala de Kuder Richardson).

#### Dimensión

- Si
  - No
- Conocimientos y costumbres de la alimentación; se refiere a la alimentación complementaria que recibe el infante de 12 a 24 meses de edad, para contrarrestar la anemia ferropénica. Evaluado en la escala de Likert, 5 dimensiones (preguntas 15, 16, 17, 18 y 19).

#### Dimensiones

- 5 a más veces (Casi Siempre)
- 4 veces (Usualmente)
- 3 veces (Ocasionalmente)
- 2 veces (Inusualmente)
- 1 vez (Casi Nunca)

### **Resultado del tamizaje de anemia**

Es el valor obtenido a través de examen de hemoglobina realizado al niño de 12 a 24 meses.

Dimensión

- Leve; 10 a 10.9 gr/dl
- Moderada; 7 a 9.9 gr/dl
- Severa; menor a 7 gr/dl

**Validez:** Para la validación del instrumento se sometió a juicio de expertos en el tema. (Anexo 3 y 4)

**Prueba Piloto:** Se aplicó el cuestionario a 34 madres de niños de 12 a 24 meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del C.S. Metropolitano, con el objetivo de reajustar la redacción y la comprensión de los ítems del instrumento a utilizar y de esta manera poder darle la fiabilidad adecuada al instrumento que fue de 83.69%. (Anexo 5)

**Confiabilidad:** Para ello se utilizó el coeficiente Alpha de Crombach y  $\kappa_{20}$  con el resultado del juicio de expertos, obteniendo un total de 85.64% de confiabilidad. (Anexo 5)

### **3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El proceso de recolección de datos se realizó previa autorización del gerente del C.S. Bolognesi mediante una carta de presentación de la Coordinadora de la 2da especialidad, donde se dio a conocer el estudio de investigación, los objetivos y el tiempo que duraría la recolección de datos.(Anexo 8)

El cuestionario reproducido para los 60 cuidadores se realizó tomando en cuenta los resultados de la prueba piloto, así como la prueba de validez y confiabilidad.

Los datos fueron recolectados en el consultorio de CRED del C.S. Bolognesi, informando y orientando a la madre acerca del instrumento previa a su aplicación, además de la información de las Historias Clínicas.

Para la recolección de datos se consideró los principios Básicos de ética; como la confiabilidad y el consentimiento informado así como el permiso respectivo para inicio y aplicar el Instrumento.

### **3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Una vez obtenida la información se ordenó y codificó los datos, luego se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el

software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0.

En el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada).

Para el análisis bivariado entre la relación de los factores socioculturales y económicos con anemia ferropénica, se utilizó el test estadístico Chi cuadrado. Se consideró un nivel de confianza del 95% y un valor  $p < 0.05$ .

Para la presentación de información, se generó cuadros de contingencia de una y doble entrada, basado en los objetivos de la investigación, con sus respectivos gráficos.

Para la aplicación de cada instrumento se tomó un tiempo de 30 min., donde cada cuidador respondió bajo consentimiento informado.

### **3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En el siguiente estudio de investigación se tomó en cuenta los siguientes principios:

- Principio de autonomía

Las autoras viendo la problemática de la situación con referente al estudio planteado de la anemia en niños menores de 36 meses, han decidido elaborar la tesis en el CLAS C.S. Bolognesi, debido a un acceso rápido a la información, variedad de aspectos sociales y diversidad de características.

- Principio de la beneficencia

El presente trabajo no daña a la población de estudio por ser no experimental. Además para la ejecución del presente trabajo se tuvo la autorización del CLAS C.S. Bolognesi mediante documento; consentimiento informado para la realización de la prueba piloto y aplicación de las encuestas finales, donde los cuidadores dan su autorización para participar en el estudio. (Anexo 6)

- Principio de la justicia

Durante el desarrollo del estudio se incluyó a todos los cuidadores y niños que cumplían con los criterios de inclusión, de los cuales se les ha otorgado la confidencialidad y reserva de los datos personales; tomando datos referentes al estudio.

- Principio de humanización

Mediante los resultados obtenidos se permitirá tomar conciencia para realizar seguimiento minucioso de los niños de 12 a 24 meses que han presentado anemia para así llegar a su recuperación completa, favoreciendo el estado de su crecimiento y desarrollo.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS**

En esta sección se presentan los resultados de la investigación en tablas estadísticas teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación.

**TABLA 1**

**CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS Y CUIDADORES DEL C.S. BOLOGNESI 2017**

<b>Características</b>			
Información del Niños	<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	12-15 meses	4	6,67
	16 -18 meses	22	36,67
	19-21 meses	23	38,33
	22-24 meses	11	18,33
	TOTAL	60	100,00
	<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	Masculino	33	55,00
	Femenino	27	45,00
	TOTAL	60	100,00
Información del Cuidador	<b>Quien Cuida al Niño</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	Mamá	33	55,00
	Papá	20	33,33
	Otro(tía, abuela, empleada)	7	11,67
	TOTAL	60	100,00
	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	Soltera	13	21,67
	Casada	9	15,00
	Conviviente	38	63,33
	Divorciada	0	0,00
Viuda	0	0,00	
TOTAL	60	100,00	
Información del Cuidador	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	Primaria	1	1,67
	Secundaria	24	40,00
	Superior no universitario	18	30,00
	Superior universitario	17	28,33
	Sin instrucción	0	0,00
	TOTAL	60	100,00
	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	Costa	46	76,67
	Sierra	12	20,00
Selva	2	3,33	
TOTAL	60	100,00	

**Fuente:** Encuesta realizada a los cuidadores de niños de 12 a 24 meses, C.S. Bolognesi 2017

**Elaborado por:** Maquera A. y Lauriente M.

**Descripción:**

En la tabla se observa que el 38,33% son niños entre las edades de 19 a 21 meses y un 6,67% entre las edades de 12 a 15 meses, el 55% son de sexo masculino. Un 55% dentro de los cuidadores del niño son las madres, y un 11,67% son otros entre( tías, abuelos y empleadas),en estado civil 63,33% son convivientes, y un 15 % son casados, con un nivel de instrucción de secundaria 40%y un 30% con superior no universitario, cuya procedencia es la costa 76,67% y un 3,33% de la selva.

**TABLA 2****FACTORES SOCIALES DE LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017**

<b>RELIGIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Católico	53	88,33
Evangelista	3	5,00
Mormón	1	1,67
Otro	3	5,00
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ama de casa	25	41,67
Estudiante	8	13,33
Trabajador independiente	21	35,00
Trabajador dependiente	6	10,00
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los cuidadores de niños de 12 a 24 meses, C.S. Bolognesi 2017

**Elaborado por:** Maquera A. y Lauriente M.

**Descripción:**

En la tabla se observa que los cuidadores son de religión católica el 88,33% y el 5% pertenecen a otras religiones, en ocupación el 41,67% son ama de casa y el 10% son trabajadores dependientes.

**TABLA 3**

**FACTOR ECONÓMICO DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS DE 12 A 24  
MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017**

<b>INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Menor de 850 soles	13	21,67
Mínimo vital de 850 soles	15	25,00
Mayor de 850 soles	32	53,33
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los cuidadores de niños de 12 a 24 meses, C.S. Bolognesi 2017

**Elaborado por:** Maquera A. y Lauriente M.

**Descripción:**

En la tabla se observa que el 53,33% de los cuidadores cuentan con un ingreso económico familiar mayor de 850 soles y un 25% cuentan con un ingreso económico mínimo vital de 850 soles.

**TABLA 4**

**FACTORES CULTURALES DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017**

Suplementación Alimentaria	<b>Preparación del suplemento</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	Comidas espesas o tibias	51	85,00
	Líquidos	0	0,00
	Jugos	2	3,33
	Caldos	3	5,00
	No Consumió	4	6,67
	Total	60	100,00
	<b>Reacción al consumir el suplemento</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	Vómitos	6	10,00
	Diarreas	2	3,33
	Estreñimiento	17	28,33
	Deja de comer	9	15,00
	Ninguno	26	43,33
	Total	60	100,00
Conocimientos y Costumbres	<b>Alimentación en el día</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	5 veces a más	54	90,00
	4 veces	5	8,33
	3 veces	1	1,67
	2 veces	0	0,00
	1 vez	0	0,00
	Total	60	100,00
	<b>Verduras en la semana</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	5 veces a más	31	51,67
	4 veces	14	23,33
	3 veces	14	23,33
	2 veces	1	1,67
	1 vez	0	0,00
	Total	60	100,00
	<b>Frutas en la semana</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
	5 veces a más	47	78,33
	4 veces	7	11,67
	3 veces	5	8,33
2 veces	1	1,67	
1 vez	0	0,00	
Total	60	100,00	

<b>Carnes rojas, blancas y vísceras en la semana</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
5 veces a más	29	48,33
4 veces	12	20,00
3 veces	19	31,67
2 veces	0	0,00
1 vez	0	0,00
Total	60	100,00
<b>Menestras en la semana</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
5 veces a más	1	1,67
4 veces	0	0,00
3 veces	18	30,00
2 veces	36	60,00
1 vez	5	8,33
Total	60	100,00

**Fuente:** Encuesta realizada a los cuidadores de niños de 12 a 24 meses, C.S. Bolognesi 2017  
**Elaborado por:** Maquera A. y Lauriente M.

