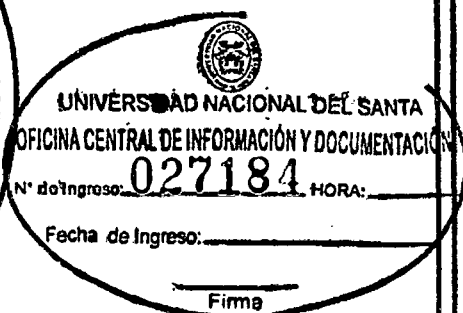




UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICA
RELACIONADO CON LA ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES
EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. HOSPITAL ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013**

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

**TESISTA :
GUTIERREZ HUILLCA, Lighia Sumack Urpi**

**ASESORA:
Ms. PINTO FLORES, Irene**

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V°B° de:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Irene Pinto Flores".

Ms. PINTO FLORES, Irene

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V°B° de:

JURADO EVALUADOR

DRA. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

PRESIDENTA

DRA. HUAÑAP GUZMAN, Margarita

SECRETARIA

Ms. PINTO-FLORES, Irene

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A mi DIOS, quien me regalo la oportunidad de poder culminar mi carrera, por haberme ayudado y jamás soltado de la mano, solo al GRAN YO SOY SEA LA GLORIA Y HONRRA; TODO ES EN ÈL, POR ÈL Y PARA ÈL.

A mis padres Francisco y Maria Rosa, quienes me motivaron y me brindaron su ayuda, consejos y fortaleza para seguir siempre adelante y no desfallecer.

A mi hermana quién me ayudó con su ejemplo y dedicación a continuar para adelante y alcanzar mi meta.

LIGHIA

AGRADECIMIENTO

A mi Alma Mater la Universidad Nacional del Santa, que me permitió formarme profesionalmente.

A mi asesora: Ms. Pinto Flores, Irene, por el apoyo brindado y orientación en el desarrollo de mi tesis

A las docentes de la E.A.P. de Enfermería por sus sabias enseñanzas, por su paciencia y por su formación humanística, espiritual ética, tecnológica y científica.

LIGIA

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MARCO TEÓRICO	28
III. METODOLOGIA	36
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS	44
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	50
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	57
5.2. RECOMENDACIONES	58
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01:	45
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.</p>	
TABLA N° 02:	47
<p>ACTITUD PREVENTIVA SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.</p>	
TABLA N° 03:	49
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD PREVENTIVA SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.</p>	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N° 01:	46
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.</p>	
FIGURA N° 02:	48
<p>ACTITUD PREVENTIVA SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.</p>	
FIGURA N° 03:	50
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD PREVENTIVA SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.</p>	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropènica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote 2013 .La muestra estuvo constituida por 78 madres jóvenes que asistieron al Módulo de Pediatría con niños menores de 1 año, a quienes se le aplicó un cuestionario relacionado al nivel de conocimiento sobre anemia ferropènica y una escala de evaluación de actitud preventiva de anemia ferropènica, el procesamiento de datos se realizó mediante la prueba estadística de independencia de criterios, llegándose a las siguientes conclusiones:

1. Más de la mitad presentan un nivel de conocimiento inadecuado (59.0%) y el (41.0%) un nivel de conocimiento adecuado.
2. La mayor prevalencia de actitud preventiva menos positiva (70.5 %), seguido de una actitud preventiva más positivo (29.5%).
3. Existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud preventiva sobre anemia ferropènica ($p=0.021$). Asimismo, ante prueba de riesgo, el tener un nivel de conocimiento inadecuado se constituye en riesgo elevado para presentar una actitud preventiva menos positiva (OR=3.2), p : significativo OR: Riesgo Elevado

ABSTRACT

This research paper descriptive, correlational cross-sectional aims to determine the level of knowledge about iron deficiency anemia related to the attitudes of mothers in children under 1 year, Hospital Eleazar Guzman Barron , Nuevo Chimbote 2013. The sample consisted of 78 young mothers who assisted the module Pediatrics for children under 1 year who underwent treatment with a related to the level of knowledge about iron deficiency anemia questionnaire and rating scale preventive attitude of iron deficiency anemia, data processing was performed using the statistical test of independence criteria , reaching the following conclusions:

1. More than half have an inadequate level of knowledge (59.0 %) and (41.0 %) an appropriate level of knowledge.
2. The highest prevalence of less positive preventive attitude (70.5 %) followed by a more positive preventive attitude (29.5 %).
3. There is a significant relationship between the level of knowledge and the attitudes of iron deficiency anemia ($p = 0.021$) . Also, at the risk test , having an inadequate level of knowledge is at high risk to present a less positive preventive attitude (OR = 3.2), p : significant
OR: elevated risk

I. INTRODUCCIÓN

La anemia ferropènica es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona. Es la enfermedad por deficiencia nutricional más común en niños entre 6 meses a 3 años de edad, para afirmar que es ferropènica deben determinarse valores de hemoglobina, hematocrito, presencia de microcitosis, hipocromìa y respuesta a la terapia con hierro (1).

La carencia de hierro tiene tres estadios bien definidos. La ferropenia induce una anemia hipocròmica microcítica. Simultáneamente, la depleción de enzimas esenciales que contienen hierro puede causar otras alteraciones, incluyendo la alopecia, alteraciones tróficas en la lengua y en la mucosa gástrica y mala absorción intestinal. Al inicio de la deficiencia las reservas en forma de ferritina y hemosiderina pueden ser inadecuadas para mantener niveles normales de hemoglobina y hematocrito, así como los de hierro sérico y de transferrina, pero todavía no causa anemia. Hasta esta fase, existe un aumento de la actividad eritroide de la médula ósea. Después al persistir el balance negativo, aparece anemia microcítica e hipocròmica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la anemia se clasifica en anemia leve con un nivel sérico de hemoglobina mayor de 10.0 – 11,9 g/dl; anemia moderada con un nivel sérico hemoglobina entre 8-10 g/dl y anemia grave con un nivel sérico hemoglobina menor de 8 g/dl (2).

Los lactantes mayores de 6 meses y los niños pequeños son muy vulnerables a la deficiencia de hierro debido a la depleción de los depósitos

del metal causado por el rápido crecimiento, al bajo contenido de hierro de la mayoría de las dietas de los lactantes, La combinación de un crecimiento rápido, una depleción de los depósitos y un bajo contenido de hierro de la dieta se traduce en un período de máxima deficiencia de hierro que abarca de los 9 a los 18 meses de edad (3).

Como las dietas basadas en la leche aportan la mayor parte de la energía consumida durante el primer año de vida, el contenido de hierro de los distintos productos lácteos y su biodisponibilidad son factores que permiten predecir el estado nutricional del hierro. Los lactantes alimentados preferentemente con preparaciones reforzadas con hierro apenas corren peligro de desarrollar una deficiencia del hierro, pero los alimentados con leche de vaca completa corren un riesgo de sufrir deficiencia de hierro equivalente a 30 ó 40% hacia los 9 meses de edad, que tal vez sea aún mayor hacia los 12 meses de edad. Los lactantes que reciben lactancia materna sin aportes adecuados de hierro procedentes de otras fuentes corren también el riesgo de desarrollar deficiencia entre los 9 y los 12 meses de edad. La anemia ferropénica puede desarrollarse a los 3 meses de vida en los prematuros y en los gemelos cuyos depósitos neonatales de hierro son menores y cuya ganancia de peso es proporcionalmente menor que la de los nacidos a término de embarazos únicos y también por la presencia de parasitosis intestinal no detectada a tiempo y no tratada adecuadamente (4).

Las manifestaciones son las propias de la anemia. Dado que en la deficiencia de hierro de origen nutricional la anemia es habitualmente de carácter leve, los síntomas son poco evidentes existe palidez de piel y mucosas, disminución de la capacidad del trabajo físico y manifestaciones

no hematológicas debidas al mal funcionamiento de enzimas dependientes del hierro, irritable, poco interesado en el medio e inapetente, en especial frente a los alimentos sólidos. En los lactantes anémicos se han observado una reducción de los coeficientes de desarrollo motor y mental, que no es recuperable con la terapia con hierro, aún más en estos niños existe una disminución leve del coeficiente intelectual a los 5 a 6 años de edad a pesar de la recuperación de la anemia, persistiendo incluso algún grado de déficit en la edad escolar (5) (6).

Entre los Factores de Riesgo para la Anemia Ferropènica tenemos:

1. Dieta con bajo contenido de hierro y/o de pobre biodisponibilidad (ofrecer bebidas tipo cola, jugos artificiales, café, té, mate ya que no alimentan, estos más bien excitan al niño/a y muchos de ellos interfieren en la absorción de los nutrientes).
2. Ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo.
3. Aumento de requerimientos debido al crecimiento.
4. Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen con menor depósitos de hierro.
5. Niños de estratos socioeconómicos bajos.
6. Parasitosis Intestinal, (uncionarias, amebas, guardias).
7. Deficiencia de vitamina B12.
8. Intoxicación crónica por plomo.

9. Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta (7) (8).

Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplementos de hierro, hasta cerca de los dos años de edad. En el caso de niños que no son alimentados primordial o exclusivamente del pecho materno, se asume que los niños con dietas con una alta biodisponibilidad de hierro lo absorben en un 15% por lo que se recomienda la ingestión de 7 mg. Fe/día. En vista de que muchos niños en el Perú entre 6 y 12 meses de edad tienen dietas con un alto contenido de cereales y otros vegetales que podrían reducir la biodisponibilidad del hierro dietético a cerca de 10% se considera oportuno recomendar para todos los niños de esa edad 10 mg Fe/día (9)(10).

Los niños menores de un año no deben tomar leche entera de vaca u de otros animales, ya que la digestión de estas no es adecuada y se puede producir una enteropatía perdedora de glóbulos rojos, enfermedad en la cual se presenta una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo causar anemia.

Se considera que la leche materna de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses (4).

De ahí la importancia de conocer cuáles son los factores protectores para evitar la anemia en los lactantes, entre estos tenemos:

Lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida.

Ablactancia adecuada, la que debe empezar a partir de los 6 meses de edad, la leche materna sola no es suficiente y es necesario complementarla con otros alimentos, siendo recomendable introducir alimentos semisólidos en la dieta del niño.

La dieta para ablactancia debe proveer suficientes minerales y vitaminas en forma disponible para el cuerpo. En algunos casos, los productos animales, permiten una mayor biodisponibilidad de varios de estos micronutrientes que las fuentes vegetales, por lo cual es importante incluir una pequeña porción de un producto animal.

Se debe evitar la administración prematura de alimentos a niños amamantados, para evitar que sustituyan la leche materna, además, es importante insistir en que los alimentos semisólidos se deben considerar como complementarios a la leche humana, y que su introducción en la dieta no implica que se deba discontinuar la lactancia materna. Esta puede continuar hasta los 12 meses o más meses de edad, dependiendo del entorno cultural y familiar del niño (11).

La madre debe usar los alimentos que estén al alcance económico de la familia y que sean culturalmente aceptables. Pero teniendo en cuenta su calidad nutricional en términos de digestibilidad, densidad energética y contenido de nutrientes, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Todos los alimentos deben ser preparados, conservados y administrados bajo estrictas condiciones higiénicas.
2. El contenido de fibra, fitatos, taninos y otros compuestos puede interferir con la biodisponibilidad de diversos micronutrientes.
3. A los ocho meses de edad pequeñas cantidades de alimentos con proteína como huevos, purés de carne roja y carne de ave así como de pescado sin espinas.
4. Tratamiento de las enteroparasitosis y desparasitación periódica.
5. Promover la ingesta de sales de hierro. En niños pre-término, a partir del segundo mes de vida: administración de sulfato ferroso a una dosis diaria de 1 mg Fe /kg de peso. En el niño a término: administración de 2 mg. Fe /kg de peso a partir de 3° mes si recibe fórmula láctea y a partir de 6° mes si recibe lactancia materna.
6. Promover la complementación con hierro en gestantes a partir del cuarto mes del embarazo hasta el segundo mes de post parto. Las recomendaciones diarias de consumo de hierro varían según la edad, sexo y dependen del tipo de alimentación.
7. Promover la participación comunitaria y el buen saneamiento básico (11) (12).

En nuestro país existen muchas prácticas de cuidar a los niños que en algunos casos son erróneas, tales como: Dar al recién nacido un biberón con agua, separarlo de la madre mientras ella descansa del parto, si el niño no lacta inmediatamente después de nacido o la leche que mama no sirve porque no es leche. La madre debe de saber que el líquido que sale del

seno materno los 2 ó 3 primeros días es el “calostro” importante para la salud futura del recién nacido ya que le transfiere anticuerpos que lo harán menos susceptible ante enfermedades infecciosas. El calostro recubre el delicado estómago del recién nacido (13) (14).

Asimismo se piensa que si la madre se enferma debe dejar de dar el pecho a su hijo, sin embargo la literatura refiere que debe seguir dándole el pecho a su hijo, pues su organismo crea los anticuerpos necesarios y estos son transmitidos al niño a través de la leche.

Dar al niño después de los 6 meses solo puré de papa o la mezcla de papa y zapallo o camote y zapallo lo va a llenar pero no lo está alimentando lo necesario para su desarrollo, de persistir con esta alimentación el niño presentara un cuadro de desnutrición, deberá seguir proporcionando leche materna; incluir pescado, huevos, queso, quinua, frijol de soya y carne en las cantidades que su edad y normas recomiendan. Al iniciar la alimentación algunas mamás dan sopas o calditos, en vez de purés o mazamoras que proveen alta densidad nutricional (14).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS indican que en el Continente Americano aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia ferropénica, en Caribe 60% la prevalencia en embarazadas, Ecuador notificó una prevalencia de 70% en niños de 6- 12 meses y 45 % en niños de 12- 24 meses, Cuba 64% en niños de 1-3 años, Argentina 55% en niños de 9- 24 meses, México de 50.7% en niños de 6- 36 meses. Todos los estudios indican que la población más afectada son los

recién nacidos de bajo peso, menores de 2 años y mujeres embarazadas (15).

Según la OMS, el 15% de la población mundial; es decir de 500 a 600 millones de personas, padece anemia ferropénica. La prevalencia de este tipo de anemia en niños preescolares es alrededor del 10 % en países desarrollados y un 51 % en países en vías de desarrollo. Esta situación de salud infantil es un problema alarmante, que se hace cada vez más evidente en los países subdesarrollados de América Latina y el Caribe, siendo el Perú el país con la mayor prevalencia de anemia con el 57% de los casos de todo Latinoamérica. Según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, la prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses, a nivel nacional es de 57.1%; del cual, en la zona urbana la prevalencia es de 52.3% y en la zona rural de 68.9%. En la ciudad de Lima la prevalencia de anemia es de 47%. Los grupos etarios más afectados son los lactantes y pre escolares, porque se encuentran en un período de crecimiento y desarrollo rápido (16) (17).

Según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010 la anemia en la población infantil del Perú, disminuyó en 6.5%, respecto a lo registrado en el 2007, cuando se situaba en 56,8% de anemia infantil (en el año 2007), esta cifra se redujo a 50,3% (en el año 2010), es decir hubo una disminución de 6,5%. La proporción de anemia en niñas y niños de seis meses a 3 años es mayor en el área rural (56.6%) y presenta una diferencia de 10 puntos porcentuales en relación con el área urbana (46.6%). Otro dato resaltante es la relación entre la anemia infantil y el nivel educativo de la madre, pues, a mayor educación se observa una menor proporción de niños con anemia en el año 2010. Puno, Huancavelica y Huánuco presentan

los mayores niveles de anemia en niños menores de 36 meses (78.1%, 71.5% y 66.5% respectivamente). En tanto, Lambayeque, Piura, Junín, Lima y Moquegua tienen los índices más bajos (entre el 32.2% y el 42.4%) (17).

De acuerdo a los resultados del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) para el I semestre de año 2012 tiene 1.3 % de anemia aguda, alcanzado el mayor porcentaje los Hospitales de Huari, Pomabamba y Yungay, superando largamente el promedio nacional (0.7%), como causas están las enfermedades infecciosas (EDAS, IRAS), saneamiento básico deficiente y prácticas inadecuadas durante la enfermedad, apreciándose con mayor incidencia en la zona rural de nuestra Región.

La anemia crónica en niños menores de 2 años, que afecta en forma irreversible su desarrollo cerebral, el promedio en la Región Ancash fue de 26.5% en el 2012, el % Regional según ENDES 2,008 alcanzó el 34.5%, esta diferencia se debe a que el SIEN reporta a los niños que acuden al Establecimiento de Salud, mientras que en el Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales(MONIN) son datos tomados por muestreo en toda la Región Ancash ,en el año 2005 arrojan una prevalencia de 37.4 % y en el 2,009 de 33.8 % datos que se asemejan al promedio Regional de ENDES(18).

En el Ámbito Internacional se reportan las siguientes investigaciones, relacionadas con las variables de estudio:

En VENEZUELA: Pabón, L; Gómez, E y Colab. (2002), en su estudio "Prevalencia de anemia por déficit de hierro en niños de 6 meses a 5 años de edad" encontraron este trastorno en 36,84% de niños con predominio del

sexo masculino y con una diferencia de 12,16% respecto al sexo femenino. Los lactantes menores de un año fueron los más afectados, representando el 70,83% (19).

En VENEZUELA: Pereira, L. (2005), en su estudio "Anemia en niños hospitalizados en el servicio de Pediatría I, II y III del Hospital Universitario "Ruiz y Páez", evaluaron 170 niños hospitalizados, y halló que 81,18% presentaron anemia y los grupos más afectados fueron los lactantes menores y los niños en edad preescolar, no existiendo diferencia significativa en cuanto al sexo (20).

En BOLIVIA: Urquidi, C; Vera, C y Colab. (2006), en su estudio "Prevalencia de anemia en niños de 6 a 24 meses de edad de tres centros de salud de la ciudad de La Paz.", encontraron que de los 36 niños incluidos en este estudio 30,6% resultaron con valores normales de hemoglobina y un 69,4% presentaron anemia (valores disminuidos de hemoglobina); esto coincide con un estudio realizado en niños de 6 a 24 meses donde se tamizaron 144 pacientes, obteniendo que el 86,8% presentaban niveles de hemoglobina menores al punto de corte fijado, y el 13,2% presentó valores normales de hemoglobina (21).

En BRASIL: García, M. (2009), en su estudio: "Alimentación complementaria y estado nutricional de los niños menores de 2 años en Acrelandia." se encontró de un total de 166 niños estudiados, la prevalencia de baja talla/edad y anemia fue de 12% y 40 %, respectivamente. Entre niños anémicos, el 95% tenía anemia por deficiencia de hierro. La

prevalencia general de anemia por deficiencia de hierro fue de 44 %. La presencia de parásitos intestinales fue de 26%.

La lactancia materna fue iniciada por casi todas las madres (99 %), la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes fue del 10% de los participantes. La oferta de la leche de vaca era elevada en los primeros meses de vida, y de 6 a 8 meses de edad el 70% de los niños ya consumieron este alimento (22).

En CUBA: Ruiz, M;Rosich, L; Picó, M. (2009), en su estudio "Ferropenia en niños de 6 a 24 meses de edad con hemoglobina normal", refiere que de un total de 55 niños de 6 a 24 meses con hemoglobina de 11.0 g/L, con el objetivo de detectar precozmente la ferropenia y los factores que contribuyan a su aparición. Para esto utilizó la determinación de Protoporfirina Eritrocitaria Libre (PEL) por punción digital.

Los niños estudiados según nivel de PEL y edad, encontraron un grupo de 16 niños entre 6 y 11 meses de edad de los cuales 40% tuvieron elevado PEL; en el grupo de 12 a 17 meses se encontró 32 %, y en el grupo de 18 a 24 meses 20 %; el total de niños con PEL elevada fue de 16 (29,1 %) (23).

A Nivel Nacional, se reportan las siguientes investigaciones, relacionadas con las variables del estudio:

En HUARAZ: Mendoza, E. y Morales, L. (2002), en su estudio "Influencia del nivel de conocimientos de las madres en la incidencia de la anemia ferropénica en niños de 6 meses a 2 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital de Apoyo Víctor Ramos Huaraz. Enero – Noviembre. 2001" con el objetivo de determinar la incidencia de

anemia ferropénica y analizar el nivel de conocimiento de la madres en dicha comunidad, encontraron que la incidencia de anemia en los 3 meses de estudio fueron del 50% de los cuales el 35,9% presento anemia leve, el 64,1% anemia moderada y ningún caso de anemia severa. Encontrando influencia significativa del nivel de conocimiento inadecuados en incidencia de anemia ferropénica (24).