### **Descripción:**

En la tabla se observa que dentro de suplementación alimentaria los cuidadores preparan el suplemento el 85% con comidas espesas o tibias, 5% con caldos y 3,33% con jugos, la reacción que presentan los niños al consumirlo el 28,33% se estriñe, el 15% deja de comer, y un 3,33% presenta diarreas.

En conocimientos y costumbres de los cuidadores en la alimentación del niño, el 90% de los niños consume sus alimentos en el día 5 veces a más, siendo un 51,67% que consumen verduras 5 veces a más durante la semana, 78,33% que consumen frutas 5 veces a más durante la semana, 48,33% consumen carnes rojas, blancas y

vísceras de 5 veces a más en la semana y el 60% que consumen menestras 2 veces en la semana.

**TABLA 5**

**FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES  
DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017**

RELIGIÓN	N°	%	ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA		ANEMIA SEVERA		NORMAL	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Católico	53	88,33	20	37,74	2	3,77	0	0,00	31	58,49
Evangélico	3	5,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	2	66,67
Mormón	1	1,67	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Otro	3	5,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	2	66,67
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>23</b>	<b>38,33</b>	<b>2</b>	<b>3,33</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>35</b>	<b>58,33</b>

OCUPACIÓN	N°	%	ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA		ANEMIA SEVERA		NORMAL	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	25	41,67	9	36,00	1	4,00	0	0,00	15	60,00
Estudiante	8	13,33	4	50,00	0	0,00	0	0,00	4	50,00
Trabajador independiente	21	35,00	7	33,33	0	0,00	0	0,00	14	66,67
Trabajador dependiente	6	10,00	3	50,00	1	16,67	0	0,00	2	33,33
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>23</b>	<b>38,33</b>	<b>2</b>	<b>3,33</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>35</b>	<b>58,33</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los cuidadores de niños de 12 a 24 meses, C.S. Bolognesi 2017

**Elaborado por:** Maquera A. y Lauriente M.

**Descripción:**

En la tabla podemos observar en la religión de los cuidadores el 37,74% de niños que presentaron anemia leve sus cuidadores son de religión católica, y un 3,77% de los niños que presentaron anemia moderada son de la misma religión, en ocupación de los cuidadores el 36% de los niños que presentaron anemia leve sus cuidadores son ama de casa, y un 50% son trabajadores dependientes.

De igual forma se realizó la prueba Chi cuadrado para determinar la relación, referente a la religión y ocupación:

**Para la Religión:****Tabla cruzada Religión\*Anemia (agrupado)**

			Anemia (agrupado)		
			Con Anemia	Sin Anemia	Total
Religión	Católico	Recuento	22	31	53
		Recuento esperado	22,1	30,9	53,0
	Evangelista	Recuento	1	2	3
		Recuento esperado	1,3	1,8	3,0
	Mormón	Recuento	1	0	1
		Recuento esperado	0,4	0,6	1,0
	Otro	Recuento	1	2	3
		Recuento esperado	1,3	1,8	3,0
Total		Recuento	25	35	60
		Recuento esperado	25,0	35,0	60,0

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,572 <sup>a</sup>	3	0,666
Razón de verosimilitud	1,927	3	0,588
Asociación lineal por lineal	0,004	1	0,952
N de casos válidos	60		

a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,42.

#### Descripción:

Con un nivel de significancia del 5%, con 3 grados de libertad, según la tabla de valores de chi-cuadrado tenemos un valor límite de 7,815, y según el análisis realizado por nosotros tenemos un valor chi cuadrado de 1,572. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0 a 7,815 el resultado que se obtuvo está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación con un valor de 1,572. Demostrando y concluyendo que nuestra hipótesis Nula ( $H_0$ ) es aceptada. Es decir la religión no tiene relación con la anemia ferropénica.

## Para la ocupación

**Tabla cruzada Ocupación\*Anemia (agrupado)**

		Anemia (agrupado)		Total	
		Con Anemia	Sin Anemia		
Ocupación	Ama de Casa	Recuento	10	15	25
		Recuento esperado	10,4	14,6	25,0
	Estudiante	Recuento	4	4	8
		Recuento esperado	3,3	4,7	8,0
	Trabajador	Recuento	7	14	21
	Independiente	Recuento esperado	8,8	12,3	21,0
	Trabajador	Recuento	4	2	6
	Dependiente	Recuento esperado	2,5	3,5	6,0
Total		Recuento	25	35	60
		Recuento esperado	25,0	35,0	60,0

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,400 <sup>a</sup>	3	0,494
Razón de verosimilitud	2,390	3	0,495
Asociación lineal por lineal	0,163	1	0,686
N de casos válidos	60		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,50.

### Descripción:

Con un nivel de significancia del 5%, con 3 grados de libertad, según la tabla de valores de chi-cuadrado tenemos un valor límite de 7,815, y según el análisis realizado por nosotros tenemos un valor chi cuadrado de 2,4. Donde podemos concluir

que dentro de un rango de 0 a 7,815 el resultado que se obtuvo está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación con un valor de 2,4. Demostrando y concluyendo que nuestra hipótesis Nula ( $H_0$ ) es aceptada. Es decir la ocupación no tiene relación con la anemia ferropénica.

De tal forma, si las dimensiones del factor social tienen relación con la anemia ferropénica, es concluyente que el mismo factor social, tenga relación con la anemia; por lo tanto se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ).

**TABLA 6**

**FACTOR ECONÓMICOS RELACIONADO CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017**

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR	N°	%	ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA		ANEMIA SEVERA		Normal	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 850 soles	13	21,67	8	61,54	0	0,00	0	0,00	5	38,46
Mínimo vital de 850 soles	15	25,00	5	33,33	0	0,00	0	0,00	10	66,67
Mayor de 850 soles	32	53,33	10	31,25	2	6,25	0	0,00	20	62,50
<b>Total</b>	60	100,00	23	38,33	2	3,33	0	0,00	35	58,33

**Fuente:** Encuesta realizada a los cuidadores de niños de 12 a 24 meses, C.S. Bolognesi 2017

**Elaborado por:** Maquera A. y Lauriente M.

**Descripción:**

En la tabla de ingreso económico familiar se observa que el 61,54% de los niños que presentan anemia leve sus cuidadores tienen un ingreso económico menor de 850 soles, siendo menor un 6,25% de los niños que presentaron anemia moderada sus cuidadores de igual manera tienen un ingreso económico mayor de 850 soles.

Del mismo modo se realizó la prueba Chi-cuadrado para determinar la relación entre el factor económico y la anemia ferropénica.

**Tabla cruzada Ingreso Económico Familiar\*Anemia (agrupado)**

			Anemia (agrupado)		
			Con Anemia	Sin Anemia	Total
Ingreso Económico Familiar	Menor a S/.850	Recuento	8	5	13
		Recuento esperado	5,4	7,6	13,0
Familiar	Un mínimo vital S/.850	Recuento	5	10	15
		Recuento esperado	6,3	8,8	15,0
	Mayor a S/.850	Recuento	12	20	32
		Recuento esperado	13,3	18,7	32,0
Total		Recuento	25	35	60
		Recuento esperado	25,0	35,0	60,0

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,769 <sup>a</sup>	2	0,250
Razón de verosimilitud	2,744	2	0,254
Asociación lineal por lineal	1,592	1	0,207
N de casos válidos	60		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,42.

#### Descripción:

Con un nivel de significancia del 5%, con 2 grados de libertad, según la tabla de valores de chi-cuadrado tenemos un valor límite de 5,991, y según el análisis realizado por nosotros tenemos un valor chi cuadrado de 2,769. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0 a 5,991 el resultado que se obtuvo está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación con un valor de 2,769. Demostrando y concluyendo que nuestra hipótesis Nula ( $H_0$ ) es aceptada. Es decir el factor económico no tiene relación con la anemia ferropénica.

**TABLA 7**

**FACTORES CULTURALES RELACIONADOS CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD C.S. BOLOGNESI 2017**

		Total		ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA		ANEMIA SEVERA		NORMAL		
PREPARACIÓN DEL SUPLEMENTO		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Suplementación Alimentaria	Comidas espesas o tibias	51	85,00	20	39,22	2	3,92	0	0,00	29	56,86	
	Líquidos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
	Jugos	2	3,33	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	
	Caldos	3	5,00	2	66,67	0	0,00	0	0,00	1	33,33	
	No Consumió	4	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00	
	Total	60	100,00	23	38,33	2	3,33	0	0,00	35	58,33	
	REACCIÓN AL CONSUMIR EL SUPLEMENTO		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Vómitos	6	10,00	4	66,67	0	0,00	0	0,00	2	33,33	
	Diarreas	2	3,33	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	
	Estreñimiento	17	28,33	9	52,94	0	0,00	0	0,00	8	47,06	
	Deja de comer	9	15,00	5	55,56	0	0,00	0	0,00	4	44,44	
	Ninguno	26	43,33	4	15,38	2	7,69	0	0,00	20	76,92	
Total	60	100,00	23	38,33	2	3,33	0	0,00	35	58,33		

//...