En LIMA: Gómez, B. y Montano, M. (2006), en su estudio “Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de Pediatría del Hospital ESSALUD – SJL”; Refiere que el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria es alto en madres con grado de instrucción superior y el inicio de la alimentación complementaria en su mayoría se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses de edad. El 88.2% de las madres identifican al pescado como el alimento que contiene alto porcentaje de hierro, y el 79.5% consideran que se debe de dar suplementos de sulfato de hierro al lactante (25).

En LIMA: Márquez, J. (2008), en su estudio “Nivel de Conocimiento sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al centro de Salud Micaela Bastidas” encontraron que: a) El nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la Anemia Ferropénica es de nivel medio (62.5%), lo cual nos indica que las madres no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a las consecuencias funestas en su salud y desarrollo personal futuro; b) El 68.75% de madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre las medidas preventivas de la anemia,

exponiendo a sus hijos a sufrir esta enfermedad debido al poco conocimiento; c) El 66.07% de madres tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia, lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño frente a casos de anemia .d)El 86.61% (suma de conocimiento medio y bajo) de las madres, tienen un conocimiento medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas, sobre todo al daño permanente en el sistema nervioso, limitando las oportunidades de desarrollo en su vida futura (26).

En LIMA: Huachaca, C. (2009), en su estudio "Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja", encontró que el nivel de conocimiento de 39 madres de familia sobre la prevención de anemia ferropénica, fue de nivel medio predominantemente con 53.80%, seguido del 23.1% con conocimiento bajo. En cuanto a los aspectos que más desconocían, tenemos que 26 (66.70%) madres desconocen que la anemia ferropénica es causada por la deficiencia de hierro y entre los aspectos que más conocen son los signos y síntomas de la anemia, así como las consecuencias, el número de comidas al día. En cuanto a los conocimientos teóricos un total de 39(100%) madres, 26 (66.7%) presentaron conocimiento medio, y 6 (15.3%) conocimiento bajo. 7(18%) madres desconocen las fuentes de los alimentos ricos en hierro tanto de origen animal y vegetal (27).

A Nivel Local se encontró los siguientes trabajos de investigación relacionadas con las variables de estudio:

NUEVO CHIMBOTE: Blácido, G; Corzo, M; Charra, K. (2002), en su estudio "Algunos factores condicionantes y su relación con Anemia Ferropénica en el lactante de 6 a 23 meses del Pueblo Joven 3 de Octubre", refieren que en la población de estudio estuvo conformada por 57 niños entre los 6 a 23 meses de edad y sus respectivas madres. Existe una proporción significativa de lactante de 6 a 23 meses del Pueblo Joven 3 de Octubre (59,6%) con anemia ferropénica. El grado leve (67,6%) y el grado moderado (32,4%), son los grados de anemia ferropénica que prevalecen en el anémico de 6-23 meses del Pueblo Joven 3 de Octubre (27).

Algunos factores condicionantes del lactante se relacionan significativamente con anemia ferropénica, como: ser lactante de sexo masculino, con control de crecimiento y desarrollo incompleto, con lactancia mixta y una familia con ingreso mensual menor a 400 soles; se constituyen en riesgo elevado para presentar anemia ferropénica; una madre con nivel de conocimiento inadecuado, la presencia de parasitosis, tipo de lactancia y consumo de alimentos ricos en hierro constituye un riesgo moderado para que el lactante presente anemia ferropénica; además los factores condicionales de la madre (edad, grado de instrucción, nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica e ingreso económico familiar) tienen un comportamiento estadístico independiente de la anemia ferropénica (28).

En COISHCO: Ramírez, D; Armas, N (2008), en su estudio "Factores socioculturales maternos y del lactante de 6 a 24 meses relacionados con la anemia ferropénica", refiere que existe un mayor porcentaje de lactantes de 6 a 24 meses con anemia ferropénica (90.9%). No existe relación significativa entre los factores socioculturales del lactante de 6 a 24 meses y

la anemia ferropénica. Sin embargo el sexo se constituye en un riesgo leve, la edad, control de crecimiento y desarrollo y tipo de lactancia antes de los 6 meses en riesgo moderado, y en riesgo elevado tiempo de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses y tipo de leche que recibió antes de los 6 meses.

La Posición del lactante en el hogar, estado nutricional y la ingesta de alimentos ricos en hierro se constituyen en factores protectores. No existe relación significativa entre los factores socioculturales maternos y la anemia ferropénica. Sin embargo el nivel de conocimientos ante la estimación de riesgo, un lactante de 6- 24 meses cuya madre presenta un nivel de conocimiento adecuado sobre anemia tiene un riesgo moderado de presentar anemia ferropénica (29).

La realización de esta investigación elaborada por la investigadora se considera importante dada la alta incidencia de anemia ferropénica en los lactantes, ya que estos resultados van a ayudar a fortalecer las estrategias de atención en la salud de los niños.

En respuesta a esta necesidad; existen lineamientos de políticas de salud de promoción y prevención del Ministerio de Salud orientada al cambio de comportamientos mediante la educación, que es la principal estrategia para prevenir enfermedades, modificar actitudes, promover estilos de vida saludables. Es así que la madre, a quien se le atribuye la responsabilidad directa del cuidado de sus hijos, de acuerdo a los conocimientos que poseen van a tomar las medidas preventivas, poniendo énfasis en la alimentación del niño.

Los primeros años de vida resultan de vital importancia en lo que al estado nutricional se refiere; en lo cual la enfermera es responsable de impartir conocimientos a las madres, que motiven su cambio de conducta, frente a la anemia ferropènica ; si el niño presentare algún grado de anemia ferropénica, los efectos se reflejaran incluso durante la etapa adulta; por lo que, si no se toman las medidas necesarias para favorecer la salud del niño y no se revierte a tiempo la anemia ferropénica, puede tener consecuencias funcionales en el niño, tales como: retardo del crecimiento, alteración del desarrollo psicomotor y desarrollo intelectual, probablemente irreversible, como también en la etapa adulta y también está relacionado con la productividad de las personas.

En el Perú, ENDES 2010, el 37,7% de niñas y niños menores de 5 años de edad padecieron de anemia, proporción menor a lo observada en el año 2000 (49,6%).

Conociendo esta realidad en el crecimiento y desarrollo del niño es que surge el interés de investigar esta relación con el fin de poder obtener suficiente información acerca del nivel de conocimiento sobre anemia ferropènica de las madres jóvenes; que será de utilidad para la elaboración de programas educativos dirigido a las madres, y llevar un estricto control en el cuidado del niño.

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre anemia ferropènica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013?

1.1. OBJETIVOS:

1.1.1. Objetivo general:

- Conocer el nivel de conocimiento sobre anemia ferropènica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año .Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.

1.1.2. Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropènica, de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.
- Describir la actitud preventiva sobre anemia ferropènica de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropènica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el **ENFOQUE DE RIESGO**.

El enfoque de riesgo es un método de trabajo de atención de salud de las personas, familias y comunidades basado en el concepto de riesgo. Este se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuo o un grupo de personas de sufrir en el futuro un daño en su salud. Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades tiene la misma probabilidad o riesgo de enfermar o morir, si no que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros (30).

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a una persona o grupo para adquirir una enfermedad o daño.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidad de cuidado, que va desde un mínimo para las personas con bajo riesgo de presentar un daño, hasta un máximo necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud (30).

Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos para proveerlos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo a la necesidades de las personas o grupos y en función del principio de justicia distributiva, que exige dar más a aquellos que tiene más necesidad. Para garantizar la captación de estos individuos o

grupos con mayor riesgo, se precisa contar con instrumentos adecuados para su identificación implementado en los servicios de salud (31).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores que conducen a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada (31).

La estrategia del enfoque de riesgo consiste en la identificación de madres con riesgo a experimentar actitud menos positiva hacia la anemia ferropénica en sus niños menores de 1 año, permitiendo el acceso a una intervención oportuna y especializada, estando aquí presente el enfoque de riesgo enfatizando acciones en donde se encuentren las mayores posibilidades de ocurrir el daño, para los cuales deben reconocer los factores protectores, factores de riesgo, vulnerabilidad y daño para llegar a su reducción y eliminación (32).

Los factores de riesgo son aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir. Los factores de riesgo pueden actuar como causantes o moduladores del daño.

Entendemos por actitudes de riesgo las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites que puedan desviar o comprometer el desarrollo psicosocial durante la infancia y la adolescencia, con repercusiones perjudicial para la vida actual o futura. En las madres se contrapone una conciencia de peligro contra un sentimiento de invulnerabilidad (32).

En cuanto a las situaciones de riesgo estas son las circunstancias que ofrecen un riesgo de toda una familia o comunidad determinada, entre ellas debemos considerar la educación, la falta de un hogar, la enfermedad, la discapacidad

El riesgo es la medida de un suceso a futuro, queda implícita de que la probabilidad de consecuencia adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias. Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una enfermedad que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes de que aquellos acontezcan, se habla de la utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos (33).

Parte del enfoque de riesgo involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, que permita de finir acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán con menos frecuencia. Es importante reconocer que no todo los hechos pueden ser explicados en este momento de desarrollo científico.

Se puede predecir cuantos niños enfermar de una población dada, pero no se puede predecir con la misma seguridad quienes son los individuos que enfermaran, es posible sin embargo, examinar las características de aquellos que han muerto y tratar de establecer en que diferirán de los sanos

Por lo general se considera un factor de riesgo o característica es causal de un daño determinado a la salud si reúne los siguientes criterios: fuerza de la asociación; especificidad de la asociación, consistencia con el conocimiento existente, asociación temporal y la credibilidad bilógica (33).

Los factores de riesgo asociados causalmente con un daño a la salud permiten acciones de prevención primaria, mientras que aquellos factores de riesgo asociados no causalmente son utilizados en actividades de prevención secundaria. Estos últimos factores de riesgo, pese a no estar causalmente asociados con el daño a la salud, cuya reducción por lo tanto no puede esperarse mediante la eliminación de aquellos, son útiles para seleccionar grupos de población a los cuales se les aplican otros procedimientos (34).

Entendemos por factores protectores aquellos que van aminorar los efectos de los factores de riesgo y así favorecer un desarrollo positivo de los lactantes menores, incluso en presencia de múltiples exposiciones al riesgo

La hipótesis en la que se basa el enfoque de riesgo es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población y, por ello favorecerá la efectividad de las intervenciones del personal de salud contribuyendo a mejorar la calidad de atención

En el presente trabajo de investigación se analiza el nivel de conocimiento como factor de riesgo y/o protector, los cuales podrían ocasionar un riesgo o un daño en el niño menor de 1 año (33).

Probabilidad: Daño / Beneficio; es el resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide un riesgo. Gran parte del trabajo de prevención del daño centra su atención en reducir la vulnerabilidad y con el fin de poder hacerlo se deben identificar cuáles son los factores de mayor riesgo y evaluarlos. Así pues, la actitud preventiva menos positiva de la

madre hacia la anemia ferropénica (daño) implica analizar una diversidad de factores de riesgo, para efectos de la investigación se relaciona con la actitud preventiva (33).

Existe una variedad de actitudes maternas en la alimentación del niño menor de 1 año que pueden hacer frente a la anemia ferropénica, que se constituyen en Actitudes Preventivas con predisposiciones a ser positivas o negativas, que incluye atributos cognitivos, emocionales y conductuales, que además incluyen inclinaciones aprendidas, propias o experimentales de la prevención (34).

Definiendo a las Actitudes como predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí (34).

Allport da la siguiente definición: "Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta" (35).

Pinillos, define tres elementos o componentes básico de las actitudes; a) el elemento cognoscitivo, conformado por las ideas, las concepciones que se obtienen del objeto, incluyéndose las convicciones evaluativas; b) el elemento afectivo, constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas; c) el elemento motivacional o Conductual, constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto. Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como el desencadenante (acto) conductual (36).

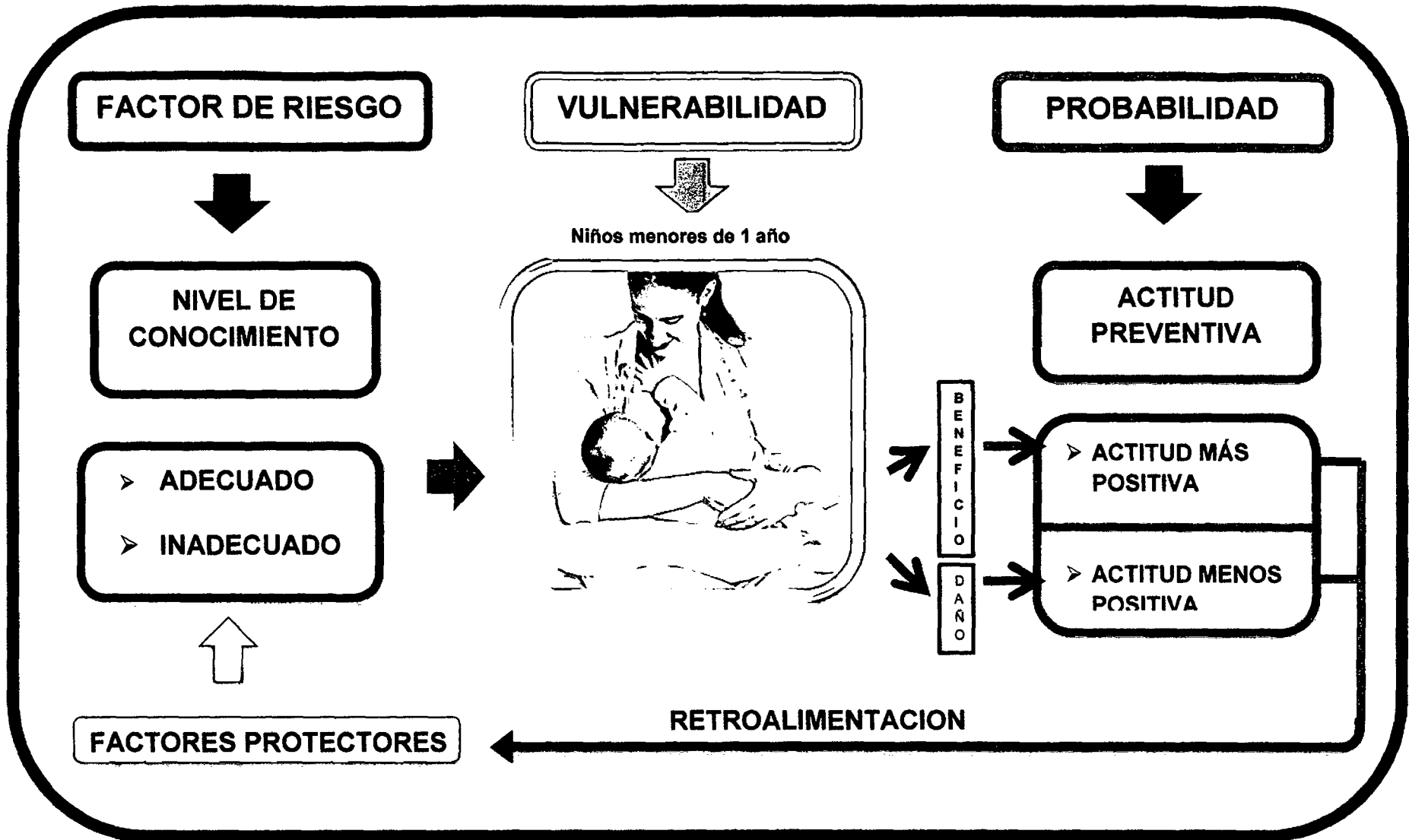
Las actitudes varían desde la más positiva hasta la menos positiva. "Más positiva", cuando en el establecimiento de la relación predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación; y, "Menos positiva", cuando en general se da el aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismos de defensa con que responde la persona que se encuentra en tensión (37).

Si bien de una persona sabemos cuáles son sus actitudes difícilmente vamos a predecir cuál va ser su conducta. Por eso quienes intentan cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes, teniendo en cuenta sus conocimientos adquiridos, en tal sentido la madre adquiere y emplea sus conocimientos a lo largo de su vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto; el aprendizaje que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades. Estos cambios son observables en la conducta y actitudes de las personas, que irán cambiando conforme aumenten los conocimientos y la importancia que se le dé a lo aprendido; y se lleve a cabo a través de dos formas: la Informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, como el proceso salud – enfermedad; la formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas que es el conocimiento científico (38) (39).

El Conocimiento es un proceso dialéctico de reflejo y penetración a los fenómenos y procesos, sean estos naturales o sociales, que se da principalmente en tres etapas y tres niveles íntimamente vinculados; el descriptivo, el conceptual y el teórico, proceso en el que el hombre ha ido y

sigue estableciendo conceptos, hipótesis, leyes y teorías en su afán de conocer, explicar, predecir y transformar el mundo (39).

En la construcción del conocimiento se vinculan diferentes niveles de abstracción, el primer nivel donde el conocimiento se inicia cuando los sentidos entran en contacto con el medio exterior, dando como resultado el conocimiento común o empírico; el segundo nivel es aquel en que surgen las conceptualizaciones apoyados por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos, ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que se estudian ;en el tercer nivel se establece conexiones entre conceptos teóricos y abstractos con la finalidad de explicar y predecir los procesos y fenómenos, sean naturales o sociales (40).



ESQUEMA DEL ENFOQUE DE RIESGO, ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACION

III. METODOLOGIA

3.1 METODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, correlacional de corte transversal.

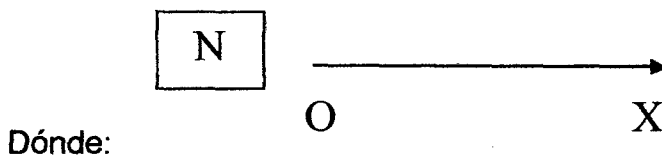
Es de tipo descriptivo; porque se describe las variables en estudio.

Es de corte transversal; porque en el presente trabajo las variables se miden una sola vez procediéndose a su descripción y análisis.

3.2 DISEÑO DE ESTUDIO.

La presente investigación es de tipo no experimental descriptivo, correlacional, por que su objetivo es saber si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud preventiva que tienen las madres sobre anemia ferropènica en niños menores de 1 año.

Es de corte transversal, porque se obtendrá la información en un momento dado



N=Madres jóvenes con niños menores de 1 año

O= Actitud Preventiva

X= Nivel de Conocimiento

3.3 POBLACIÓN:

La población de estudio estuvo conformado por las madres con niños menores de 1 año que acuden al módulo de pediatría del H.E.G.B-2013

N= 78 madres.

A. Unidad de Análisis:

Estuvo constituido por la madre joven con niño menor de 1 año que cumplían con los criterios de inclusión.

B. Marco Muestral:

Estuvo constituido por N =78 madres de niños menores de 1 año que acudieron al Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón ,2013.

C. Criterios de Inclusión:

Madres de 20 a 30 años de edad.

Madres que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Madres que sepan leer y escribir.

Madres que acuden regularmente al Módulo de Pediatría del H.E.G.B.

Madres primerizas.

Madres con niños menores de 1 año.

D. Muestra:

La muestra estuvo constituido por madres jóvenes de niños

menores de 1 año que acudieron al Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, y que asistieron los días de aplicación de los instrumentos, por ser técnica factible. N=78

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR:

Se dará cumplimiento a los principios éticos como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; respetando la integridad de las madres y sus niños.

- **Autonomía:** Es la obligación de respetar la autodeterminación de las personas y los valores de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. En el presente trabajo de investigación se respetará los datos a registrar, evitando modificaciones para obtener datos propios.
- **Beneficencia:** Este principio se refiere a la búsqueda del bien o actuar en beneficio del otro, a la protección de sus derechos. En el presente trabajo de investigación se proporcionará información a los profesionales de enfermería y personal de salud, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad del cuidado del niño menor de 1 año.
- **No maleficencia:** Este principio se refiere a la obligación de no hacer daño ni perjudicar a las personas, es el respeto no sólo a la vida, sino también a la calidad de vida con derecho a su autonomía en las decisiones. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. En la

presente investigación se tendrá en cuenta la discreción de los datos personales y la privacidad de las madres.