Conocimientos y Costumbres

	Total		ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA		ANEMIA SEVERA		NORMAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Alimentación en el día</b>										
5 veces a más	54	90,00	23	42,59	1	1,85	0	0,00	30	55,56
4 veces	5	8,33	0	0,00	1	20,00	0	0,00	4	80,00
3 veces	1	1,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
2 veces	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 vez	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	60	100,00	23	38,33	2	3,33	0	0,00	35	58,33
<b>Verduras en la semana</b>										
5 veces a más	31	51,67	10	32,26	1	3,23	0	0,00	20	64,52
4 veces	14	23,33	4	28,57	1	7,14	0	0,00	9	64,29
3 veces	14	23,33	8	57,14	0	0,00	0	0,00	6	42,86
2 veces	1	1,67	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 vez	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	60	100,00	23	38,33	2	3,33	0	0,00	35	58,33
<b>Frutas en la semana</b>										
5 veces a más	47	78,33	21	44,68	1	2,13	0	0,00	25	53,19
4 veces	7	11,67	2	28,57	0	0,00	0	0,00	5	71,43
3 veces	5	8,33	0	0,00	1	20,00	0	0,00	4	80,00
2 veces	1	1,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
1 vez	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	60	100,00	23	38,33	2	3,33	0	0,00	35	58,33
<b>Carnes rojas, blancas y vísceras en la semana</b>										
5 veces a más	29	48,33	23	79,31	1	3,45	0	0,00	5	17,24
4 veces	12	20,00	0	0,00	1	8,33	0	0,00	11	91,67
3 veces	19	31,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	19	100,00

//...

2 veces	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1 vez	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	60	100,00	23	38,33	2	3,33	0	0,00	35	58,33
<b>Menstras en la semana</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>
5 veces a más	1	1,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
4 veces	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3 veces	18	30,00	4	22,22	0	0,00	0	0,00	14	77,78
2 veces	36	60,00	17	47,22	0	0,00	0	0,00	19	52,78
1 vez	5	8,33	2	40,00	2	40,00	0	0,00	1	20,00
Total	60	100,00	23	40,00	2	3,33	0	0,00	35	58,33

**Fuente:** Encuesta realizada a los cuidadores de niños de 12 a 24 meses, C.S. Bolognesi 2017

**Elaborado por:** Maquera A. y Lauriente M.

**Descripción:**

En la tabla se observa dentro de la preparación del suplemento el 85% de los cuidadores lo prepara con comidas espesas o tibias; en el cual se detalla que un 39,22% de estos niños tiene anemia leve y 3,92% anemia moderada; el 3,33% que prepara con jugos el 50% presenta anemia leve, en la reacción al consumirlo 28,33% presenta estreñimiento los cuales tienen anemia leve 52,94%, dejan de comer un 15% siendo el 55,56% que tiene anemia leve.

Con respecto a los conocimientos y costumbres de la alimentación por parte de los cuidadores, en la alimentación que reciben durante el día el 42,59% de los 54 niños que consumen sus alimentos de 5 veces a mas, 42,59% presentan anemia leve, en el consumo de verduras en la semana 31 niños la consumen 5 veces a más de lo cual 32,26% presentan anemia leve y 3,23% anemia moderada; en el consumo de frutas en la semana 47 niños consumen 5 a más veces durante la semana de los cuales 44,68% tienen anemia leve, en el consumo de carnes rojas, blancas y vísceras en la semana 29 niños consumen de 5 a más veces durante la semana y 79,31% tiene anemia leve, y dentro del consumo de menestras en la semana solo 1 niño las consume 5 veces a más, porque la mayor cantidad de niños las

consume 2 veces en la semana siendo estos 17 niños que tienen anemia leve que son un 47,22%.

Del mismo modo se realizó la prueba Chi-cuadrado para determinar si existe una relación entre el factor cultural y la anemia ferropénica.

**Tabla cruzada Cultural (agrupado)\*Anemia (agrupado)**

		Anemia (agrupado)			
		Con Anemia	Sin Anemia	Total	
Cultural (agrupado)	Bajo	Recuento	5	17	22
		Recuento esperado	9,2	12,8	22,0
	Medio	Recuento	13	13	26
		Recuento esperado	10,8	15,2	26,0
	Alto	Recuento	7	5	12
		Recuento esperado	5,0	7,0	12,0
Total		Recuento	25	35	60
		Recuento esperado	25,0	35,0	60,0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,361 <sup>a</sup>	2	0,069
Razón de verosimilitud	5,577	2	0,062
Asociación lineal por lineal	4,758	1	0,029
N de casos válidos	60		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,00.

### **Descripción:**

Con un nivel de significancia del 5%, con 2 grados de libertad, según la tabla de valores de chi-cuadrado tenemos un valor límite de 5,991,

y según el análisis realizado por nosotros tenemos un valor chi cuadrado de 5,361. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0 a 5,991 el resultado que se obtuvo no está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación con un valor de 5,361. Demostrando y concluyendo que nuestra hipótesis Nula ( $H_0$ ) se rechaza, aceptando la hipótesis alternativa ( $H_1$ ). Es decir el factor cultural si tiene relación con la anemia ferropénica.

## 4.2. DISCUSIÓN

El presente trabajo de tesis busca determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y económicos con la anemia ferropénica de los niños de 12 a 24 meses de edad en el C.S. Bolognesi, es un trabajo de gran importancia para la determinación de los índices anémicos en la región de Tacna y que se encuentra cargo de la labor del enfermero/a, siendo muy importante saber la influencia que tienen estos factores para determinar la prevalencia de la anemia.

En la **tabla 1**; Características de niños y cuidadores del C.S. Bolognesi 2017, los resultados obtenidos fueron en cuanto a la edad del niño el 38.33% fluctúan entre las edades de 19 a 21 meses, siendo predominante el sexo masculino con un 55%, en relación a las características de los cuidadores de los niños de 12 a 24 meses la gran mayoría son procedentes de la costa con un 76,67%, con estado civil en su mayoría son convivientes en un 63,33%, seguido de un 21% que son solteras, y con un nivel de instrucción secundaria el 40% seguido de superior no universitario con un 30%, además el 55% son las mismas mamás que cuidan al niño.

Coincide parcialmente con los resultados que obtuvo Centeno Sáenz Edith Mery ,donde el 62,5% de los niños eran de sexo masculino y en cuanto a los cuidadores el 67,5% tiene estado civil de conviviente, respecto al grado de instrucción el 45% de las cuidadoras tienen secundaria completa.

Difiere con los resultados de Maldonado A. Tapia, Zea J., donde el 56% de lactantes eran de sexo masculino, El 86, 6% de las cuidadoras tienen pareja (casadas o conviviente) el 54,5% de las madres tiene nivel secundario.

Podemos decir que el grado de instrucción influye indirectamente en los factores culturales dentro de la suplementación y los conocimientos y costumbres de la alimentación de los cuidadores de los niños.

En la **tabla 2**; “Factores sociales de los cuidadores de los niños de 12 a 24 meses de edad C.S. Bolognesi 2017”, se obtuvo como resultado que el 83,33% pertenecen a la religión católica y mayormente la ocupación de los cuidadores es de ama de casa con un 41,67%.

Difiriendo con los resultados de Campos F., Huatay M., en su estudio basado en una zona rural principalmente y el 100% de las madres son amas de casa y el 50% de los padres son agricultores.

Contrastando con los autores Quina E, Tapia J., cuyo estudio fue desarrollado en una zona urbana el 63,0% de los cuidadores son amas de casa.

En teoría según la ocupación, las amas de casa, a pesar de que se dedican a la casa y al cuidado de sus hijos, su conocimiento sobre temas de anemia es deficiente, esto puede deberse a que se dedican mayormente a la limpieza del hogar o realizan otras labores.

En la **tabla 3**, “Factor económico de los cuidadores de niños de 12 a 24 meses de edad C.S. Bolognesi 2017”, se obtuvo como resultado que el 53,33% de los cuidadores tiene un ingreso económico mayor a 850 soles.

Contrastando con los resultados de Velásquez J., Rodríguez Y. y colaboradores en su estudio, se muestra que en un hogar con bajo nivel socioeconómico; tener una madre adolescente y con bajo nivel

educativo es un factor determinante para que un niño presente anemia, lo que no se compara en nuestro estudio ya que encontramos que la mayoría de madres presentan un ingreso económico familiar mayor de 850 soles y sus niños tienen anemia.

Podemos resaltar que el ingreso económico familiar no tiene relación con la prevalencia de la anemia ferropénica a nivel urbano.

En la **tabla 4** ,“Factores culturales de los cuidadores de niños de 12 a 24 meses de edad C.S. Bolognesi 2017”, se obtuvo como resultados que el 85% de los cuidadores preparan el suplemento con comidas espesas o tibias de los cuales en reacción al suplemento el 28,33% de los niños presentaron estreñimiento, en cuanto a sus conocimientos y costumbres de la alimentación que deben dar a sus niños el 90% de sus niños consume sus alimentos en el día 5 veces a más, verduras en la semana de 5 veces a más 51,67%, frutas en la semana de 5 veces a más 78,33% , carnes rojas, blancas y vísceras en la semana de 5 veces a más el 48,33% y en menestras en la semana solo el 60% la consume 2 veces en la semana.

Contrastando con los resultados Arca C., y Mendoza M., en su estudio difiriendo en cuanto a la consistencia del alimento con que se mezcla

el multimicronutriente el 68 % lo mezcla con sólido, siendo el 70% que tomo por poco tiempo los (MMN) solo una dosis, el 26% 2 dosis, logrando que el 72% rechacen los (MMN), siendo la causa de suspensión de los (MMN) el 48% presento vómitos seguido de un 40% presento estreñimiento.

Y finalmente con el estudio de Céspedes M., determinan que el 40% presentaron un nivel de conocimiento medio 31% bajo y 29% alto; 48% no tiene practicas adecuadas con respecto a la alimentación para la prevención de la anemia, encontrando diferencia con el presente estudio ya que ellos estudiaron el nivel de prácticas y en nuestro trabajo se refleja la frecuencia de la alimentación en el día y en la semana.

En la **tabla 5**, “Factores sociales relacionados con la anemia ferropénica en los niños de 12 a 24 meses de edad C.S. Bolognesi 2017”, se obtuvo como resultados que el 37,4% de los niños de religión católica presenta un caso de anemia leve y que del total de niños cuyos cuidadores tienen ocupación de ama de casa un 36% presentan anemia leve.

Difiriendo con los resultados de Campos F., Huatay M., en su estudio basado en una zona rural principalmente el 65% de los niños en el estudio tienen anemia leve y 35% moderada cuyos padres eran de condición ama de casa y agricultores; demostrando así que la prevalencia de anemia leve en las zonas rural y urbano están por encima del 30%.

Contrastando con Quina E. y Tapia J., cuyo estudio fue desarrollado en una zona urbana encontraron que los cuidadores eran de ocupación ama de casa un 18,7% tienen anemia leve y 5% anemia moderada, denotando una diferencia en el porcentaje de casos de anemia el cual es mayor en nuestra zona, cabe resaltar que los factores sociales tienden a variar por la zona y no siempre se relacionan con la presencia de la anemia ferropénica.

En la **tabla 6**, “Factores económico relacionado con la anemia ferropénica en los niños de 12 a 24 meses de edad C.S. Bolognesi 2017”, se obtuvo como resultados que el 31,25% de niños tiene una anemia leve cuyos cuidadores tienen un ingreso económico familiar mayor de 850 soles y el 6,25% tiene una anemia moderada y tienen el mismo ingreso.

Contrastando con los resultados de Velásquez J. y Rodríguez Y. y colaboradores en su estudio, concluyen que en un hogar con bajo nivel socioeconómico; tener una madre adolescente y con bajo nivel educativo es un factor determinante para que un niño presente anemia. En nuestro estudio encontramos que la mayoría de los cuidadores tienen un ingreso económico familiar mayor de 850 soles y sus niños presentan anemia ferropénica concluyendo que no existe relación con lo estudiado por los autores.

En la **tabla 7**, “Factores culturales relacionados con la anemia ferropénica en los niños de 12 a 24 meses de edad C.S. Bolognesi 2017”, se obtuvo como resultados que cuyos cuidadores preparan los multimicronutrientes con comidas espesas el 39,22% presentaron anemia leve, del 28,3% que presentaron estreñimiento el 52,94% presento anemia leve; en cuanto a conocimientos y costumbres el 42,59% presentaron anemia leve, 51,67% consume verduras y de los cuales el 32,26% tiene anemia leve, 29% consume frutas y 79,31% de ellos tienen anemia leve; finalmente el 60% que consume menestras 2 veces por semana el 47,22% presento anemia leve.

Contrastando con Imaicela Anjhy, en su estudio por cuanto a conocimientos y costumbres obtuvo como resultado que la incidencia de anemia fue 41,3%; con respecto a la alimentación: el 86,9% de niños/as consumen carbohidratos, 71,8% consumen vegetales y el 43,5% proteína a diferencia de nuestro estudio, con nuestro estudio podemos ver la similitud ya que el consumo de proteínas es de bajo porcentaje siendo este un detonante para la prevalencia de la anemia ferropénica en niños menores de tres años.

Y finalmente con los resultados Arca C. y Mendoza M., en su estudio de las madres con niños con anemia ferropénica en la preparación del suplemento la consistencia del alimento con que se mezcla el multimicronutriente el 68 % lo mezcla con sólido, siendo el 70% que tomo por poco tiempo los (MMN) solo una dosis, el 26% 2 dosis, logrando que el 72% rechacen los (MMN), siendo la causa de suspensión de los (MMN) el 48% presento vómitos seguido de un 40% presento estreñimiento, encontrándose similitud con nuestro estudio.

## CONCLUSIONES

Dentro de las características del niño y cuidadores el 38,33% son entre las edades de los niños de 19 a 21 meses predominando el sexo masculino con un 55%. Dentro de los cuidadores del niño un 55% son las madres, y un 11,67% son otros entre( tías, abuelos y empleadas),en estado civil 63,33% son convivientes, y un 15 % son casados, con un nivel de instrucción de secundaria 40%y un 30% con superior no universitario, cuya procedencia es la costa 76,67% y un 3,33% de la selva.

Los factores sociales que predominan en los cuidadores de los niños de 12 a 24 meses son la religión católica 88,33%, ocupación ama de casa 41,67%. De acuerdo a la prueba Chi cuadrado realizada, podemos detallar que este factor no tiene relación con la anemia ferropénica; la religión y/o ocupación no se relacionan con la anemia.

En cuanto al factor económico, encontramos que el ingreso económico familiar es mayor de 850 soles 53,33%. Y de acuerdo a la prueba Chi cuadrado realizada, se detalla que el factor económico no tiene relación con la anemia ferropénica.

Los factores culturales que predominan en los cuidadores del niño de 12 a 24 meses con respecto a la suplementación alimentaria el 88% prepara los multimicronutrientes con comidas espesas o tibias, a su vez el 28,33% presento estreñimiento al consumirlo y el 15% dejo de consumirlo; con respecto a conocimientos y costumbres de los cuidadores el 90% brindó 5 veces a más alimentos en el día; el 51,67% le dio 5 veces a más verduras durante la semana, el 78,33% le dio de 5 veces a más frutas durante la semana, el 48,33% le dio de 5 veces a más carnes rojas, blancas y vísceras durante la semana, el 60% le brindo 2 veces a la semana menestras.

Existe una relación significativa del factor cultural con la anemia ferropénica, de acuerdo a la prueba estadística realizada (Chi cuadrado) con la suplementación alimentaria y los conocimientos y costumbres de los cuidadores para con los niños, se determina que en un nivel de significancia de 5%, que es la probabilidad de aceptar la hipótesis nula planteada, se determinó estadísticamente que el factor cultural si tiene una relación significativa con la anemia ferropénica, concluyendo que los conocimientos y costumbres que tienen los cuidadores para con los niños si es influyente en el resultado de que un niño pueda adquirir anemia en el transcurso de su vida; de igual forma la suplementación alimentaria es vital para disminuir la probabilidad de contraer anemia ferropénica.

## **RECOMENDACIONES**

### **A LAS ENFERMERAS**

Sensibilizar a las madres y a los miembros de la familia para la organización y priorización de las actividades y necesidades del hogar en cuanto a la mejora de estilos de vida saludables, en relación a la alimentación y administración de Hierro y/o de Micronutrientes y explicarles sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo para intervenir de manera oportuna mediante el tamizaje de hemoglobina y análisis parasitológico a fin de identificar la anemia y presencia de parásitos, para luego poder iniciar inmediatamente su tratamiento y curación oportuna.

Trabajar de manera intersectorial, con la participación de los gobiernos Regionales y locales y las diferentes entidades públicas y privadas para fomentar estrategias multidisciplinarias, mediante la captación y seguimiento de niños con Anemia, con ayuda de los agentes comunitarios, para una vigilancia comunal sostenible y así poder brindarles una atención oportuna, adecuada y accesible a sus necesidades familiares presentadas; brindando una atención intra y extramural.

## **A LA UNJBG - ESEN**

Realizar investigaciones similares y cualitativas en otras poblaciones de la región o del país sobre todo en las regiones de mayor incidencia de anemia, que permita explicar los factores determinantes que se asocia mayormente en la anemia ferropénica y sus afecciones en el desarrollo intelectual y cognitivo del niño a largo plazo.

Fomentar estudios de Investigación según su demografía relacionado a su flora y fauna con que se cuentan, y que permita identificar alimentos y plantas medicinales que contengan propiedades nutritivas y vitamínicos ricos en hierro considerando como nuevas alternativas de solución para combatir la anemia y además respetando su cultura.