- **Justicia:** Es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho. Esto significa brindar un trato cordial y respetuoso a las madres jóvenes, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.).

3.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variable Independiente

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES

Definición Conceptual: Información básica y fundamental que poseen las madres JOVENES sobre la Anemia Ferropénica con respecto a las medidas preventivas, tratamiento, y consecuencias de la Anemia Ferropènica en el niño.

Definición Operacional: Mediante escala nominal.

- ❖ Inadecuado
- ❖ Adecuado

Variable Dependiente:

ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

Definición Conceptual: Predisposición positiva o negativa, que incluye atributos cognitivos, emocionales y conductuales, que además incluyen inclinaciones aprendidas, propias o experimentales de la prevención de Anemia Ferropénica.

Definición Operacional: Mediante escala nominal.

- ❖ Actitud menos positiva.
- ❖ Actitud más positiva.

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se empleó las siguientes técnicas:

Test de nivel de conocimientos de las madres sobre anemia ferropénica, Elaborado por la autoras: Ramírez, D y Armas, N. (ANEXO N°02); se encuentra constituido por 14 ítems con sus alternativas correspondientes y de respuesta única, con los siguientes contenidos de definición, factores de riesgo, prevención, signos y síntomas y tratamiento; tiempo que durara la aplicación 15 minutos.

La calificación fue de la siguiente manera:

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PUNTAJE
Inadecuado	≤ de 16pts
Adecuado	> de 16pts

Test de actitud preventiva de las madres sobre anemia ferropénica

(ANEXO N°03): El test elaborado por la investigadora fue aplicado en madres de 20 a 30 años, en el cual se describirán enunciados relevantes para la investigación considerando actitudes más positivas y menos positivas el cual estará conformado por 13 ítems, cada ítem fue calificado dando 3 opciones como respuestas posibles; siempre, a veces y nunca; 6 ítems con tendencia positiva y 4 ítems con tendencia negativa.

En enunciado positivo: (ítems 1, 3, 4, 5, 7,9, 10)

- Siempre: 1 punto
- A veces: 2 puntos
- Nunca: 3 puntos

En enunciado negativo: (ítems 2, 6, 8,11, 12, 13)

- Siempre: 3 punto
- A veces: 2 puntos
- Nunca: 1 puntos

Los puntajes obtenidos fueron sumados y los sumados de 20 a 39 puntos se consideraron una actitud más positiva y los que sumaron de 1 a 19 puntos se consideraron una actitud preventiva menos positiva;

ACTITUD PREVENTIVA	RESPUESTAS CORRECTAS
Más Positiva	\leq a 31pts
Menos Positiva	$>$ a 31pts

3.6 CONTROL DE CALIDAD DE INSTRUMENTOS:

❖ PRUEBA PILOTO

Se realizó con la finalidad de que el instrumento sea claro, preciso y entendible así como válido y confiable. La escala de evaluación de la actitud preventiva sobre anemia ferropènica fue sometido a una prueba piloto de campo.

3.7 VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE LOS DATOS

Los instrumentos que fueron empleados en la presente investigación tales como:

Test de nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropènica fue elaborado y validado por las autoras Ramírez, D y Arma, N. que será utilizado para la presente investigación.

Test de actitud preventiva sobre anemia ferropènica, se determinó la confiabilidad del instrumento a través de una prueba piloto que se realizó en 20 madres del Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, luego con los resultados se realizó la prueba del Alfa de Crombach, obteniéndose como resultado que ALFA = 0.72 este valor indica que el instrumento tiene una confiabilidad de 72 % con un error de 28%.

3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos de la presente investigación se solicitó el permiso a la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa y al Director del Hospital Eleazar Guzmán Barrón; luego se procedió a la aplicación de los instrumentos; se informó a las madres sobre el propósito de la investigación y se solicitó su consentimiento; se orientó del llenado de los instrumentos para que las madres procedan en el llenado de estos según ellas consideren las alternativas correctas. Se agradeció a las madres por su colaboración en la investigación.

Al finalizar la aplicación del instrumento, se procedió a la calificación de las respuestas de cada ítem de los test, según los puntajes establecidos

3.9 PROCESAMIENTO DE DATOS:

El procesamiento, interpretación y análisis de los datos se realizó empleando el Software SPSS, previa codificación de los datos obtenidos, en sus dos niveles:

Nivel Descriptivo: Los resultados están representados en tablas unidimensionales, y bidimensionales, media aritmética, desviación estándar, frecuencia relativa y simple.

Nivel Analítico: Se aplicó la prueba Estadística de independencia de criterios Chi cuadrado (X^2), con un 5% de significancia y un 95% de confiabilidad, para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud preventiva sobre anemia ferropènica.

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA	fi	hi
Inadecuado	46	59.0
Adecuado	32	41.0
TOTAL	78	100,0

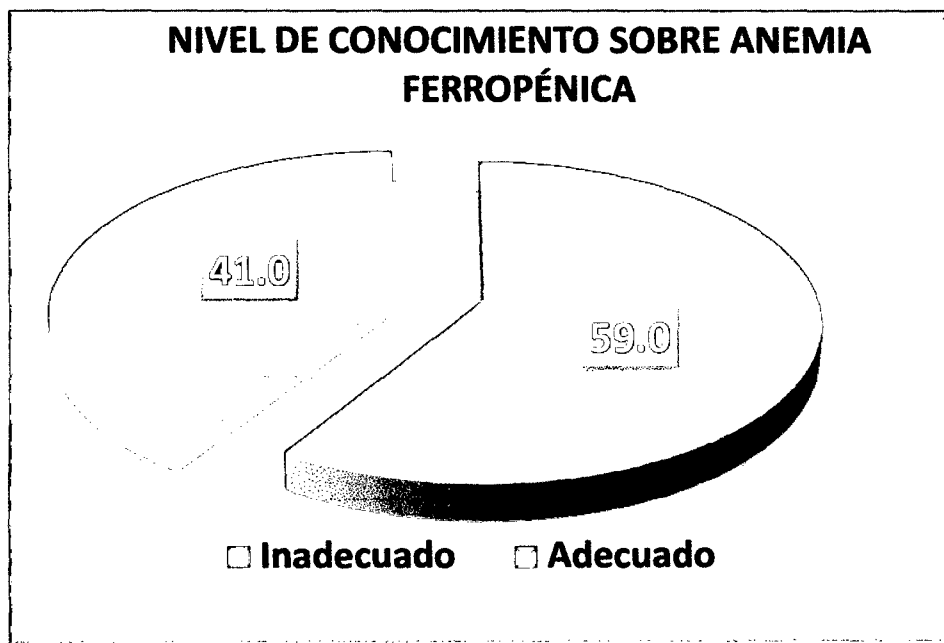


FIGURA N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 02: ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.

ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES	fi	hi
Actitud Menos positiva	55	70.5
Actitud Más positiva	23	29.5
TOTAL	78	100,0

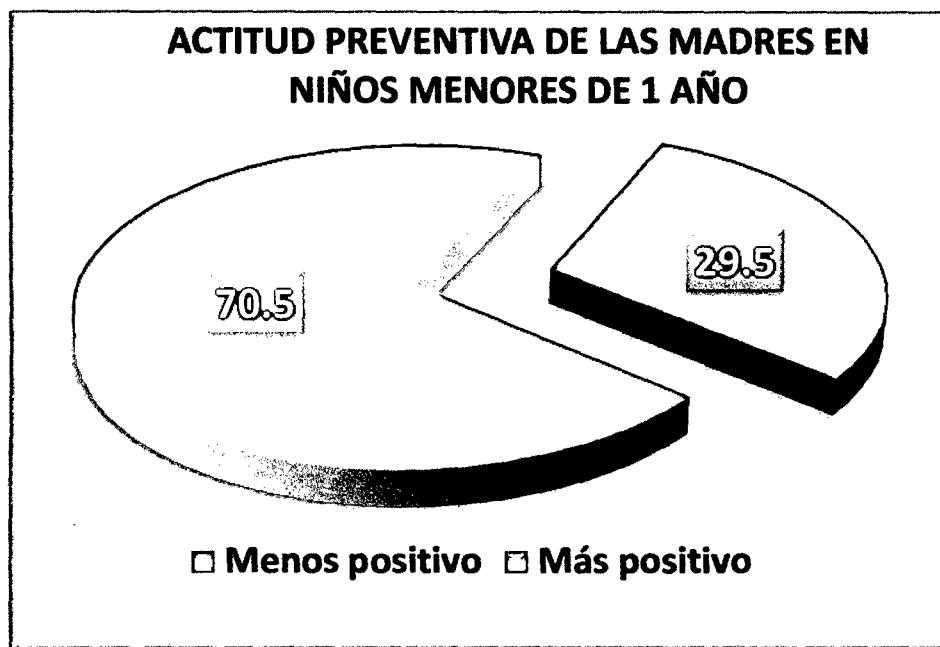


FIGURA Nº 02: ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 03: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICA CON LA ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA	ACTITUD PREVENTIVA				Total	
	Menos Positiva		Más Positiva		Fi	Hi
	fi	Hi	fi	hi		
*Inadecuado	37	80.4	9	19.6	46	59.0
Adecuado	18	56.3	14	43.7	32	41.0
TOTAL	55	70.5	23	29.5	78	100,0

$X^2 = 5.309$ gl = 1 *OR= 3.2 Riesgo elevado p=0,021 Significativo

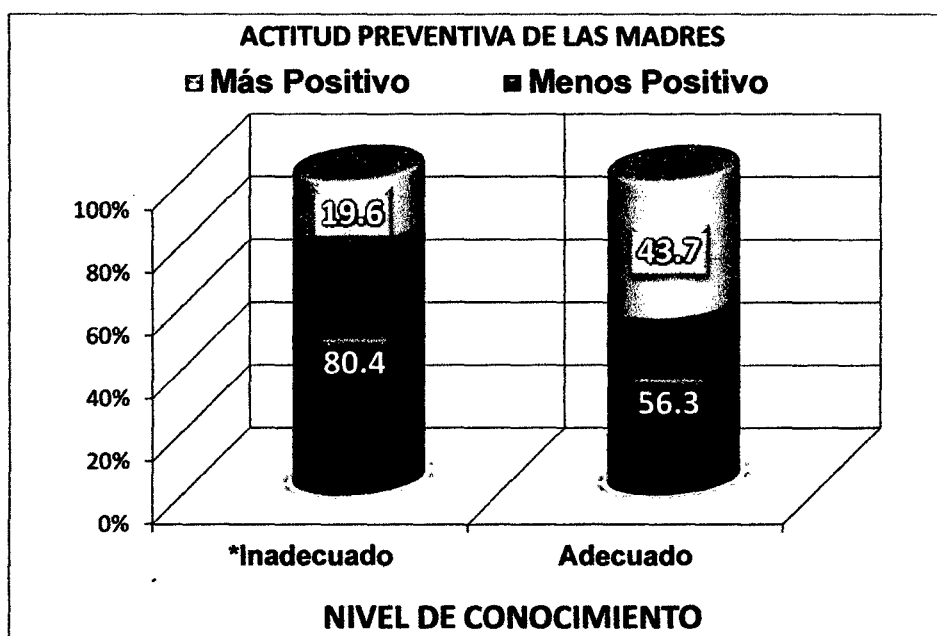


FIGURA N° 03: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA CON LA ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.