## **A LA RED DE SALUD**

Brindar información actualizada en el portal informativo y documentación que detallen problemas de salud que se consideran necesarios y útiles para el desarrollo de investigaciones en todas las ramas de la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021 [PDF]. 1ra Edición. Lima – Perú. MINSA. 2017.
2. Instituto Nacional de Salud (INS). Prevención de la anemia [Internet]. 1ra edición. Lima – Perú. Ministerio de Salud. [revisado 2017 Mayo 15]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de salud familiar 2014 [PDF]. Lima – Perú. INEI. Abril 2015.
4. Dirección de Salud Tacna (DIRESA). Evaluación anual de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable año 2017 [PDF]. Tacna – Perú. MINSA. 2017
5. Luna B. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex Fundo Naranjal 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2013.

6. Campos F., Huatay M. et al. Factores socioeconómicos, culturales y la anemia ferropénica en niños menores de tres años, Centro de Salud Otuzco 2012. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca – Perú. 2013.
7. Velásquez J., Rodríguez Y. et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. Junio del 2016. Vol. 36, núm. 2.2. Colombia.
8. Maldonado A., Tapia J. et al. Factores relacionados con la anemia en lactantes de 6 a 11 meses Centro de Salud 15 de Agosto Arequipa – 2015. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa – Perú. 2015.
9. Quina E., Tapia J. et al. Prevalencia de anemia ferropénica y factores asociados en niños de 6 a 36 meses de edad de la Micro red de Francisco Bolognesi Arequipa – 2017. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa – Perú. 2017.
10. Huamán E., Medina W., Chung J. et al. Disminución de la prevalencia de anemia con el uso de Sprinkles en AA.HH. de Ventanilla – Callao 2008 – 2009. Perú. World Vision. [revisado 2017 junio 22]. Disponible

en:<https://es.scribd.com/document/37748798/Experiencia-de-Suplementacion-Con-Chsipitas-2>.

11. Del Arca C., Mendoza M. et al. Factores de deserción en madres que cumplen y no cumplen con el programa de suplementación de multimicronutrientes en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan. Universidad Particular Norbert Wiener. Lima – Perú. 2017.
12. Centeno S. Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados a anemia ferropénica en niños de 6 meses en cuatro establecimientos de salud de la red SJM-VMT 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2014
13. Céspedes S. Conocimiento sobre la anemia y las practicas 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. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2010.
14. Imaicela A. Incidencia de anemia ferropénica en relación al tipo de alimentación, en niños menores de 5 años que acuden al subcentro de salud de Zumbi. Universidad Nacional de Loja. Loja – Ecuador. 2011.

15. Ministerio de Salud. Guía Técnica de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención [PDF]. 1era edición. Lima – Perú. MINSA. Abril 2016.
16. Ministerio de Salud. Norma técnica – manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [PDF]. 1era Edición. Lima – Perú. MINSA. Abril 2017.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. 2011. Vol. 11.1. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (NHD). Ginebra – Suiza.
18. Urdampilleta A., Martínez J., González P. et al. Intervención dietético – nutricional en la prevención de la deficiencia de hierro. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. [publicado 2010, revisado 2017 agosto]. Vol. 3 n. 30. España. Disponible en:  
[http://www.nutricion.org/publicaciones/revista\\_2010\\_03/Intervencion\\_dietetico\\_nutricional.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2010_03/Intervencion_dietetico_nutricional.pdf)

19. Gonzales R. Biodisponibilidad del hierro. Revista Costarricense de Salud Pública. [publicado 2005 Julio, revisado 2017 Mayo]. Vol. 14 n. 26. San José – Costa Rica. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292005000100003](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292005000100003)
20. Ministerio de Salud. Documento técnico Lineamientos de Gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. 2011. Instituto Nacional de Salud. Lima – Perú.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). La anemia como centro de atención hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. 2004. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (NHD). Ginebra – Suiza.
22. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses [PDF]. 1era Edición. Lima – Perú. MINSA. Septiembre 2014.

23. Hill Z., Kirkwood B., Edmont K. et al. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones [PDF]. OMS. Washington – USA. 2005.

24. Marriner A., Raile M. Modelos y Teorías de enfermería. 7ma Edición. Elsevier. Barcelona – España. 2011

**ANEXOS**

## **ANEXOS**

1. Padrón Nominal (Enero a Diciembre 2017)
2. Instrumentos
3. Formato de la validación del instrumento y expertos
4. Validaciones del instrumento por los expertos
5. Confiabilidad del instrumento
6. Consentimiento informado
7. Resolución de la facultad de ejecución
8. Carta de presentación a la institución donde lo realizo
9. Matriz de consistencia

Anexo 1:  
Padrón Nominal  
(Enero a Diciembre  
2017)

## Padrón de Niños C. S. Bolognesi - 2017

<b>N°</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>HEMOGLOBINA</b>
1	3/02/2016	10.1
2	14/01/2016	10.6
3	24/01/2016	10.1
4	10/02/2016	10.3
5	20/02/2016	10
6	25/01/2016	9.8
7	26/02/2016	10.1
8	8/02/2016	10.8
9	17/01/2016	10.4
10	9/03/2016	9.9
11	16/03/2016	10.3
12	16/03/2016	10.6
13	26/01/2016	10.6
14	21/03/2016	10.6
15	26/03/2016	10.6
16	2/04/2016	10.6
17	21/03/2016	10.6
18	3/05/2016	10.6
19	2/06/2016	10.6
20	1/05/2016	10.9
21	20/05/2016	10.4
22	21/01/2016	10.6
23	24/04/2016	10
24	28/06/2016	10
25	1/10/2016	10.6
26	25/11/2016	11.5
27	2571172016	11.3
28	2571172016	12
29	21/12/2016	11.2
30	25/11/2016	11.3
31	27/12/2016	11.5
32	23/121/2016	11.4
33	8/01/2017	12
34	9/01/2017	12.5

35	18/01/2017	11.8
36	19/11/2016	11.3
37	12/02/2017	11.6
38	14/02/2017	11.9
39	14/02/2017	12
40	3/02/2017	11.5
41	7/02/2017	11.5
42	23/03/2017	11.6
43	30/03/2017	11
44	15/04/2017	11.8
45	2/12/2016	12.8
46	4/07/2017	12
47	21/07/2017	11.6
48	22/07/2017	11.8
49	17/07/2017	11.2
50	8/05/2017	11.5
51	22/04/2017	11.6
52	2/05/2017	11.4
53	3/05/2017	12
54	11/06/2017	11.2
55	11/06/2017	11.2
56	18/05/2017	11.7
57	10/04/2017	11.5
58	10/06/2017	11.8
59	15/05/2017	11.9
60	23/02/2017	11.5

# Anexo 2: Instrumentos

## CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como finalidad recolectar información de la “Relación de los Factores Socioeconómicos y Culturales con la Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses del C.S. Bolognesi, 2017”. La información obtenida será de carácter confidencial y de utilidad únicamente para la investigación.

Solicitamos a usted responder a las siguientes interrogantes marcando con una equis (X) la respuesta que considere conveniente, agradeciendo de antemano su colaboración.

Fecha:...../...../.....

### **I. Información Personal para el Cuidador del Niño**

#### 1. Edad del Niño

- 12 meses a 15 meses ( )
- 16 meses a 18 meses ( )
- 19 meses a 21 meses ( )
- 22 meses a 24 meses ( )

#### 2. Sexo:

- Masculino ( )
- Femenino ( )

#### 3. ¿Quién cuida al niño?

- Mamá ( )
- Papá ( )
- Otro ( )

#### 4. ¿Ayuda Ud. en la alimentación del niño?

- Si ( )

¿Cómo?.....  
.....

- No ( )

#### 5. Estado Civil

- Soltera ( )
- Casada ( )
- Conviviente ( )
- Divorciada ( )
- Viuda ( )

6. Nivel de Instrucción:

- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior No Universitario ( )
- Superior Universitario ( )
- Sin Instrucción ( )

**II. Aspecto Social**

7. Religión

- Católico ( )
- Evangelista ( )
- Mormón ( )
- Otro.....

**III. Aspecto Económico**

8. Ocupación

- Ama de Casa ( )
- Estudiante ( )
- Trabajador Independiente ( )
- Trabajador Dependiente ( )

9. Ingreso Económico Familiar

- Menor a S/.850 ( )
- Un mínimo vital (S/.850) ( )
- Mayor a S/. 850 ( )

**IV. Aspecto Cultural**

10. Lugar de procedencia

- Costa ( )
- Sierra ( )
- Selva ( )

11. ¿Usted cree que es importante la administración de la alimentación complementaria en su niño?

- Si ( )
- No ( )

¿Por qué?.....

12. ¿Su niño recibe o recibió Micronutrientes? (Chispitas Nutricionales)

- Si ( )
- No ( )

Si su respuesta fue “Si” entonces responda la siguiente pregunta.

13. Los Micronutrientes lo prepara con:

- Comidas espesas o tibias Si ( ) No ( )
- Líquidos Si ( ) No ( )
- Jugos Si ( ) No ( )
- Caldos Si ( ) No ( )

14. ¿Su niño presento o presenta alguna reacción al consumir Micronutrientes?

- Vómitos Si ( ) No ( )
- Diarreas Si ( ) No ( )
- Estreñimientos Si ( ) No ( )
- Deja de comer Si ( ) No ( )

15. ¿Cuántas veces le da sus alimentos a su niño; durante el día?

- 5 a más veces ( )
- 4 veces ( )
- 3 veces ( )
- 2 veces ( )
- 1 vez ( )

16. ¿Le da/ba de comer verduras a su niño(a); durante la semana?

- 5 a más veces ( )
- 4 veces ( )
- 3 veces ( )
- 2 veces ( )
- 1 vez ( )

17. ¿Le da/ba de comer frutas a su niño(a); durante la semana?

- 5 a más veces ( )
- 4 veces ( )
- 3 veces ( )
- 2 veces ( )
- 1 vez ( )

18. ¿Le dio de comer a su niño(a) carnes rojas, blancas y viseras; durante la semana?

- 5 a más veces ( )
- 4 veces ( )
- 3 veces ( )
- 2 veces ( )
- 1 vez ( )

19. ¿Le dio de comer menestras a su niño(a) durante la semana?

- 5 a más veces ( )
- 4 veces ( )
- 3 veces ( )
- 2 veces ( )
- 1 vez ( )

**Gracias por su Colaboración**

Resultados del tamizaje de anemia en el niño según la historia clínica:

<b>Tipos de anemia</b>	<b>Valor</b>	<b>Resultado</b>
Leve	10 – 10.9 gr/dl	
Moderada	7 – 9.9 gr/dl	
Severa	<7 gr/dl	
Normal	11 – 14 gr/dl	

**Anexo 3:**  
**Formato de la Validación  
de Instrumentos y  
Expertos**

## ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

### VALIDACIÓN DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO..... EDAD.....
- 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA/CARGO.....
- 1.3. TÍTULO PROFESIONAL.....
- 1.4. GRADO ACADEMICO..... MENCION EN.....
- 1.5. TITULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....

#### **ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJO 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					
4	ORGANIZACIÓN	Hay una secuencia lógica en las preguntas.					
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas.					
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en; registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.					
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.					
9	METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (Proceso de la Investigación)					
10	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					

1. OPINION DE APLICABILIDAD: a)Deficiente.....b)Baja.....c)Regular.....d)Buena.....e)Muy Buena.....
2. PROMEDIO DE VALORACIÓN:.....FECHA Y LUGAR.....
3. OBSERVACIÓN ES: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique).....

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI:.....

## VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

Por favor marque con una (x) o (√) la opinión que considere, debe aplicarse en cada ítems y realice si es necesario, sus observaciones.

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE	CORREGIR	NO APLICABLE	
	1	2	3	
1. ....				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				
11. ....				
12. ....				

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE:
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANE:
- DNI:
- FECHA

.....  
FIRMA DEL EXPERTO:

Anexo 4:  
Validación del Instrumento  
por los Expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHOMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD

"Año del buen servicio al ciudadano"

Tacna 18 de Diciembre del 2017


Sr: Octavio Mario Valdivia Obando  
Lic. en Nutrición Humana

Presente

Por la presente, reciba usted el saludo cordial y fraterno a nombre de la Escuela de Enfermería de la Universidad Jorge Basadre Grohoman; luego para manifestarle, que estamos desarrollando la tesis intitulada: "RELACION DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS CON LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017"; por lo que conocedores de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de la investigación, le solicito su colaboración en emitir su JUICIO DE EXPERTO, para la validación del instrumento .

Agradeciéndole por anticipado su gentil colaboración como experto me suscribo de usted.

Atentamente.

  
-----  
Andrea C. Maquera Maquera  
Lic. En Enfermería

  
-----  
Mardull S. Lauriente Chino  
Lic. En Enfermería

  
18-12-17  
12:41p.  
00792749.

## VALIDACION DEL INSTRUMENTO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: OCTAVIO MARIO VALDIVIA OSANDO  
FORMACIÓN ACADÉMICA: LICENCIADO EN NUTRICIÓN HUMANA  
ÁREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
TIEMPO: 04 AÑOS CARGO ACTUAL: JEFE DEL SERVICIO DE NUTRICION  
INSTITUCION: CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA

### (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

#### INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema

#### TITULO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

"RELACION DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS CON LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017"

SE COMPONE DE 10 ITEMS, PARA LOS CUALES SE TIENE LA SIGUIENTE ESCALA DE ESTIMACIÓN:

- 1.- Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada
- 2.- Representa una abolición escasa de la interrogante
- 3.- Significa la absolución del ítem en términos intermedios
- 4.- Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada
- 5.- Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.-

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. que los ítems del Instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2.-¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3.-¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento es una muestra representativa del universo material del estudio ?					X
4.-¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares ?					X
5.-¿Considera Ud. que Los conceptos utilizados en este instrumento son, todos y cada uno de ellos, propios de las variables ?					X
6.- ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?					X
7.-¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro , sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones ?					X
8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9.-¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a					

los objetivos materia de estudio?					X
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					
<p>En el ítem II del cuestionario agregaría la pregunta ¿cómo debe ser la alimentación de los niños? ¿ha recibido en alguna ocasión la Nutrición de un niño por un Especialista?</p> <p>En el ítem III del cuestionario agregaría la pregunta ¿Sabe Ud. que es la Síndrome y que consecuencias conlleva?</p>					



Firma del experto  
 Octavio M. Valdivia Obando  
 NUTRICIONISTA  
 CNP 2682

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHOMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD

"Año del buen servicio al ciudadano"

Tacna 18 de Diciembre del 2017


Sr: Luis Asunción López Puicán  
Docente Licenciado en Estadística

Presente

Por la presente, reciba usted el saludo cordial y fraterno a nombre de la Escuela de Enfermería de la Universidad Jorge Basadre Grohoman; luego para manifestarle, que estamos desarrollando la tesis intitulada: "RELACION DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS CON LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017"; por lo que conocedores de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de la investigación, le solicito su colaboración en emitir su JUICIO DE EXPERTO, para la validación del instrumento.

Agradeciéndole por anticipado su gentil colaboración como experto me suscribo de usted.

Atentamente.

  
-----  
Andrea C. Maquera Maquera  
Lic. En Enfermería

  
-----  
Mardulí S. Lauriente Chino  
Lic. En Enfermería

RECIBIDO  
  
T-19-12-17

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHOMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD

"Año del buen servicio al ciudadano"

Tacna 18 de Diciembre del 2017

Sr: Luis Asunción López Puicán  
Docente Licenciado en Estadística

Presente

Por la presente, reciba usted el saludo cordial y fraterno a nombre de la Escuela de Enfermería de la Universidad Jorge Basadre Grohoman; luego para manifestarle, que estamos desarrollando la tesis Intitulada: "RELACION DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS CON LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017"; por lo que conocedores de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de la investigación, le solicito su colaboración en emitir su JUICIO DE EXPERTO, para la validación del instrumento .

Agradeciéndole por anticipado su gentil colaboración como experto me suscribo de usted.

Atentamente.

  
.....  
Andrea C. Maquera Maquera  
Lic. En Enfermería

  
.....  
Marduli S. Lauriente Chino  
Lic. En Enfermería

DAMS  
Hay  
18/12/17

## VALIDACION DEL INSTRUMENTO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Luis ASUNCIÓN LÓPEZ PUYCAN  
FORMACIÓN ACADÉMICA: LIC. EN ESTADÍSTICA  
ÁREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: BIoESTADÍSTICA  
TIEMPO: 20 Años CARGO ACTUAL: DOCENTE  
INSTITUCION: U.N.T.B.G.

### (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

#### INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema

#### TITULO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

**"RELACION DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS CON LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017"**

SE COMPONE DE 10 ITEMS, PARA LOS CUALES SE TIENE LA SIGUIENTE ESCALA DE ESTIMACIÓN:

- 1.- Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada
- 2.-Representa una abolición escasa de la interrogante
- 3.- Significa la absolución del ítem en términos intermedios
- 4.-Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada
- 5.-Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.-

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2.-¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3.-¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento es una muestra representativa del universo material del estudio ?			X		
4.-¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares ?				X	
5.-¿Considera Ud. que Los conceptos utilizados en este instrumento son, todos y cada uno de ellos, propios de las variables ?				X	
6.- ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?				X	
7.-¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro , sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones ?					X
8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9.-¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a			X		

los objetivos materia de estudio?					
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					
SI SON FACTORES IDENTIFICADOS (CON VALORES) Y LA					
VARIABLE DEPENDIENTE CON SÍNTOMA ANEMIA Y NO					
NO TIENE ANEMIA					



Firma del experto

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHOMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD

"Año del buen servicio al ciudadano"

Tacna 18 de Diciembre del 2017

Sra: Sonia Alejandrina Luna de Rroa  
Enfermera Especialista: "Cuidado enfermero en Crecimiento y Desarrollo"

Presente

Por la presente, reciba usted el saludo cordial y fraterno a nombre de la Escuela de Enfermería de la Universidad Jorge Basadre Grohoman; luego para manifestarle, que estamos desarrollando la tesis intitulada: "RELACION DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS CON LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017"; por lo que conocedores de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de la investigación, le solicito su colaboración en emitir su JUICIO DE EXPERTO, para la validación del instrumento .