4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN:

En la Tabla N° 01: Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres en niños menores de 1 año, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013, se observa, que más de la mitad presentan un nivel de conocimiento inadecuado 59.0% y el 41.0% un nivel de conocimiento adecuado.

Los resultados son similares a los de Céspedes S., quien halló que del 100% (100) de madres encuestadas, el 40% de las madres presentan un conocimiento "medio" sobre la anemia ferropénica, 31% un conocimiento "bajo" y el 29% que presenta un conocimiento alto (41).

Los resultados obtenidos son similares a los de, Bornaz Ac, Bornas Ar. y Colb, quienes hallaron en su estudio de 129 niños que un 60% de la población total tiene poco conocimiento de anemia ferropénica siendo en su mayoría de grado de instrucción primaria y secundaria incompleta, la cual presentaron una asociación significativa con la anemia verificándose que los niños de edad entre 6 meses a 3 años presentaron un riesgo mayor de desarrollo de anemia (42).

Los resultados obtenidos son similares a los que halló el Instituto De Investigación En Ciencias De La Salud(IICS)., que la frecuencia elevada de anemia encontrada en los niños indígenas sería el resultado de la pobreza en la que viven estas comunidades que fueron objeto del estudio, en zonas alejadas y aisladas, de difícil acceso, y sin posibilidades de asistencia a los puestos de salud, con un pobre nivel de saneamiento

básico y con un porcentaje de analfabetismo mayor en la población indígena estudiada con respecto a la no indígena. Es sabido que el grado de educación materna se encuentra relacionado con la nutrición del niño y la salud de su familia. Los jefes de familia, las madres o cuidadoras analfabetos fueron solamente 32, que representaron el 12,9 % de la muestra, sin embargo la prevalencia de anemia fue elevada (59,38%), demostrando una asociación entre la baja escolaridad con la anemia; probablemente este factor esté afectando la ingesta de alimentos y las condiciones ambientales (43).

Los resultados son similares a los de Vilas A., en su estudio "Condición de pobreza y conocimientos sobre anemia y alimentos fuentes de hierro en relación con la ingesta dietaria de hierro en mujeres adolescentes de institución educativas secundarios del distrito de Ancón, Lima-Perú; halló que la edad promedio de las adolescentes fue 14 años, fueron "pobres" el 58 %; el 20 % mostró adecuados conocimientos. Pero, el grupo de adolescentes con inadecuados conocimientos, tuvo mayor proporción de alto riesgo de ingesta inadecuada de hierro en su niño, que el grupo con adecuados conocimientos y 2.32 veces más posibilidades de presentar dicho alto riesgo (44).

Los resultados difieren a los de Bolaños C., quien halló que la prevalencia de anemia en el universo estudiado es de 18.9%, el 20% de los casos presentaba desnutrición con respecto a los controles los cuales tenían un 8.3%, el nivel de analfabetismo de la madre de los niños en ambos grupos alcanzó un 4.8%, la infección parasitaria en ambos grupos

representó el 37.6%, de estos los más afectados son los niños anémicos (51.8%) (45).

Los resultados difieren a los de Gómez L., Y Monta L., quienes hallaron que el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es "alto" y el inicio se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses de edad. El conocimiento sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es "regular" cuando ellas tienen más de 31 años de edad y es alto en madres con grado de instrucción superior (46).

En la Tabla N° 02: Actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013, se observa, mayor prevalencia de actitud preventiva menos positiva (70.5 %), seguido de una actitud preventiva más positivo (29.5%).

Los resultados obtenidos son similares a los de Bornaz A. Bornaz Ac., Bornaz Ar, Y Coronel A., quienes hallaron en su estudio de 129 niños que un 59% de la población total tiene actitudes ambientales y domiciliarias inadecuadas, las que pueden influir sobre la ocurrencia de anemia, posiblemente favoreciendo que los preescolares estén más expuestos a procesos infecciosos, desnutrición y parasitosis, por lo que debe ser considerado un factor de riesgo (42).

Los resultados obtenidos difieren a los de Céspedes S., quien halló que del 100% (100) de madres encuestadas, el 52% (52) realizan una

adecuada practica alimenticia para la prevención de la anemia ferropénica y el 48%(48) no realizan prácticas adecuadas (41).

Existe una variedad de actitudes maternas en la alimentación del niño menor de 1 año que pueden hacer frente a la anemia ferropénica, que se constituyen en Actitudes Preventivas con predisposiciones a ser positivas o negativas, que incluye atributos cognitivos, emocionales y conductuales, que además incluyen inclinaciones aprendidas, propias o experimentales de la prevención

En la Tabla N° 03: Nivel de conocimiento y actitud preventiva sobre anemia ferropénica de las madres en niños menores de 1 año, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013, se observa, que entre las madres con nivel de conocimiento inadecuado prevalece una actitud preventiva menos positiva 80.4%, y entre las madres con nivel de conocimiento adecuado se presentan 43.7% con actitud preventiva más positivo.

Ante la prueba de independencia de criterios (χ^2 cuadrado), existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud preventiva sobre anemia ferropénica ($p=0.021$). Asimismo, ante la prueba de riesgo, el tener un nivel de conocimiento inadecuado se constituye en riesgo elevado para presentar una actitud preventiva menos positiva (OR=3.2), es decir, existe 3.2 veces más riesgo que las madres presenten actitud preventiva menos positiva si tiene un nivel de conocimiento inadecuado sobre la anemia ferropénica.

Los resultados concuerdan con el estudio Prospectivo en Niños de Bajo Nivel Socioeconómico que se llevó a cabo en Brasil en el 2004, con el objetivo de identificar factores relacionados con el riesgo y con la protección de la anemia ferropènica , en 130 niños menores de 24 meses de edad; se observó que la ingestión de leche de vaca a los 4 meses de edad y el orden de nacimiento superior a 4 fueron factores de riesgo para la anemia (OR ~ 2) por cuanto la madres desconocían acerca de la anemia ferropènica. A su vez la ingesta de alimentos fuentes de vitamina C, de carne y de frijoles a los 6 meses fueron factores de protección (OR ~ 0.5) a los meses posteriores. Se comprobó la importancia del conocimiento de la anemia y la de una adecuada introducción de alimentos en el sexto mes de vida, para prevención de la anemia ferropènica en la infancia (47).

La OMS/UNICEF indican la provisión diaria de suplementos con hierro a todos los lactantes con peso normal al nacer, iniciando a los 6 meses y continuando hasta los 12 meses de edad cuando la prevalencia de anemia está por debajo del 40%; cuando la prevalencia es mayor al 40% debe continuar hasta los 24 meses. En los niños con bajo peso al nacer la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan suministrar hierro suplementario desde los 2 meses de edad hasta los 24 meses (48)

LA UNICEF ese mismo año elaboro un Plan de Lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil al 2012, donde reporta que Según ENDES que en el Perú 41%(700,000) de niños menores de 3 años tiene anemia, ante esto se realizó una educación masiva en los puestos de salud, los Wawa Wasi trabajando con la madres y las cuidadoras ,en el 2010 se

aplicó un evaluación fue realizada en Abril del 2011, atreves de la hemoglometria muestra que aquellos que finalizaron la fase de su tratamiento con multimicronutrientes disminuyeron en 20% su anemia y aumentaron en 1.3 g/dl su hemoglobina (48).

Ministerio De Salud (2006) UNICEF-OPS en Panamá evaluó la deficiencia de hierro y la anemia hallando que el 98% de las madres refirió dar pecho a sus hijos, pero 49.8% lo daba de manera exclusiva, sin agregar otros alimentos y por lo menos hasta los 4 meses. Ninguna de las madres comunicó brindar alimentos sólidos antes de los 3 meses. Del total de 210 madres entrevistadas, 93 madres (44.3%), manifestaron una adecuada ablactación según la norma nacional. El 87% de las madres informaron haber recibido suplementos de hierro.

De estas, 41 madres le suministraron a sus hijos a partir del 4º mes de vida. De ellas, 33 lo dieron todos los días y solamente 18 madres (de 211) lo hicieron sin leche o comida, lo que nos lleva a concluir que solamente 8.5% del total de madres cumplen la norma de suplementación de manera adecuada, 15% refirió que el niño presento alguna molestia (49).

Los resultados concuerdan a los de Vásquez P. (2010), En relación en la alimentación básica del niño se determinó que la lactancia mixta (materna + formula) es la de mayor predominio en un 55.8% por la necesidad que tiene las madres de trabajar, se encontró que la mayoría de las madres de los niños con anemia dieron lactancia materna exclusiva hasta los 2 meses y no dieron calostro a sus niños siendo un reflejo de su

nivel bajo educativo y por las creencias populares, este fue reemplazado por agua azucarada o anís predisponiendo al niño desde el nacimiento a deficiente ingesta de hierro, proteínas y anticuerpos, dentro de los alimentos que más utilizaron y que no aportaron hierro fueron: el café, maicena, agua o cebada o anís; siendo el promedio de inicio a los a los 4 meses de edad del niño (52).