Agradeciéndole por anticipado su gentil colaboración como experto me suscribo de usted.

Atentamente.

  
.....  
Andrea C. Maquera Maquera  
Lic. En Enfermería

  
.....  
Marduli S. Lauriente Chino  
Lic. En Enfermería

  
.....  
SONIA A. LUNA BERROA  
ENFERMERA  
CEP. 17900  
Recibido 18-12-17  
6 00 PM.

## VALIDACION DEL INSTRUMENTO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Sonia Alejandina Luna Berroa  
FORMACIÓN ACADÉMICA: Universidad Nacional de San Agustín Arequipa  
ÁREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: Cuidado enfermera en crecimiento y desarrollo  
TIEMPO: 30 años CARGO ACTUAL: Enfermera Asistencial  
INSTITUCION: C.S. Metropolitano

### (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

#### INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema

#### TITULO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

**"RELACION DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS CON LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017"**

SE COMPONE DE 10 ITEMS, PARA LOS CUALES SE TIENE LA SIGUIENTE ESCALA DE ESTIMACIÓN:

- 1.- Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada
- 2.-Representa una abolición escasa de la interrogante
- 3.- Significa la absolución del ítem en términos intermedios
- 4.-Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada
- 5.-Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.-

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				(4)	
2.-¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?				(4)	
3.-¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento es una muestra representativa del universo material del estudio ?				(4)	
4.-¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares ?					(5)
5.-¿Considera Ud. que Los conceptos utilizados en este instrumento son, todos y cada uno de ellos, propios de las variables ?					(5)
6.- ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?				(4)	
7.-¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro , sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones ?					(5)
8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					(5)
9.-¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a				(4)	

los objetivos materia de estudio?

10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?

- CONSIDERAR EL HONOR EN EL INGRESO ECONOMICO SIGUN LO ESTIPULADO EN EL TRATADO.
- AÑADIR LA PREGUNTA 13
- RESONAR EL ULTIMO ITEM DE OMBIA

Firma del experto...  
SONIA A. LUNA BERRÍA  
ENFERMERA  
CEP. 17900

**Anexo 5:**  
**Confiabilidad del**  
**Instrumento**

## **La Validez y Confiabilidad del Instrumento de Evaluación**

### **I. Juicio de Expertos**

Se presentó el cuestionario a evaluación de 3 expertos en la materia:

- Luis Asunción López Puycan – Licenciado en Estadística (Juez 1).
- Sonia A. Luna Berroa – Licenciada en Enfermería (Juez 2).
- Octavio Mario Valdicia Obando – Nutricionista (Juez 3).

De lo cual se les entrego un listado de preguntas para la evaluación del cuestionario antes de ser ingresado a la prueba piloto para la evaluación de la confiabilidad, las preguntas asignadas son:

<b>PREGUNTAS</b>	<b>ESCALA DE VALIDACIÓN</b>				
1.- ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2.-¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.-¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento es una muestra representativa del universo material del estudio ?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.-¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares ?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.-¿Considera Ud. que Los conceptos utilizados en este instrumento son, todos y cada uno de ellos, propios de las variables ?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.- ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

7.-¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro , sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones ?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... ..... ..... .....					

Una vez entregado los resultados se presenta la tabla de respuestas por parte de los expertos:

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Juez 1</b>	4	4	5	5	5	5	5	5	5
<b>Juez 2</b>	4	4	4	5	5	4	5	5	4
<b>Juez 3</b>	4	4	3	4	4	4	5	4	3

Terminado el proceso de verificación y recopilación de datos por parte de los expertos, se procede a procesarlo mediante la prueba de confiabilidad Alfa de Crombach:

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

*k*: cantidad de ítems

*S*: Desviación Estandar

Calculando los datos se tiene:

$$\alpha = \left[ \frac{9}{9-1} \right] \left[ 1 - \frac{3.33}{16.32} \right]$$

$$\alpha = [1.125][0.796]$$

$$\alpha = 89.55$$

Con un valor de 89.55%; cercano a 100 según el cuadro de valor se consideraría una excelente confiabilidad por parte de los expertos al instrumento realizado.

0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy Confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1.0	Confiabilidad Perfecta

## II. Confiabilidad del Cuestionario (Prueba Piloto)

Para la confiabilidad del cuestionario se utilizaron datos realizados a una prueba piloto (una cantidad de 12 madres de familia de niños que tienen anemia actualmente), de las cuales se han tomado 3 factores importantes para el desarrollo del cuestionario:

- **Información personal del Niño**

En estas preguntas no se puede utilizar estadística inferencial debido a que solo brindan una característica de la persona a quien se encuesta:

1. Edad del Niño: se determina el tiempo de vida del niño en meses.
2. Sexo: determina Masculino o Femenino.
3. ¿Quién cuida al niño?: Determina quién es el cuidador principal del niño (Mamá, Papá u otra persona).

4. ¿Ayuda Ud. en la alimentación del niño?: la forma en que el cuidador ayuda a la alimentación del menor, determinando una explicación de actividades de cómo lo realiza.
5. Estado Civil: referido a la característica (Soltera, Casada, Conviviente, divorciada o viuda).
6. Nivel de Instrucción: referido al grado de conocimiento académico alcanzado por parte del cuidador. (Primaria, secundaria, Superior no Universitario, superior Universitario o sin ninguna Instrucción).
10. Lugar de Procedencia: referido a la región de donde procede el cuidador del menor (Costa, Sierra o Selva).

Estas preguntas serán evaluadas con estadística descriptiva para demostrar una tendencia.

- **Factor Social**

Referido a los factores que son influidos o tienen influencia por parte de la sociedad donde habita el menor. Este factor será trabajado mediante estadística descriptiva porque evalúa una tendencia.

7. Religión: referente a las más destacadas influencias religiosas en el hábitat del menor (Católico, Evangelista, Mormón u otro).
8. Ocupación: referido a la mayor actividad que realiza el cuidador.

- **Factor Económico**

Referido a la cantidad de ingreso mensual al hogar familiar por parte de los integrantes de la familia. Este valor refleja una frecuencia.

9. Ingreso Económico Familiar: valor captado de acuerdo a la remuneración mínima vital.

• **Factor cultural**

11. ¿Usted cree que es importante la administración de la alimentación complementaria en su niño? (Si/No)

12. ¿Su niño recibe o recibió Micronutrientes? (Chispitas Nutricionales) (Si/No)

13. Los Micronutrientes lo prepara con:

- Comidas espesas o tibias Si( ) No( )
- Líquidos Si( ) No( )
- Jugos Si( ) No( )
- Caldos Si( ) No( )

14. ¿Su niño presento o presenta alguna reacción al consumir Micronutrientes?

- Vómitos Si( ) No( )
- Diarreas Si( ) No( )
- Estreñimientos Si( ) No( )
- Deja de comer Si( ) No( )

15. ¿Cuántas veces le da sus alimentos a su niño; durante el día?

16. ¿Le da/ba de comer verduras a su niño(a); durante la semana?

17. ¿Le da/ba de comer frutas a su niño(a); durante la semana?

18. ¿Le dio de comer a su niño(a) carnes rojas, blancas y viseras;  
durante la semana?

19. ¿Le dio de comer menestras a su niño(a) durante la semana?

Las preguntas del 11 al 14 son de carácter dicotómico, solo para responder (Si/No), por lo que se evaluara con la Prueba de Kuder Richarson (KR20), las preguntas del 15 al 19 son preguntas con escala de Likert y como tal se evaluara con la prueba de Alfa de Crombach.

Kuder Richarson (KR20)

Se utilizara la siguiente formula:

$$kr_{20} = \frac{n}{n-1} * \frac{S_t^2 \sum p * q}{S_t^2}$$

Donde n es el número de ítems utilizados (cantidad de preguntas empleadas para este método de fiabilidad), p es el promedio de ocurrencia y q es 1 menos el valor de p, multiplicados por la varianza calculada de los datos analizados.

Se tiene el siguiente cuadro de datos recolectados:

Item	Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
11	¿Usted cree que es importante la administración de la alimentación complementaria en su niño?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	¿Su niño recibe o recibió Micronutrientes? (Chispitas Nutricionales)	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
13	Los Micronutrientes lo prepara con	13.1	Comidas espesas o tibias	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
		13.2	Líquidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		13.3	Jugos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
		13.4	Caldos	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
14	¿Su niño presento o presenta alguna reacción al consumir Micronutrientes?	14.1	Vómitos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		14.2	Diarreas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		14.3	Estreñimientos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
		14.4	Deja de comer	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1

De los datos analizados, se utilizó la fórmula anteriormente empleada y se calculó una fiabilidad de 0.895 o 89.5% de fiabilidad.

Alfa de Cronbach

Se utiliza la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left[ \frac{K}{K-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde K es el número de ítems utilizados para el cálculo de la fiabilidad, junto con la varianza calculada de los datos.