Los resultados difieren a los de Freire (2009), quien halló que el conocimientos de anemia ferropénica de la población encuestada, permiten estimar que tendrían un moderado conocimiento sobre la prevención de la enfermedad a través del consumo de alimentos ya que la mayoría de los familiares reconoce cuáles de ellos tienen alto contenido en hierro, aunque no conozcan qué es la enfermedad en sí. Sin embargo, estos conocimientos no se asocian a una mayor suplementación, ya que los padres que saben que es la Anemia Ferropénica no se diferencian de los que no lo saben. La OPS y la OMS difunden estrategias de prevención y promoción que deben aplicarse sobre el personal sanitario y los habitantes de la comunidad. Solo la prevención permitirá la erradicación de las nefastas consecuencias a largo y corto plazo que tiene la Anemia Ferropénica sobre la población pediátrica (53).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ◆ Más de la mitad de las madres presentan un nivel de conocimiento inadecuado (59.0%) y el 41.0% un nivel de conocimiento adecuado. sobre anemia ferropénica en niños menores de 1 año.

- ◆ La mayoría de las madres tiene prevalencia de actitud preventiva menos positiva (70.5 %), seguido de una actitud preventiva más positivo (29.5%) sobre anemia ferropénica en niños menores de 1 año.

- ◆ Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año.
($p < 0.05$)

5.2 RECOMENDACIONES

- ◆ El profesional de Enfermería debe fortalecer las acciones educativas acerca de la Prevención y Consecuencias de la Anemia Ferropénica a través de un Programa Educativo de Promoción y Prevención orientado a las madres que asisten a la consulta del Módulo de Pediatría y a la comunidad en general.
- ◆ Educar constantemente a las madres gestantes sobre la importancia y la necesidad de incluir en su dieta alimentos ricos en hierro, ya es de vital importancia para la mujer y su bebé, pues una carencia importante de este elemento podría aumentar los riesgos de mortalidad en el posparto.
- ◆ Realizar investigaciones que incluyan otras variables como: el nivel de motivación e interés que tiene las madres para disminuir la anemia ferropénica, nivel de conocimiento y su relación de la hemoglobina en los niños en zonas urbanas y zonas urbanas marginales con el fin de comparar resultados y poder accionar en ellos.
- ◆ Realizar programas educativos en los colegios y los centros de adolescentes acerca de lo que es la anemia ferropénica y cómo prevenirla enfatizando puesto que estas jóvenes son futuras madres, quienes necesitan información básica y precisa para tomar medidas preventivas oportunas.

- ◆ Realizar seguimiento a nivel de hospitales, Puestos de Salud y Centro de Salud a todos los niños detectados con anemia, para corregirla y disminuir los factores que influyen en la anemia.

- ◆ Realizar programas educativos en los diversos grupos familiares sobre una dieta diaria con hierro basado en sus productos agrícolas y cárnicos y que tengan a su alcance e identificar a las madres gestantes y niños con anemia para así realizar un seguimiento continuo logrando reducir los índices de anemia en esta población vulnerable.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. ARIAS, J. (2000) Enfermería Medico Quirúrgica I. Edit. Tébar. España.
2. WHALEY y WONG. (1995) Enfermería Pediátrica. 4ta Ed. Edit. Mosby. Madrid – España.
3. MINISTERIO DE SALUD (MINSA) 2007. Hierro y su función - Campaña de Nutrición. Disponible en:<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/archivos/HIERRO.pdf>
4. LOWDERMILK, PERRY, BOBAK. (1998) Enfermería Materno Infantil. 9^{na} Ed. Edit. Harcourt Brace. Madrid. España.
5. HERNANDEZ, A. (2010) Tratado de Nutrición. Tomo I. 2^{da} Ed. Edit. Médica Panamericana. Madrid - España.
6. MENEGHELLO, J. (2002) Pediatría. Tomo I. 5^{ta} Ed. Edit. Médica Panamericana. Argentina.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI) 2010. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Nacional y Departamental. Disponible en:<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/index.html>

8. BERHMAN y KLIEGMAN (1999). NELSON Tratado de Pediatría Vol. I
6^{ta}Ed. Edit.McGraw – Hill Interamericana. México.
9. ROJAS, M y GERRERO, L. (1999) Nutrición Clínica y
Gastroenterología Pediátrica. 1^{era}Ed. Edit. Médica
Panamericana. Bogotá -Colombia.
10. JORDI, A. (2000) Nutrición y Dietética Clínica. 1^{era}Ed. Edit. Elsevier –
Masson. Barcelona - España.
11. SERRA, L. (2006) Nutrición y Salud Publica.2^{da} Ed. Edit. Elsevier –
Masson. Barcelona – España.
12. ARIAS, J. (1995) Revista Patología Clínica. Federación Mexicana De
Patología Clínica. (FEMPAC) Vol. 42 Numero 1. México
13. HUAMAN, L. (2006) Estado Nutricional y Practicas Alimentarias de la
población infantil menor de 5 años en distritos en pobreza
extrema del Perú. Ministerio de Salud. Instituto Nacional
Infantil de Salud. Lima – Perú.
14. MINISTERIO DE SALUD (1999) El parto de la Vida en los Andes y la
Amazonia del Perú. Técnicas tradicionales de Atención del
parto y del R.N. Lima - Perú.

15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La anemia como centro de atención: Declaración conjunta de la OMS y el UNICEF. Hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. Traducido por La Organización Panamericana de la Salud. 2007.

16. MORA, J y MORA, L. (2006) "Deficiencias de micronutrientes en América Latina y el Caribe: anemia ferropénica". Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

17. MINISTERIO DE SALUD (2012) Gobierno Regional de Ancash - Dirección Regional de Salud Ancash - Consejo Regional de Salud.

18. PABÓN, L; GÓMEZ, E.y Colab. (2002) Prevalencia de anemia por déficit de hierro en niños de 6 meses a 5 años de edad del Municipio Arismendi del Estado Nueva Esparta, Venezuela, 2001. RevEsp Sal Púb. 76(3):249-250

19. PEREIRA, L. (2005) Anemia en niños hospitalizados. Trabajo de grado. Departamento de medicina preventiva. Escuela de ciencias de la salud. Núcleo Bolívar. Universidad de Oriente.pp 65 (Multígrafo)

20. URQUIDI, C; VERA, C y Colab.(2006) Prevalencia de anemia en niños de 6 a 24 meses de edad de tres centros de salud de la ciudad de La Paz. RevSoc Bol Ped.
21. GARCÍA, M. (2009) Alimentación complementaria y estado nutricional de niños menores de dos años. Acrelândia, Acre, Amazonia Ocidental Brasileira. Distrito de Mestrado. Facultad de Salud Pública. Universidad de Sao Paulo. .
22. RUIZ, M; ROSICH, L y Colab. (2009) Ferropenia en niños de 6 a 24 meses de edad con hemoglobina normal. Habana - Cuba.
23. MENDOZA, E y MORALES, L (2002) "Influencia del nivel de conocimiento de las madres en la incidencia de la anemia ferropénica en sus niños de 6 meses a 2 años que acuden al consultorio de Crecimiento Y Desarrollo Del Hospital De Apoyo Víctor Ramos Guardia De Huaraz" Enero – Noviembre Del 2001". Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Santiago Antunes De Mayolo.Huaraz – Ancash.
24. GÓMEZ, B. y MONTANO, M. (2006) "Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del Hospital ESSALUD-SJL-Lima",

Escuela de Enfermería de la UNMSM. Lima 2006. Tesis para Optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana. E.A.P de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

25. MÁRQUEZ, J. (2008) "Nivel de Conocimiento sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al centro de Salud Micaela Bastidas, Lima 2007". Tesis para Optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana. E.A.P de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

26. HUACHACA, C. (2009) Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima. 2008. Tesis para Optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana. E.A.P de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos .Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/huachaca_bc/pdf/huachaca_bc.pdf

27. BLÁCIDO, O; CORZO, M y Colab. (2002) Algunos factores condicionantes y su relación con Anemia Ferropénica en el lactante de 6-23 meses del Pueblo Joven 3 de Octubre - Distrito de Nuevo Chimbote 2002. Tesis para Optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.
28. RAMÍREZ, D; ARMAS, N. (2008) Factores socioculturales maternos y del lactante de 6 a 24 meses relacionados con la anemia ferropénica. Distrito de Coishco. Tesis para Optar título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.
29. UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES (2011) Enfoque de riesgo en el proceso salud enfermedad. Facultad de medicina – Perú
30. MUKODSI, M. y Colab. (2007) Enfoque de riesgo 4° ed. Edit. España – Barcelona. Fecha del acceso: 14 de Agosto del 2013,
31. KRAUSKOPF, D. (2009) El enfoque de riesgo en la atención de salud. Colombia. Fecha de acceso: 07 de Junio del 2013, disponible en: <http://www.slideshare.net/krauskopfd/enfoque-de-riesgo>.

32. CASTAÑEDA, G (2003) El enfoque de riesgo en la atención de salud.
Fecha de acceso: 25 de Julio del 2013, disponible en:
<http://fcmfajardo.Sld.cu/salud/publicaciones/riesgo.Doc>.
33. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). El concepto de riesgo en la Asistencia Sanitaria. Ginebra. Fecha de acceso: 13 de Setiembre del 2013, disponible en:
<http://www.ilustrados.com/tema/10071/Enfoque-Riesgo.html>
34. MARRINER, A y Otros (1993) Manual para la Administración en Enfermería. 4taEd. Edit. Interamericana. México.
35. ALLPORT, J. (1985) Psicología de las Actitudes. Edit. Fondo de Cultura. México.
36. PINILLOS, J. (1978) Principios de Psicología. Edit. Alianza. Madrid-España.
37. JIMENES, F. (1994) Psicología Social. 4taEd. Edit. UNED. España.
38. SANABRIA ,E.(2009) Formas del conocimiento Disponible en: <http://www.elseguro.com>
Accesado el: 03/12/12
39. BIENLER, R y SNOWMAN, J. (1992). Psicología de la enseñanza. Edit.Limusa. México.