De los datos recolectados se tienen:

Item	15	16	17	18	19
Pregunta	¿Cuántas veces le da sus alimentos a su niño; durante el día?	¿Le da/ba de comer verduras a su niño(a); durante la semana?	¿Le da/ba de comer frutas a su niño(a); durante la semana?	¿Le dio de comer a su niño(a) carnes rojas, blancas y viseras; durante la semana?	¿Le dio de comer menestras a su niño(a) durante la semana?
1	5	3	2	5	3
2	4	4	4	4	3
3	3	2	2	3	2
4	5	5	5	5	3
5	5	5	5	3	3
6	5	4	5	5	3
7	5	2	3	5	2
8	5	5	5	5	3
9	4	5	5	5	3
10	4	5	5	5	3
11	5	5	5	5	3
12	4	5	5	5	3

De la recolección se tuvo una fiabilidad de 0.7787 o 77.87% de fiabilidad que de acuerdo al cuadro anteriormente mencionado es una excelente fiabilidad.

### III. Fiabilidad Total

Para el cálculo de la fiabilidad total, se debe calcular el promedio de la fiabilidad del juicio de los expertos y de la confiabilidad de los instrumentos. Se tiene 89.55 del juicio de los expertos, 89.5 de KR20 y 77.87 de alfa de cronbach de lo cual el promedio es 85.64% con lo que se puede asegurar una excelente fiabilidad.

**Anexo 6:**  
**Consentimiento**  
**Informado**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es realizada por la Lic. en Enf. Andrea Cristina Maquera Maquera y la Lic. en Enf. Marduli Sandra Lauriente Chino de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Facultad ciencias de la Salud – Escuela Académico Profesional de Enfermería.

La meta de este estudio es:

- ❖ Determinar la relación de los factores socioculturales y económicos con la Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad en el Centro de Salud Bolognesi, Tacna 2017.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista o completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento o puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Firma del Participante o huella o jeroglífico \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Anexo 7:  
Resolución de la  
Facultad de Ejecución



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Académico Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana,  
Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°8067-2017-FACS/UNJBG  
Tacna, 28 de diciembre del 2017

VISTO:

El Informe N° 264-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por las Est. Lic. Andrea Cristina Maquera Maquera y Est. Lic. Mardulí Sandra Lauriente Chino, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución de Consejo Universitario N° 14127-2017-UNJBG, se aprueba el Reglamento de Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, en el Capítulo III, Art. 07° la Tesis se desarrollará de manera individual o grupal (02 personas);

Que, las Est. Lic. Andrea Cristina Maquera Maquera y Est. Lic. Mardulí Sandra Lauriente Chino, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 264-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017**, presentado por las Est. Lic. Andrea Cristina Maquera Maquera y Est. Lic. Mardulí Sandra Lauriente Chino, alumnas de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. María Soledad Porras Roque.

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Dra. María Soledad Porras Roque, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

**ART. 1°:** Oficializar la Designación de la Dra. María Soledad Porras Roque, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS CON LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES DE EDAD, EN EL C.S. BOLOGNESI 2017**, presentado por las Est. Lic. Andrea Cristina Maquera Maquera y Est. Lic. Mardulí Sandra Lauriente Chino, alumnas de la Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo de la Facultad Ciencias de la Salud

**ART. 2°:** Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por las Est. Lic. Andrea Cristina Maquera Maquera y Est. Lic. Mardulí Sandra Lauriente Chino, alumnas de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



Distrib.: 2da Esp. Enferm, Arch.

IMT/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Castilla postal 316

**Anexo 8:**  
**Carta de Presentación a  
la Institución**

Tacna, 26 de diciembre de 2017  
Dra. Victoria Nora Vela de Córdova  
Directora de la Escuela profesional de Enfermería  
Presente  
Estimado Sr.: Méd. Rigoberto Espinoza Rosado

Dentro de la formación de la Segunda Especialidad de la Escuela Profesional de Enfermería, se considera muy importante la recolección del trabajo de tesis para sacar el título de especialidad en: "Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo".

En este marco, nosotros que hemos culminado los estudios de segunda especialidad en "Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo" y para el desarrollo de nuestra tesis se requiere la realización de una prueba piloto para la verificación y evaluación de la confiabilidad del instrumento de evaluación que se utilizara en la tesis a desarrollar.

Es de nuestro interés que esta prueba piloto se pueda desarrollar en el C.S. Metropolitano durante el transcurso del mes de Diciembre y Enero, tomando datos o registros de los niños de 12 a 24 meses de edad.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del centro. De igual manera, se entregará a los apoderados/padres o responsables de los menores de edad un consentimiento informado donde se les invita a participar del trabajo de investigación y se les explica en qué consistirá la tesis.

Las Lic. en Enf. que llevarían a cabo esta actividad son:

- ❖ Lic. Andrea Cristina Maquera Maquera
- ❖ Lic. Marduli Sandra Lauriente Chino

Sin otro particular y esperando una buena acogida, se despide atte.

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Andrea Cristina  
Maquera Maquera

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Marduli Sandra  
Lauriente Chino



Tacna, 26 de diciembre de 2017

Dra. Victoria Nora Vela de Córdova

Directora de la Escuela profesional de Enfermería

Presente

Estimado Sr.: Méd. Antenoges Constantino Osorio Vargas

Dentro de la formación de la Segunda Especialidad de la Escuela Profesional de Enfermería, se considera muy importante la recolección del trabajo de tesis para sacar el título de especialidad en: "Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo".

En este marco, nosotros que hemos culminado los estudios de segunda especialidad en "Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo" y para el desarrollo de nuestra tesis se requiere la recolección de datos en su establecimiento de salud.

Es de nuestro interés que este estudio de investigación se pueda desarrollar en el C.S. Bolognesi en el periodo de enero febrero del 2018, durante dos meses para tomar datos o registros de los niños de 12 a 24 meses de edad.


Una vez terminado el proceso de recolección de datos, el análisis de los datos, se entregará al C.S. Bolognesi los resultados obtenidos.

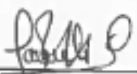
Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del centro. De igual manera, se entregará a los apoderados/padres o responsables de los menores de edad un consentimiento informado donde se les invita a participar del trabajo de investigación y se les explica en qué consistirá la tesis

Las Lic. en Enf. que llevarían a cabo esta actividad son:

- ❖ Lic. Andrea Cristina Maquera Maquera
- ❖ Lic. Marduli Sandra Lauriente Chino

Sin otro particular y esperando una buena acogida, se despide atte.

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Andrea Cristina  
Maquera Maquera

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Marduli Sandra  
Lauriente Chino

Autorizado: 28/12/17

MINISTERIO DE SALUD  
CLAS C.S. BOLOGNESI

.....  
MED. ANTENOGES OSORIO VARGAS  
GERENTE

# Anexo 9: Matriz de Consistencia

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de Medición	Fuentes	Metodología	
¿Cuál es la relación de los factores socioculturales y económicos con la anemia ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017?	<b>General:</b> Determinar la relación que existe entre los factores socio culturales y económicos con la Anemia Ferropénica de los niños de 12 a 24 meses de edad en el C.S. Bolognesi.	* Ha: Existe relación entre los factores socioculturales y económicos con la anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017*	<b>Independiente:</b> Factores Socioeconómicos y Culturales	Son características que permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad, la influencia del ambiente en la situación problema, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto.	<b>Factores Sociales:</b>	Religión, Ocupación	Nominal	Secundaria	* Población: 60	
	<b>Factores Económicos:</b>				Ingreso económico familiar	Nominal	Secundaria	Criterios de inclusión: * Madres que acepten voluntariamente ser parte del estudio * Madres de niños de 12 a 24 meses de edad * Madres con asistencia regular a los controles de CRED * Madres de niños con anemia		
	<b>Factores Culturales:</b>	Suplementación alimentaria, Conocimientos y costumbres de alimentación			Ordinal	Primaria	Criterios de exclusión * Madres que se rehúsan a participar en el estudio * Madres de niños menores de 12 meses y mayores de 24 meses * Madres con asistencia irregular a los controles de CRED * Madres de niños sin anemia			
				<b>Dependiente:</b> Anemia Ferropénica	Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro.	Anemia Leve	De 10 a 10.9gr/dl	Escalar	Primaria	* Unidad de análisis: C.S. Bolognesi, niños de 12 a 24 meses * Tipo: Descriptivo, correlacional
	* Identificar los factores culturales con la Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017*	* No: No existe relación entre los factores socioculturales y económicos con la anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017*	Anemia Moderada	De 7 a 9.9gr/dl	* Nivel: Correlacional de corte transversal * Método: Deductivo, retrospectivo * Diseño de campo: Cuantitativo					
	* Identificar los factores económicos con la Anemia Ferropénica en niños de 12 a 24 meses de edad, en el C.S. Bolognesi 2017*		Anemia Severa	<7gr/dl	* Técnica de recolección de datos: Encuesta-Cuestionario * Técnica para el procesamiento de datos: EXCEL, SPSS * Técnica para el informe final: Normas para la elaboración de tesis					