40. BUNGE M. (1971) La ciencia, su método y filosofía. Ediciones Siglo XX. Buenos Aires Argentina
41. CESPEDES S.(2010).”Conocimiento Sobre Anemia y las Practicas Alimenticias que tienen las Madres para la Prevención De La Anemia Ferropènica en Niños de 6 a 24 Meses. Centro de Salud Materno Infantiltablada -Lurin”. Tesis para Optar el Titulo Profesional de Licenciada en Enfermería.. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería Universidad Mayor De San Marc
42. BORNAZ Ac., BORNAZ Ar., CORONEL A. (2005) Factores De Riesgo De Anemia Ferropenia En Niños De 3 Años y Pre Escolares. Tacna
43. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD (IICS) (2013) Anemia en Niños Indígenas y No Indígenas menores de 5 Años, Comunidades Rurales del Departamento de Caazapà. Asunción –Paraguay.
44. VILAS A. (2006) “Condición de pobreza y conocimientos sobre anemia y alimentos fuentes de hierro en relación con la ingesta dietaria de hierro en mujeres adolescentes de institución educativas secundarios del distrito de Ancón, Lima-Perú”.

45. BOLAÑOS C.(2009) "Factores de Riesgo asociados a la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 24 a 59 meses de edad atendidos en el Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", Enero a Diciembre.
46. GÓMEZ L. Y MONTA L.(2006) "Nivel de conocimientos de las madre sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del hospital ESSALUD ADU YP San Juan de Lurigancho Lima-Perú "
47. FACTORES DE PROTECCIÓN PARA LA ANEMIA FERROPÈNICA (2004): Estudio Prospectivo en Niños de Bajo Nivel Socioeconómico. Brasil.
48. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF) 2008. Adiós Anemia: Proyecto "Mejoramiento de la Salud de los Niños y Niñas, Reduciendo los Niveles de Anemia Ferropènica en la Primera Infancia"
49. MINISTERIO DE SALUD PANAMA (2006) UNICEF-OPS. Situación de Deficiencia de Hierro y Anemia en Panamá.

50. VASQUEZ P. (2010) "Factores Condicionantes en el Desarrollo de Anemia Ferropènica en Niños Menores de 1 Año de Edad". Tesis para Optar el Título Profesional de Médica y Cirujana. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.

51. FREIRE W. (2009) la anemia por deficiencia de hierro Estrategias de la OPS/OMS Salud Publica. México

ANEXOS

ANEXO N° 01

PRESUPUESTO ANALÍTICO

CODIGO POR ASIGNACION	DESCRIPCION DE ASIGNACIONES ESPECÍFICAS	SUB TOTAL S/	TOTAL S/
01.00	REMUNERACIONES		3000.00
01.01	Básica del trabajador permanente	3000.00	
02.00	BIENES		2500.00
02.02	Materiales y útiles de escritorio: Papel Bond Lapiceros: rojo, azul, negro. Lápiz. Borrador. Tajador. Corrector. Engrapador. Grapas. Perforador Regla Plumón resaltador de textos. Folder Manila. FASTER.	800.00	

	Clips.		
	Calculadora.		
	Material de Procesamiento de datos:	800.00	
	USB		
	Impresiones y servicios.		
	Adquisición de libros y revistas.		
02.14	Material de Impresión:	400.00	
02.15	Papel Bond A4 80 g.	300.00	
02.27	Otros materiales.	200.00	
03.00	SERVICIOS		30000.00
03.01	Pasaje, Viáticos: Asignaciones.	500.00	
03.03	Movilidad Local.	300.00	
03.05	Procesamiento de Datos.	900.00	
03.16	Impresiones.	900.00	
03.27	Servicios no personales	400.00	
TOTAL			8500.00

ANEXO N°2
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TEST DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICA

Buenos días (tardes), pedimos su colaboración para contestar a unas preguntas, que no llevaran mucho tiempo, sus respuestas serán confidenciales y la información que proporciones servirá para conocer cuánto sabe usted acerca de la anemia ferropènica, un problema muy frecuente que puede afectar la salud de su niño.

Instrucciones

Lea cuidadosamente las preguntas y encierre en un círculo o marque con un aspa (X) la alternativa que usted considere correcta. Dentro de las alternativas, solo una es correcta.

- 1. ¿Cuándo considera Ud. Que su niño(a) tienen anemia?**
 - a) Cuando el nivel de la hemoglobina en la sangre es menor de 13 gr/dl
 - b) Cuando baja las defensas en la sangre.

c) Cuando el valor de la hemoglobina en la sangre es menor de 14gr/dl.

2. ¿Para Usted que es anemia ferropènica?

- a) La deficiencia de Vitaminas.
- b) La deficiencia de hierro en sangre.
- c) La deficiencia de calcio.

3. ¿Por qué cree Ud. Que se produce la anemia ferropènica?

- a) Por pérdida de sangre y parasitosis
- b) Alimentación pobre en hierro, incapacidad del cuerpo para absorber el hierro, crecimiento rápido en el primer año de vida
- c) Por consumir mucho limón y sal.

4. ¿Sabe usted por que los lactantes tienen mayor riesgo de presentar anemia ferropènica?

- a) Porque presentan un rápido crecimiento e incrementan sus actividades.
- b) Por el destete y el inicio de la alimentación inadecuada (ablactancia inadecuada).
- c) Todas.

5. Son signos y síntomas de la anemia ferropènica

- a) Irritabilidad, palidez y pérdida de apetito.
- b) Fatiga, intolerancia al ejercicio, decaimiento.
- c) Todas.

6. La anemia ferropènica se previene mediante...

- a) Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, ablactancia que debe empezar a partir de los 6 meses y administración de 2mg.Fe /kg

de peso a partir del 6 to mes acompañado con alimentos ricos en hierro.

- b) El cumplimiento de la lactancia materna exclusiva.
- c) El consumo de jarabe de sulfato ferroso.

7. ¿Cuántas comidas al día debe recibir un niño de 6 a 12 meses?

- a) 1.
- b)2.
- c)3.
- d)4 a 5.

8. Los alimentos ricos en hierro se deben ingerir...

- a) 1 vez a la semana.
- b) 3 veces a la semana.
- c) Todos los días.

9. ¿Qué alimentos contiene mayor cantidad de hierro?

- a) Verdura de color verde oscuro (espinaca), lentejita serrana y menestras.
- b) Verduras de color rojo, sangrecita, hígado, bazo, pescado.
- c) Leche, yogurt, pan.

10. ¿Qué otros alimentos debe ingerir el niño para que el hierro sea asimilado por su organismo?

- a) Leche de vaca y leche materna.
- b) Galletas, pan, fideos.
- c) Jugos cítricos (naranja, limonadas).

11. ¿Qué alimentos no permiten que el hierro sea asimilado por el organismo del niño?

- a) Tomate, naranja, limón.
- b) Bebidas tipo cola, jugos artificiales, café, té, mate.
- c) Menestras, carnes.

12. El tratamiento de la anemia ferropènica consiste en...

- a) Ingesta de alimentos ricos en hierro, alimentos enriquecidos con hierro y administración de hierro como sulfato ferroso.
- b) Administración de hierro como sulfato ferroso.
- c) Ingesta de verduras y frutas.

13. ¿En qué momento del día se debe dar el jarabe de sulfato ferroso al niño?

- a) En todo momento.
- b) 1 hora antes de las comidas.
- c) Junto con las comidas.

14. ¿Qué consecuencias trae la anemia ferropènica en el niño que no es tratado a tiempo?

- a) Retardo del crecimiento, alteración del desarrollo psicomotor y desarrollo intelectual, probablemente irreversible, daño permanente en el sistema nervioso.
- b) Incremento de la presión arterial y parálisis.
- c) El niño no crece adecuadamente.

CLAVE DE RESPUESTAS DE TEST DE CONOCIMIENTOS

PREGUNTA N° 01.....a

PREGUNTA N° 02.....b

PREGUNTA N° 03.....b

PREGUNTA N° 04.....c

PREGUNTA N° 05.....c

PREGUNTA N° 06.....a

PREGUNTA N° 07.....d

PREGUNTA N° 08.....c

PREGUNTA N° 09.....b

PREGUNTA N° 10.....c

PREGUNTA N° 11.....b

PREGUNTA N° 12.....a

PREGUNTA N° 13.....b

PREGUNTA N° 14.....a

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL TEST DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

NIVEL DE CONOCIMIENTO	RESPUESTAS CORRECTAS
Inadecuado	\leq de 16pts
Adecuado	$>$ de 16pts

ANEXO N°3
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES, SOBRE ANEMIA
FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO**

INSTRUCCIONES: A continuación le presentamos una serie de preposiciones, sea sincera al contestar y marque con un aspa (X) en la columna correspondiente según crea conveniente. No existe respuesta buena o mala.

ITEM A RESPONDER	Siempre	A veces	Nunca
1. Alimento a mi menor hijo exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses.			
2. Incluyo en su dieta leche de vaca.			
3. Llevo a mi menor hijo al centro de salud si este presenta pérdida de apetito, palidez y decaimiento.			
4. Incorporo suplemento de hierro en la dieta de mi menor hijo.			

5. Diariamente brindo a mi hijo frutas y verduras.			
6. Le ofrece te o gaseosa a su niño si tiene sed o antojo.			
7. Siempre acompaña los alimentos que brindo a mi menor hijo con jugos de naranja o limonada.			
8. Suele incorporar en la dieta diaria de su niño: dulces.			
9. Diariamente brindo a mi menor hijo huevos y carnes, hígado, sangrecita.			
10. Mensualmente llevo a mi niño al módulo de crecimiento y desarrollo.			
11. Por precaución realizaría el descarte de parasitosis a su niño.			
12. Dejo de darle el pecho a mi niño si estoy enferma			
13. Interrumpo la lactancia materna si mi hijo presenta diarreas			

Actitud Preventiva más Positiva ()

Actitud Preventiva menos positiva ()

CLAVE DE RESPUESTAS DE TEST DE ACTITUD PREVENTIVA

1. 321

2. 123

3. 321

4. 321

5. 321

6. 123

7. 321

8. 123

9. 321

10. 321

11. 123

12. 123

13. 123

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL TEST DE ACTITUD PREVENTIVA

ACTITUD PREVENTIVA	RESPUESTAS CORRECTAS
Más Positiva.	\leq a 31pts
Menos Positiva.	$>$ a 31pts

ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Identificado (a) con DNI N°.....y domiciliado

en.....

Declaro voluntariamente mi aceptación para participar en el desarrollo del formulario que la Estudiante en Enfermería de la UNS me está solicitando. Así mismo declaro haber sido informado sobre el contenido de dicho cuestionario y los objetivos del mismo.

De igual manera me comprometo a ser veraz en cuanto a mis respuestas.

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento informado.

Firma del participante:

Lugar y Fecha: