



ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Influencia de los Factores Socioculturales en la
prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas
menores de 36 meses Establecimiento de Salud

Agua Blanca 2018.

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA
EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORA:

Br. HERRERA SÁNCHEZ, Karina del Rocío

ASESOR:

Dr. SUCLUPE QUEVEDO, Luis Manuel

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Pública

PERÚ- 2018

PÁGINA DE JURADO



Dr. Juan de Dios Aguilar Sánchez
Presidente



Dr. Erick Carlo Figueroa Coronado
Secretario



Dr. Luis Manuel Suclupe Quevedo
Vocal

DEDICATORIA

A Dios quien durante toda mi vida me ha bendecido guiándome y protegiéndome dándome fuerzas para salir adelante y cumplir mis metas.

Mi hijo Axel Fabián por su comprensión y paciencia y para demostrarle que con esfuerzo y empeño todo se logra no existiendo límite para alcanzar nuestras metas.

A mi madre Catalina por su cariño enseñanzas y amor; motor que me impulsa a seguir cada día.

A mi hermano Manuel por su apoyo Valioso e incondicional por sus consejos y cariño brindado.

Karina.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a todas las personas que me apoyaron de distintas maneras para lograr la culminación de mi tesis, a mi familia y amigos por su amor y comprensión.

Un especial agradecimiento a mi asesor de tesis Dr. Luis Manuel Suclupe Quevedo que es un gran profesional, amigo y ejemplo a seguir

Al personal de salud del Establecimiento de Salud Agua Blanca por su colaboración en la ejecución de mi trabajo de investigación.

Karina.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, HERRERA SANCHEZ, KARINA DEL ROCIO Identificada con D.N.I.41576289, estudio del Programa Académico Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo, con la tesis titulada: Influencia de los Factores Socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca 2018.

Declaro que:

1. La presente tesis es de mi autoría.
2. Se ha respetado las normas internacionales de cita y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. Declaro que el trabajo de investigación que pongo en consideración para la evaluación no ha sido presentado anteriormente para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno soy consciente de que no respetar los derechos de autor y hacer plagio es objeto de sanciones universitarias y/o legales por lo que asumo cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en la tesis. Asimismo, me hago responsable ante la universidad o terceros de cualquier irregularidad o daño que pudiera ocasionar por incumplimiento de lo declarado, de identificarse falsificación, plagio, fraude o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones de que mi acción deriven, responsabilizándome por todas las cargas que se deriven de ello sometiéndome a las normas establecidas y vigentes de la Universidad Cesar Vallejo.



Karina del Rocío Herrera Sánchez

D.N.I. 41576289

PRESENTACION

Señor Presidente.

Señores Miembros del jurado.

Ante ustedes presentó la tesis titulada: Influencia de los factores Socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca 2018, en cumplimiento con el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo para obtener el grado de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

La presente investigación realizada es de tipo descriptivo analítico simple, cuyo objetivo fue saber la Influencia de los Factores Socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 39 meses establecimiento de Salud Agua Blanca, Está estructurada en siete partes En la parte I se presenta, la realidad problemática, trabajos previos, teorías relacionadas al tema, formulación del problema, justificación del estudio, hipótesis y objetivos, en la parte II nos presenta, diseño de investigación, variables y operacionalización, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos valides y confiabilidad método y análisis de datos y aspectos éticos, en la parte III los resultados; en la parte IV discusión, en la parte V conclusiones, en la parte VI recomendaciones, parte VII referencias y también los anexos.

El trabajo está sujeto a sugerencias y críticas que ayuden a mejorar la investigación, asimismo espero que sirva de referencia para estudios posteriores que puedan abordar con mayor profundidad el problema de la presente investigación.

INDICE

	Pág.
Página de Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Resumen	viii
Abstrac	ix
I. INTRODUCCION	10
1.1 Realidad problemática	11
1.2 Trabajos previos	13
1.3 Teorías relacionadas al tema	16
1.4 Formulación del problema	32
1.5 Justificación del estudio	32
1.6 Hipótesis	33
1.7 Objetivos	33
II. METODO	32
2.1 Diseño de investigación	34
2.2 Variables y operacionalización	34
2.3 Población y muestra	37
2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	38
Valides y confiabilidad	
2.5 Métodos de análisis de datos	39
2.6 Aspectos Éticos	39
III. RESULTADOS	39
IV. DISCUSIÓN	60
V. CONCLUSIONES	66
VI. RECOMENDACIONES	67
VII REFERENCIAS	68
ANEXOS	72

RESUMEN

Estudio descriptivo simple analítico, el objetivo fue saber la influencia de los Factores Socioculturales en la prevalencia de anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses del Establecimiento de Salud Agua Blanca 2018; cuya muestra estuvo constituida por 36 niños menores de 36 meses.

El diseño de la investigación es de una sola casilla pues se realizó en un determinado grupo de estudio del cual se obtuvo la información en un momento dado para explicar los hechos dar respuesta al problema; de tipo no experimental transversal pues los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único su propósito es describir las variables y analizarlas en un momento dado; la técnica utilizada fue la entrevista directa, se utilizó un instrumento adaptado para obtener los datos socioculturales, y el tamizaje de hemoglobina a los niños para determinar la presencia de anemia.

Dentro de los resultados referentes a los factores socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia se encuentran el grado de instrucción más predominante de los padres y madres de familia es primaria 22 (61.1%), la ocupación actual es Ama de casa 32 (88.9%) , la procedencia 33 (91,7%) es rural, el ingreso económico es menos de un mínimo vital en un 100%, la religión más predominante es la católica 20 (55.6%) ,la duración de la lactancia materna continuada fue hasta los 12 meses 18 (50%), el tipo de lactancia que recibieron los niños con mayor porcentaje fue la lactancia Mixta 20 (55.6%) ,el número de comidas que recibe el niño es de 2 a 3 veces 30 (83.3%),el tipo de alimentos que consumen es cereal + tubérculo 19 (52.8%) en cuanto al tipo de anemia ferropénica 28 (78%) de los niños (as) presentan anemia leve y 8 (22%) de los niños (as) presentan anemia moderada. Se concluye que la hipótesis ha sido contrastada es así que se determinó que los factores socioculturales influyen en la prevalencia de Anemia Ferropénica, lo que contribuirá a partir de los resultados obtenidos avanzar con las medidas correctivas necesarias.

PALABRAS CLAVE: Factores socioculturales, Prevalencia, Anemia Ferropénica, menor de 36 meses.

ABSTRACT

Descriptive simple analytical study, the objective was to know the influence of its sociocultural factors in the prevalence of iron deficiency anemia in children under 36 months EE. SS White Water, whose sample consisted of 36 children under 36 months was used an instrument adapted to obtain sociocultural and screening data of hemoglobin in children to determine the presence of anemias 2018.

The design of the investigation is of a single cell because it was carried out in a certain study group from which the information was obtained at a given moment to explain the facts and give an answer to the problem of non-experimental transversal type since the data was collected in a single moment in a single time, its purpose was to describe the variables and analyze them at a given time the technique used was the direct interview, an adapted instrument was used to obtain the sociocultural data by the screening of hemoglobin in children to determine the preexistence of anemia.

Within the results referring to the sociocultural factors that influence the prevalence of anemia are found the most predominant educational level of parents is primary 22(61.1%) the current occupation is a housewife 32(88.9%), being 33 (91.7%) is rural, the economic income is less than a vital minimum is 100%, the most predominant religion is the catholic 20(55.6%), the duration of continuous breastfeeding was up to 12 months 18(50%) the type of lactation that children received with the percentage of the infant was mixed lactation 20(55,6%) the number of meals the child receives is 2 to 3 times 30 (83.3%) the type of food he consumes is tuber + cereal 19 (52.8%), regarding the type of iron deficiency anemia in children 28 (78%) they have mild anemia and 8 (22%) of children have moderate anemia. It is concluded that the hypothesis has been proven, so it has determined that sociocultural factors influence the prevalence of iron deficiency anemia, which will contribute to the progress made with the necessary corrective measures.

KEY WORDS: sociocultural factors, prevalence, iron deficiency anemia less than 36 months.

I. INTRODUCCION

“La Anemia infantil en nuestro país es un problema principal de Salud Pública con una alta prevalencia en grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerlas como las poblaciones infantiles, siendo estos un grupo vulnerable; el impacto de esta de esta en su vida y en la sociedad es enorme específicamente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental” (3).

“La importancia de padecer Anemia no radica en su alta frecuencia solamente sino en los trastornos funcionales que ocasiona en las personas que la padecen como se evidencia en diversos estudios la Anemia por deficiencia de hierro incrementa la morbilidad y la mortalidad, retrasa el crecimiento y dificulta la función cognoscitiva de quien la padece; indicándonos que si la Anemia Ferropénica se presenta en un periodo crítico de crecimiento y diferenciación cerebral como en niños menores de 36 meses el daño que ocasiona en ellos es irreversible”.(7)

En el Perú pese a contar con diversos programas nutricionales y de administración de micronutrientes y sulfato ferroso se sigue evidenciando el incremento sostenido de la anemia en la primera etapa de vida, generando mucha preocupación en diferentes ámbitos y niveles que tenemos responsabilidad en la salud y bienestar de la población, estas consecuencias a largo plazo tienen un enorme impacto en la salud en la economía y en el desarrollo de nuestro país.

El puesto de salud Agua Blanca no escapa a esta problemática nacional, en él se evidencia altos índices de anemia en niños menores de tres años trayendo consigo repercusiones en la salud de estos como prevalencia de enfermedades infecciosas, retraso en el crecimiento, bajo rendimiento escolar entre otras; es por ello que se realizó el presente trabajo de investigación con la finalidad de saber la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de anemia ferropénica en esta población vulnerable pues constituye un elemento esencial y fundamental en la formación de políticas priorizando la atención en salud a este grupo vulnerable.

El presente trabajo de investigación estructuralmente está constituido de siete partes.

En la parte I se presenta, la realidad problemática, trabajos previos, teorías relacionadas al tema, formulación del problema, justificación del estudio, hipótesis y objetivos.

En la parte II nos presenta, diseño de investigación, variables y operacionalización, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos valides y confiabilidad método y análisis de datos y aspectos éticos.

En la parte III los resultados; en la parte IV discusión, en la parte V conclusiones, en la parte VI recomendaciones, parte VII referencias y también los anexos.

1.1. Realidad problemática

“A nivel mundial se estima que un tercio de la población, cerca de dos millones de personas padecen deficiencia de uno o más nutrientes principalmente Hierro, Vitamina “a” y Zinc; estas deficiencias son más preocupantes cuando ocurren en la primera infancia, periodo durante el cual sus consecuencias son irreversibles, siendo los niños menores de 36 meses considerados como la población más vulnerable ante estas deficiencias”. (9)

“La anemia es el estado patológico en la cual la concentración de hemoglobina es menor a los niveles considerados normales para la edad, sexo, estado fisiológico y la altura sobre el nivel del mar, es considerado un problema de Salud Pública a pesar de ser un indicador que refleja una etapa tardía de la deficiencia de hierro, en la mayoría de los países en desarrollo su prevalencia es alta. Según la Organización Mundial de la Salud la anemia ferropénica es más prevalente en los grupos vulnerables, los mismos que están representados por: mujeres gestantes y en edad fértil, adolescentes, así como niños menores 36 meses de edad”. (2)

“En la actualidad millones de niños y niñas de los países en vías de desarrollo sufren de una malnutrición silenciosa, que solo demuestra sus efectos

cuando el déficit ya es grave y eleva las tasas de desnutrición, morbilidad y mortalidad infantil. Esta malnutrición se debe al déficit de hierro y otros micronutrientes, siendo la más vulnerable la anemia ferropénica (déficit de hierro) la cual se asocia a altas tasas de mortalidad materna e infantil y bajo rendimiento escolar”. (3)

“Los estudios realizados en el Perú para conocer la magnitud y localización de problemas nutricionales han mostrado que la anemia nutricional por deficiencia de hierro en niños menores de cinco años, ocupa uno de los primeros lugares y a pesar de conocer su etiología y de las estrategias desarrolladas, aun no se ha podido superar dicho problema; la anemia es un problema de salud pública y según los límites propuestos para clasificar el déficit de hierro en grados de importancia de salud pública es grave cuando la prevalencia de anemia es $\geq 40\%$ ” (9).

Según datos estadísticos recientes cinco de cada diez niños, o los 50,0% menores de tres años de edad sufre de anemia por deficiencia de hierro (10).

“La anemia durante la infancia temprana es un fenómeno que afecta indiscriminadamente a todos los sectores de la población. Al desagregar por área de residencia, tanto el ámbito urbano y rural, enfrentan un problema de salud pública grave, con prevalencias de 47,2% y 57,0%, respectivamente. Al estratificar los datos por dominio de residencia la situación se presenta más severa en las áreas Sierra (60,0%) y Selva (55,7%), con respecto a la Costa (42,0%) donde también se evidencia un problema de salud pública grave”. (10)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, - INEI Informa para el 2017 en el Perú la prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses de edad fue 43.6% a nivel nacional; Cajamarca con 37.6 %; y según fuente SIEN en la provincia de San Miguel esta es de 35.2%, podemos establecer que nos enfrentamos a un problema de salud pública que requiere de acciones preventivas urgentes ya que los más afectados son las poblaciones infantiles trayendo como consecuencia la las altas tasas de morbilidad y en las poblaciones estudiantiles el bajo rendimiento académico (8)

Este problema de salud pública no es ajeno a la localidad de Agua Blanca donde se evidencian casos de anemia con mayor predominancia en niños menores de tres años evidenciándose a través del tamizaje de hemoglobina que se realiza como parte de la atención integral del niño ocasionando en ellos bajo peso y enfermedades a repetición mermando de esta manera su salud; motivo por el cual se desarrolló el presente estudio.

1.2. Trabajos previos

Antecedentes internacionales

Alomar M. Realizó un estudio titulado “factores de riesgo para anemia ferropénica en niños del centro provincial de salud N° 4 ciudad de Rosario Argentina, junio de 2008”. “Investigación observacional de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de factores de riesgo para anemia ferropénica; valorar y evaluar posibles factores que pudieran asociarse al cumplimiento o no del programa de suplementación con sulfato ferroso en niños”(7).

“La población estuvo constituida de 51 niños entre 6 a 23 meses que concurrieron al centro de salud en el tercer bimestre del año, se registraron datos relacionados con factores de riesgo para anemia ferropénica (dietéticos, socioeconómicos, antecedentes de patología) y estado de suplementación a partir de una encuesta elaborada. El 51% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y el 49% fórmulas infantiles fortificadas y leche materna. El 60.8% consumen carne diariamente, 31.4% la consumen semanalmente y el 7.8 % no la consumen. El 94.1% consume cereales y el 78.4% cítricos, pero la frecuencia de combinación de ambos es baja. El 15.7% de los niños recibe suplementación actualmente 64.7% la recibió anteriormente y 19.7% nunca la recibió. Los motivos argumentados reflejan problemas relacionados con el sistema sanitario, con el retiro del suplemento por los responsables del niño y con las reacciones adversas”. (7)

En este estudio no se encontró asociación entre la suplementación y los conocimientos de los encuestados sobre anemia concluyendo que la prevalencia

de factores de riesgo de anemia es importante en la población de niños de 6-23 meses. Teniendo como factores principales los fisiológicos que son propios de la persona como antecedentes perinatales, bajo peso al nacer y nacidos de madres anémicas y los socioeconómicos como el tipo de alimentación que está ligado directamente a la adquisición de productos alimenticios de origen animal

Antecedentes nacionales

Puma L. Quispe T. realizaron un estudio titulado, “Efecto del programa de educación alimentaria nutricional sobre la anemia ferropénica en niños menores de 36 meses y los conocimientos y prácticas alimentarias de madres del programa vaso de leche del distrito de Cayma. Arequipa - 2016”, encontrándose que “el nivel de conocimientos que poseen las madres de niños menores de 36 meses de Francisco Bolognesi y las madres de Buenos Aires es bajo con un 88.9% y 100% respectivamente al inicio del estudio. Asimismo, las practicas alimentarias que realizan son inadecuadas, con un 83.3% y 94.4%. Entre ellas los inadecuados; los conocimientos que poseen las madres para la alimentación y nutrición en los primeros años de vida conllevando a realizar inadecuadas prácticas en el cuidado de la salud y nutrición de la niña y el niño”(3).

El nivel de conocimiento que poseen las madres, “se traduce en el estado de salud de su niño; en tal sentido, si la madre desconoce aspectos relacionados a la nutrición, predispone a su niño a presentar anemia ferropénica que puede repercutir negativamente en su salud física y mental del niño”³, pues esta desconoce el valor nutritivo de los alimentos en tal sentido alimenta a su niño, pero de manera inadecuada contribuyendo a que se presente la anemia o a que esta empeore.

Antecedentes regionales

Campos F. Huatay M. en su estudio “Factores Socioeconómicos, culturales y la Anemia Ferropénica en niños menores de tres años centro de salud Otuzco 2012” concluyeron que: “Los factores económicos y culturales tales como: ocupación de los padres, duración de lactancia materna, tipo de lactancia, número de comidas al día y tipo de alimentos, respectivamente determina la significación estadística en relación a los niños menores de tres

años con el diagnóstico de anemia ferropénica comprobando de esta manera la hipótesis alterna, siendo esta Existe relación entre los factores socioeconómicos culturales y la anemia ferropénica de los niños (as) menores de tres años centro de salud Otuzco 2012”(1).

Así diremos que es de suma importancia la ocupación de los padres ya que de ello depende el ingreso económico en un hogar y de allí a que dispongan para la compra de alimentos, la duración de la lactancia materna es otro parámetro importante ya que en la localidad de Agua Blanca las madres destetan a sus hijos a edades límites en algunos casos muy tempranamente (antes de los 6 meses de edad) y en otros muy tardíamente (pasado los 2 años de edad), en cuanto a las comidas al día y al tipo de alimento está relacionada ya que por costumbres tienden a dar alimentos que no satisface las demandas de niño y por considerarlo pequeño el número de veces se acorta pues lo suplen con alimentos sin ningún valor nutricional

Calderón, R. en su estudio “Anemia en el menor de tres años y factores sociodemográficos de la familia CS Baños del Inca -2014” concluye que “la anemia en el menor de tres años se presentó en más de la mitad de los niños atendidos con un total de (79 %), entre ellos anemia leve, anemia moderada y anemia severa. Sólo el 21.1% del total se encuentran sin ningún grado de anemia. Así mismo también concluye con respecto a los factores sociodemográficos de la familia del menor de tres años del C.S. Baños del Inca: en su mayoría, pertenecen al grupo etáreo entre 20 a 29 años de edad, la mayoría conviven con su pareja, profesan la religión católica, con primaria incompleta, residen en la zona rural, más de la mitad son amas de casa, perciben un ingreso económico menos del mínimo vital y la mayoría cuenta con más de 4 miembros en la familia. Por lo tanto, Al relacionar el grado de la anemia del menor de tres años y los factores socio demográfico de la familia del C.S. Baños del Inca, se encuentra que si existe relación altamente significativa entre el grado de instrucción, residencia y ocupación; así como también una relación significativa entre la edad de la madre y el ingreso económico familiar, quedando demostrado la hipótesis alterna” (2).

Esta es una realidad palpable que se pretendió demostrar con el estudio ya que son localidades con costumbres y factores sociodemográficos y culturales parecidos por ser zona andinas, de preferencia del área rural; así de afirma que el grado de instrucción de la madre, el ingreso económico son factores que están altamente ligados a la prevalencia de anemia en niños ya que de ello depende la calidad de alimento que ingresa a su hogar y el grado de instrucción de la madre afecta en las decisiones que puede tomar a la hora de elegir los alimentos que va a preparar y que van a ser en beneficio de la salud y nutrición de sus niños, siendo más importante la alimentación de las personas adultas pasando a segundo plano la alimentación de los más pequeños, tanto en calidad como en cantidad.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger (1960)

“Define como área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas a mantener o recuperar la salud, así define que la enfermera debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y valores de los individuos, familias o grupos para proporcionar cuidados efectivos en salud” (13).

“Esta teoría fundamentalmente está basada en la aplicación de métodos etnológicos cualitativos y resalta la importancia del estudio a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o èmic para después controlar los factores ètic (externos) a menudo identificados como prácticas, para así conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales”. (12)

“Leininger se da cuenta de que la cultura era aquella base tan importante que faltaba en los servicios de salud pues a lo largo del tiempo no se había estudiado en lo referente a factores culturales eficaces en un mundo inmensamente multicultural”. (14)

“Esta teoría se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según conocimientos cognitivos y subjetivos en una cultura determinada a través de las manifestaciones internas ; uno de los objetivos de esta teoría es ser capaz de documentar conocer predecir y explicar de forma sistematizada a partir de datos de campo ,descubriendo puntos de vista personales o culturales relativos a los cuidados tal como se entienden y se aplican a los cuidados en las practicas asistenciales”. (15)

“La meta de esta teoría es brindar cuidados responsables y coherentes culturalmente que se ajusten de modo razonable a las necesidades valores, creencias y modos de vida de los pacientes”. (16)

1.3.2. Teoría de la interacción para la evaluación de la salud infantil de Katryn Barnard (1976)

“Determina la salud, el crecimiento y desarrollo del niño considerando al conjunto padres-hijo, como un sistema interactivo, sostiene que este sistema está influenciado por las características individuales de cada miembro y que se pueden modificar de manera que satisfagan las necesidades del sistema. En el contexto el cuidado está centrado en la familia y el papel es ayudar a las familias a ofrecer condiciones que favorezcan el crecimiento y desarrollo de sus miembros” (16).

“Barnard describe a una persona o a un ser humano, habla de la capacidad de participar en una interacción ,en la que ambas partes del dúo aportan cualidades, habilidades y respuestas que afectan a la interacción ,cada ser posee fuerzas y limitaciones que favorecen la interacción de los factores ambientales y hereditarios ,el dominio relativo de las fuerzas y limitaciones determinan el lugar del individuo en el continuo bienestar-enfermedad; el elemento principal basado en el niño el cual ve su apariencia física ,temperamento ,sueño nutrición; el cuidador en este caso padre o madre es el que posee características como salud física y mental estilos de vida que afrontará las habilidades de adaptación. El entorno es un aspecto esencial en la teoría de Barnard, básicamente influye en todas las experiencias con las que el niño se encuentra, gente, objetos, lugares, sonidos, el entorno influye en los

recursos sociales y financieros en las personas y una adecuación del hogar y la comunidad” (12).

“La teoría procede de la psicología del desarrollo humano, resaltando la importancia y se centra en la interacción de padres-hijo con su entorno durante los primeros años de vida lo que permitió el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas. Esta se basa en los datos empíricos de las escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación el aprendizaje y el entorno”. (2)

Se utilizó esta teoría para dar respuesta a la a la hipótesis alternativa de la presente investigación la cual pretendió explicar la interacción madre e hijo y el entorno que rodea a estos y como influyeron los factores socioculturales que el niño tenga anemia además sirvió para guiar la investigación por su aplicabilidad en el presente estudio.

1.3.3. Anemia ferropénica

1.3.3.1. Definición

“La anemia es un síndrome agudo o crónico, se caracteriza por la disminución de la concentración de la hemoglobina circulante en relación con los valores normales definidos para la edad, raza, género, cambios fisiológicos y condiciones medio ambientales. Esta patología dificulta en intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y las células del organismo”. (20)

“Según la OMS, la anemia es la disminución de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina por debajo del segundo desvío estándar respecto de la media para la edad, sexo y estado fisiológico, debido a la carencia de uno o más nutrientes esenciales entre ellos el hierro, ácido fólico, zinc, vitamina B12 y proteínas” (21).

“La anemia por deficiencia de hierro es un tipo común de anemia ,esta es una enfermedad en la que la sangre tiene menos glóbulos rojos de lo normal, los glóbulos rojos son los encargado de transportar el oxígeno y retirar el dióxido de carbono del cuerpo siendo este un producto de desecho, la anemia por deficiencia de hierro se presenta con el paso del tiempo ,si el cuerpo no tiene suficiente comienza utilizar el hierro almacenado, en poco tiempo el hierro

almacenado se consume cuando esto sucede el cuerpo produce menos glóbulos rojos ,allí inician las manifestaciones clínicas”. (23)

“La anemia se define como un descenso en la concentración de hemoglobina, el hematocrito o el número de células rojas por milímetro cubico siendo el límite inferior del rango normal. En general la hemoglobina es alta en los recién nacidos disminuyendo en las primeras semanas de vida, luego suben lentamente hasta la adolescencia donde alcanzan ya los niveles de adulto” (1).

1.3.3.2. Epidemiología

“A nivel mundial se estima que la deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia, en el Perú constituye un problema de salud pública grave dada la elevada prevalencia de 43.6% entre los niños de 6 a 35 meses al 2016 y casi 6 de cada 10 niños, entre 6 y 12 meses, se encuentra con anemia. Se estima 620 mil niños anémicos a nivel nacional y su incidencia durante sus primeros años de vida y en la etapa posterior, está relacionada con la desnutrición infantil”. (23)

“La anemia ferropénica constituye el 90% de las anemias en la infancia a nivel mundial, en la mayoría se trata de anemia leve o moderada estudios múltiples ofrecen prevalencias muy dispares en relación a los factores étnicos, socioeconómicos, hábitos alimenticios, edad. En nuestro país la anemia constituye la enfermedad hematológica más frecuente afectando especialmente a lactantes y niños esto debido a las altas demandas de hierro por el crecimiento acelerado que ocurre en esta etapa” (1).

“Los niveles de anemia a nivel nacional se han reducido de 60.9% a 43.6% entre el año 2000 y el 2016. Sin embargo se aprecia un estancamiento entre el 41.6% y el 43.6% entre el 2011 y el 2016. En el ámbito urbano afecta al 39.9% de los niños y niñas de 6 a 35 meses, mientras que en la zona rural alcanza al 53,4%, también afecta todos los estratos socioeconómicos; afecta a un 53,8% de niños de 6 a 36 meses de hogares de quintiles socioeconómicos más bajos y también a un 28.4 % del quintil superior”. (23)

1.3.3.3. Estadios de la anemia

“La anemia ferropénica es uno de los diagnósticos más comunes a nivel mundial la deficiencia de este mineral cursa por etapas o estadios.

Fase uno: en esta fase los depósitos de hierro se agotan, según lo indica la hipoferritinemia que se presenta, pero los demás parámetros están dentro de lo normal. Esta etapa se denomina Deficiencia de Hierro. En esta fase existe por lo tanto una disminución en la concentración de ferritina en el plasma con niveles por debajo de 42 ug/l, se aumenta la absorción del hierro alimentario y de otros compuestos de hierro los valores de saturación de transferrina no se modifican.

Fase dos: esta fase consiste en la disminución del hierro sérico, con aumento de la capacidad de unión con el metal, pero sin evidencia de anemia, esta etapa se denomina deficiencia de hierro con alteración en la eritropoyesis o Deficiencia Eritropoyetica. En esta fase hay disminución del hierro transportado por la transferrina en el plasma hacia la médula ósea y se identifica por la disminución en la concentración de hierro en el plasma a cifras menores de 50 ug/dl, aumento de la concentración de transferrina insaturada disminución del porcentaje de saturación de la transferrina. Con hierro en proporción menor al 15% y aumento de la protoporfirina de los glóbulos rojos a valores mayores de 100 ug/dl.

Fase tres: en esta disminuye la síntesis de hemoglobina y así surge la anemia franca esta etapa se denomina Anemia Ferropriva o Anemia Ferropénica”. (24)

1.3.3.4. Causas de la anemia.

Causas inmediatas de la anemia:

“**Disminución en la producción de eritrocitos:** se debe al déficit de hierro, ácido fólico y algunas vitaminas (B12, A y C). Dado a que estos micronutrientes son necesarios para la producción de glóbulos rojos durante la eritropoyesis, la disminución de estos nutrientes resulta en anemia crónica, la carencia de estos se debe principalmente a una dieta que contiene cantidades insuficientes de estos o porque hay una mal absorción en el sistema digestivo.

Hierro: Es uno de los nutrientes de mayor demanda en el organismo porque participa en diversos procesos celulares y bioquímicos. El hierro ferroso (Fe^{2+}) se incorpora a la protoporfirina IX (proteína) para formar el complejo de hierro porfirinico hemo (Hem) indispensable para la síntesis de hemoglobina en la eritropoyesis. De los 5g de hierro presentes en una persona adulta el 70% es usado en la síntesis de hemoglobina y el 30% restante es almacenado en el organismo bajo la forma de ferritina y hemosiderina en la medula ósea y el sistema retículo endotelial, el déficit crónico de este nutriente conduce a la anemia por deficiencia de hierro.

Incremento de la pérdida de eritrocitos: La pérdida de eritrocitos se debe al incremento en la velocidad de destrucción de eritrocitos (hemolisis) por pérdidas de sangre en los menores de cinco años la hemolisis es la causa predominante de anemia sobre las hemorragias.

Aumento en la velocidad de destrucción de los eritrocitos: En el adulto normal el tiempo de vida de un eritrocito es de 120 días, en un neonato 70 días ,sin embargo existen ciertas condiciones como procesos infecciosos y enfermedades autoinmunes que causan hemolisis, que a su vez ocasiona el mecanismo de compensación en donde la medula ósea incrementa su tasa de producción de glóbulos rojos al final cuando los mecanismos de compensación son sobresaturados se pierde el equilibrio entre producción y destrucción generando la anemia dentro de las patologías se encuentran las Talasemias y la Malaria". (25)

Causas distales de la anemia:

Anemia durante la gestación.

“La transferencia de hierro de la madre al feto es favorecida por un mayor requerimiento, esta necesidad aumenta durante los dos últimos trimestres gestacionales la mayoría de hierro transferido ocurre durante la 30 semana de gestación. La anemia en la gestante se asocia con parto pre terminó, bajo peso al nacer y pequeño para la edad gestacional conllevan a problemas en el neonato que son a su vez causa de anemia en el niño; cuyo riesgo puede prolongarse hasta los primeros años de vida de los niños, en estudios se ha estimado que la

anemia específicamente durante los dos primeros trimestres de gestación sería el principal factor predictor de deficiencia de hierro en los infantes de 4 meses en adelante” (17)

Prematuridad y bajo peso al nacer.

“El patrón de curva de hemoglobina es diferente en los niños prematuros y con bajo peso al nacer, respecto a los niños que nacen a término y con peso adecuado, en los prematuros el descenso de hemoglobina es más rápido. En consecuencia, los prematuros necesitan contar con una provisión de hierro en su dieta la cual debe empezar precozmente a los dos meses en proporciones más pequeñas que los niños a término es por ello que los niños con bajo peso al nacer tienen un riesgo elevado de padecer anemia”. (18, 19)

Causas infecciosas

Parásitos

“Los geohelminintos y las especies de plasmodium son las causas más frecuentes de anemia por parásitos, los mecanismos de anemia por parásitos incluyen la malabsorción de hierro y de otros micronutrientes aumento de pérdidas y hemolisis dentro de los parásitos geohelminintos tenemos áscaris lumbricoides, trichuris trichura y ancilostomas especies que parasitan el intestino delgado del hombre causando diarreas y calambres en poblaciones susceptibles como niños adolescentes y gestantes causando anemia por el sangrado y malabsorción de nutrientes” (25).

1.3.3.5. Clasificación de la anemia ferropénica.

“**Anemia leve:** Los individuos con anemia leve suelen estar asintomáticos. Pueden quejarse de fatiga sueño, disnea y palpitaciones sobre todo después del ejercicio. Una característica muy importante es la disminución del apetito que influye de manera negativa en la nutrición del niño. Se considera anemia leve cuando se tiene un valor de hemoglobina de 10-10.9 gr/dl a nivel del mar.

Anemia moderada: a menudo están sintomáticos en reposo y son incapaces de tolerar esfuerzos importantes. El paciente puede ser consciente

del estado hiperdinámico y quejarse de palpitaciones, la disminución del apetito es mayor, la palidez es el signo físico que más se presenta en este tipo de anemia. La hemoglobina es entre 7-9.9 gr/dl a nivel del mar.

Anemia severa: Los síntomas de este tipo de anemia se extienden a otros sistemas orgánicos, pueden presentar mareos, cefaleas y sufrir de síncope, tinnitus o vértigo, muchos pacientes se muestran irritables y tienen dificultades para el sueño y la concentración. Debido a la disminución del flujo sanguíneo cutáneo, los pacientes pueden mostrar hipersensibilidad al frío. Los síntomas digestivos tales como: Anorexia e indigestión e incluso náuseas o irregularidades intestinales que son atribuibles a la derivación de la sangre fuera del lecho esplácnico. Cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 7gr/dl a nivel del mar”. (2)

1.2.3.4. Etiología

“Deficiencia de hierro: es la principal causa de anemia infantil. Ocurre por un aporte de hierro disminuido debido a: una ingestión inadecuada (dieta pobre en alimentos ricos en hierro -vísceras, calamares, pavo, huevo, pollo, pescado blanco, granos, harina de maíz, trigo, espinacas y deficiente ingesta de vitamina C -vegetales verdes frescos, frutas-); y una absorción disminuida (consumo excesivo de antiácidos, bebidas carbonatadas, vómitos y diarrea). El hierro se lo puede encontrar en dos formas diferentes: hierro hémico presente en los productos de origen animal y el hierro no hémico que está contenido en los vegetales”. (3)

“Nutricional: La sola deficiencia de hierro en los alimentos no suele ser causa de ferropenia en los adultos, pero sí en la lactancia, periodo en que las necesidades diarias de este mineral no son satisfechas por los productos lácteos, por lo que resulta esencial su suplencia en la alimentación a partir de los 4 a 6 meses de edad. En la niñez temprana y en la adolescencia e en el embarazo se aumenta la necesidad diaria y bien las deficiencias alimentarias pueden ser un factor de influencia”. (23)

“Parasitosis intestinal: existen parásitos llamados helmintos (gusanos) que provocan pérdida sanguínea a nivel intestinal o se alimentan de sangre llevando a la anemia”. (1)

“Empleo de leche entera de vaca: los niños menores de 1 año no deben tomar leche entera de vaca u otros animales, ya que la digestión de ésta no es adecuada y se puede producir una enteropatía perdedora de glóbulos rojos, enfermedad en la cual se presenta una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo anemia”. (2)

“Enfermedades: existen diversas patologías tanto agudas como crónicas que ocasionan disminución de los valores de hemoglobina en el niño. Entre las agudas tenemos: infección urinaria, fiebre tifoidea, infección por citomegalovirus; entre las crónicas se cuentan: la infección por VIH, paludismo, insuficiencia renal crónica, neoplasias y tumores”. (3)

1.2.3.5. Factores socioculturales

Es la circunstancia, y o procesos sociales y culturales subyacentes a la vida de la población, estas pueden determinar el estado de salud enfermedad; pueden ser descritos como elementos influyentes tanto en la calidad como en la cantidad de cuidado de la salud dentro de estos se encuentran. (22)

A) Factores sociales

“Los factores sociales son los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno.

Edad

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la ancianidad expresada en años, cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona.

Sexo

Condición biológica masculina o femenina, conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos. Los hombres de sexo masculino se diferencian de

las mujeres de sexo femenino por sus características físicas y emocionales, mientras que el hombre posee una musculatura mayor, la mujer posee cualidades afectivas que dan un toque característico de feminidad.

Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal, determinada por sus relaciones de familia Situación de las personas en relación con las leyes y costumbres matrimoniales en donde se establecen ciertos derechos y deberes; existiendo diferentes estados civiles así tenemos solteros, casados convivientes viudos, etc. Estos afectan de diferentes maneras y en varias dimensiones como económicas social, emocional y de cuidado durante el ciclo de vida” (28).

Grado de Instrucción

“El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, es el grado de estudios que tiene una persona al pasar por distintos niveles de educación formal.

La población femenina, que no logro estudiar nivel alguno de educación se encuentra en mayor proporción en los departamentos de Apurímac 30.4%, Huancavelica 28.1%, Ayacucho 25.4%, Cajamarca 24.2%, Huánuco 22.1% y Ancash 20.1% en cambio, en el departamento de tumbes y la provincia constitucional del callao 3.6% y 3.4% respectivamente, de la población femenina de 15 a más años, no tienen ningún nivel educativo. Bajos niveles de educación originan bajos salarios y con ellos menor capacidad de gasto, que afecta el consumo de una dieta balanceada y tiene efectos negativos en el estado nutricional. De igual manera el bajo nivel educativo de la madre, reflejado en su menor capacidad de entendimiento y conocimientos, repercute en forma negativa en sus prácticas de salud, al propiciar el descuido en aspectos relacionados con las prácticas alimenticias” (10).

Ocupación

“Actividad principal remunerativa del jefe de familia. Muchas veces las necesidades obligan a las madres a salir al mercado laboral, por lo que la alimentación de los niños es inadecuada. Esta situación es similar tanto en las zonas urbanas como en rurales. Si bien en las zonas rurales las mujeres tienen una participación en las actividades agrícolas, en su mayoría estas se desempeñan en el mismo hogar, por lo que descuidan la alimentación de los niños, sin embargo, el problema llega más allá de que si la madre está presente en el hogar o no, sino que involucra la calidad de la alimentación que los niños reciben”. (9)

“Al mismo tiempo ENDES relata que la ocupación va de la mano del grado de instrucción y el ingreso económico, siendo esto posible acceder a mejores empleos y una mejor entrada de dinero a diferencias que no han culminado el nivel secundario de educación y muchos de los que lo culminan no aspiran a continuar estudiando por las pocas oportunidades que el mercado laboral ofrece. En consecuencia, de trabajos a los que estos individuos pueden acceder no ofrecen un nivel de ingresos suficiente para que las familias puedan cubrir sus necesidades más importantes, entre ellas, la de una alimentación adecuada. Esta situación se torna más evidente si se tiene en cuenta solo el ámbito rural donde las oportunidades laborales adecuadas son mucho más limitadas y el nivel educativo promedio son muy inferiores al que se puede encontrar en las zonas urbanas”. (3)

Procedencia

“Es el origen del cual proceden las personas inicio de algo o el principio de donde nace o deriva, se utiliza para nombrar la nacionalidad de una persona o el lugar de donde procede, la procedencia de una persona puede despertar mitos positivos como negativos acerca de sus habilidades o talentos naturales, o bien relacionados con ciertas conductas sociales.

Las poblaciones que viven en zonas rurales, debido a la ausencia de empleos seguros y bien remunerados, en condiciones de educación y salud

inadecuadas, son las que tienen un mayor riesgo de presentar anemia y deficiencia de micronutrientes.

Los habitantes de la zona rural presentan un menor número energético y calórico basado en la ingesta de minerales y leguminosas mientras que los habitantes de la zona urbana, tienen mayor consumo de raíces y tubérculos, frutas y hortalizas aceites y grasas, carnes y pescado, azúcares y productos lácteos, el análisis del patrón dietario y el consumo de energía y nutrientes, como primeros indicadores de deficiencias nutricionales”. (1,2)

Ingreso económico familiar

“Cantidad de dinero que aporta cada familia y entra en poder de esta; aclarando que el mínimo vital para el 2017 es de 850.00 nuevos soles.

El ingreso familiar, en particular, el de los padres constituye un determinante importante del nivel nutricional de los niños. En este sentido, un mayor ingreso puede facilitar el acceso de la familia hacia medios que permitan mantener un nivel nutricional adecuado de los niños”. (11).

“Describe que el alza del costo y la escasez de víveres han hecho sentir su impacto en las comunidades y ámbitos de numerosas familias a nivel mundial. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, ya que para los primeros las limitaciones para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada día mayor. Es importante mencionar que muchas amas de casa seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos”. (3)

B) Factores culturales

“Es el conjunto de valores, criterios, modelos, hábitos y costumbres, formas de expresarse y comunicarse, de relacionarse entre personas de una comunidad o un territorio. También como la manera en que un pueblo entiende su realidad y se relaciona con su medio. La cultura se nos presenta pues no como algo accesorio, decorativo o superfluo, sino como algo radicalmente importante y necesario para la vida y como un factor esencial de la identidad personal y

grupales, ligada indisolublemente a la evolución y desarrollo de las personas y de los pueblos". (3).

Religión

“La religión es el conjunto de creencias o dogmas relacionados con la divinidad, que orientan las conductas individuales y sociales, prácticas rituales como la oración, para rendir culto y encauzar los sentimientos de veneración y temor hacia ella.

Las religiones han establecido siempre prohibiciones y restricciones sobre algunos alimentos y bebidas, todas establecen un conjunto más o menos articulado de normas alimenticias, pero sus contenidos pueden ser más o menos diferentes de unas religiones a otras.

Actividad humana que puede abarcar creencia y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural, puede definirse como un sistema cultural de comportamientos y prácticas, cosmovisiones, ética y organización social que relaciona la humanidad a una categoría existencial, también es sinónimo de fe, sistema de creencia o a veces un conjunto de deberes". (9,32)

Tipo de lactancia

La lactancia es una forma de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños. (2).

Lactancia materna.

“La leche humana no solamente es el alimento completo con todos los nutrientes apropiados para la buena nutrición de los niños lactantes y su protección contra la infección, sino también para el desarrollo y la formación del vínculo afectivo. La leche humana madura contiene cantidades bajas de hierro, sin embargo, la biodisponibilidad de mineral es elevada al orden del 50%. El recién nacido, durante los primeros meses de vida, experimenta un descenso fisiológico de su hemoglobina. Un niño a término y alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida tiene menor riesgo de desarrollar anemia". (23)

“La leche materna es, más que un alimento, un sistema nutricional completo adaptado al crecimiento y al desarrollo del lactante y que varía en su composición a lo largo del tiempo de lactancia ya que satisface las necesidades energéticas hasta el sexto mes de vida y constituye el modelo para la composición de la leche artificial o fórmula de inicio, su contenido de aminoácidos esenciales, su bajo contenido de sales minerales y la excelente biodisponibilidad de calcio, fósforo, magnesio y hierro son algunas de sus grandes ventajas, además proporciona defensa frente a infecciones gastrointestinales, añade factores de crecimiento y hormonas gastrointestinales que son responsables de la maduración del tracto gastrointestinal. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva aquella alimentación del niño que se basa solo en la leche materna por un periodo de 6 meses, es decir no se debe incluir ningún otro tipo de alimento diferente a la leche ni siquiera las agüitas”. (1).

Lactancia artificial

“La lactancia artificial se considera cuando el niño durante el primer año de vida es alimentado con leche procedente de otros mamíferos, ante la necesidad de suplir en determinados casos la lactancia materna se ha usado leche procedente de otros mamíferos (vaca).

Es el consumo de leches diferentes de la materna en los niños menores de 2 años, incluyendo leche de vaca, fórmulas de inicio o seguimiento estén o no modificadas para adecuarse a las necesidades de los lactantes, este término se utiliza cuando el niño no recibe leche materna”. (1).

Lactancia mixta

“Se habla de lactancia mixta cuando la lactancia materna se completa con tomas de leche de fórmula o con comidas completas, esta se produce cuando él bebe se alimenta tanto de leche materna como de leches infantiles, uno de los problemas más habituales es que él bebe no consigue obtener de forma eficaz la leche materna, llevando a un nivel de frustración, hay diferencias en la succión ocasionando el rechazo al pecho materno si el lactante se acostumbró a la succión del biberón”. (33)

Duración de la lactancia materna

“La leche materna se considera la mejor y la más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros 6 meses de vida. Entre las innumerables ventajas que se le atribuyen, figura la prevención de las enfermedades diarreicas durante el primer año de vida, la protección contra problemas alérgicos, la disminución de la probabilidad de padecer cáncer, diabetes entre otros.

La lactancia materna es clave para la supervivencia infantil. Sin embargo, más del 60% de las madres no amamantan exclusivamente a sus hijos durante los cruciales 6 primeros meses de vida. No alimentar adecuadamente a los niños en sus 2 primeros años suele ocasionar daños permanentes.

La lactancia materna exclusiva hasta la edad de 6 meses puede evitar anualmente la muerte de 1 ,3 millones de niños y niñas menores de 5 años” (1).

Inicio de la alimentación complementaria

“A partir de los 6 meses sigue recomendando la lactancia materna como comida principal, pero complementándola con otros alimentos a esta nueva alimentación se le llama comúnmente Ablactancia o Alimentación Complementaria. Esta es crucial para el crecimiento y desarrollo del niño, pues a partir de esta etapa es cuando se inicia los casos de anemia y retardo en el crecimiento que hace que tengamos en el Perú un 25,4% de niños menores de 5 años con desnutrición crónica y cerca de un 50% de niños de entre 6 y 24 meses con anemia.

La OMS, recomienda que los alimentos complementarios sean ofrecidos a partir de los 6 meses de edad. Para asegurar que satisfagan sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios deben ser oportunos, adecuados; inocuos, ofrecido con técnica frecuencia y consistencia adecuada con la edad, de forma que atienda a las sensaciones de hambre y saciedad del niño. El momento oportuno para iniciar la alimentación complementaria es a los 6 meses de edad, es cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica y es cuando el niño adquiere capacidades necesarias

para asimilar una dieta más variada. En relación con la nutrición, los pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad” (6).

Frecuencia de alimentos por día

“Se debe alimentar al bebe de 4 a 5 veces al día. Durante los procesos infecciosos incrementar la frecuencia de las comidas (6 a 8 veces). Con respecto a la cantidad que se ofrece al bebe, esta debe aumentar conforme crece: entre 7 y 8 meses debe comer casi media tasa, entre 9 y 12 meses aprox. 1 tasa llena”.
(3)

Alimentos principales de la dieta diaria

“Se debe iniciar con alimentos semisólidos como papillas, mazamoras y purés, modificándoles gradualmente hasta los alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que el niño se incorpore a la alimentación familiar.

Malos hábitos alimenticios.

según la nutricionista Silvia Bohórquez, la anemia puede originarse por una alimentación inadecuada en la cual no se consume las tres comidas básicas al día, dietas pobres en hierro, baja ingesta de alimentos fuente de proteína como lácteos, carnes, leguminosas, en general por malos hábitos alimentarios.

En países como Colombia la deficiencia de hierro que deriva en anemia es la malnutrición más frecuente los pediatras y nutricionistas han señalado como una de las principales causas de esta deficiencia el consumo de leche de vaca por parte de niños menores de un año y su contenido de hierro es muy bajo y por lo tanto una leche pesada ocasiona pequeñas hemorragias estomacales. En niños mayores la deficiencia de hierro se relaciona con el tema de malos hábitos de alimentación como el consumo de bebidas carbonatadas con cafeína consumo de comidas rápidas; por ello es importante que se recalque que la construcción de hábitos saludables es fundamental para la prevención de trastornos alimenticios” (2, 21, 22).

1.4. Formulación del problema.

¿Cómo influyen los factores socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca 2018?

1.5. Justificación del estudio

En el Perú, “a pesar de una disminución ligera y constante de la pobreza en los últimos años, la prevalencia de la anemia se ha mantenido constante. Según ENDES 2017, el 43.6% de niños menores de 3 años padece de anemia, siendo este el grupo poblacional más vulnerable a la anemia ferropénica, debido a las necesidades originadas por el crecimiento acelerado y la expansión eritrocitaria” (7).

“Los efectos de la anemia ferropénica durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después de un tratamiento. Pues, estos sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor, y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente” (3).

El presente trabajo de investigación se realizó a partir de la problemática encontrada en el establecimiento de Salud Agua Blanca durante el ejercicio profesional se observó la existencia de dicha enfermedad con mayor prevalencia en niños menores de tres años no siendo ajena a otros lugares de nuestro país repercutiendo negativamente sobre la salud de este grupo poblacional

También se observa que en este grupo etáreo que a partir del padecimiento de anemia hay aumento de otras enfermedades como las IRAS y las EDAS que repercuten negativamente en la salud de los niños; es por ello, la importancia de conocer la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de anemia ferropénica en esta población vulnerable.

Los resultados de presente trabajo servirán de apoyo al sector salud como ente rector y a las instituciones privadas comprometidas con la población infantil para la elaboración e implementación de programas preventivos promocionales, políticas y prioridades en atención primaria de la salud. Además, servirá de base

para la realización de posteriores investigaciones que contribuyan a la disminución de la prevalencia de esta enfermedad mediante la elaboración de estrategias de atención integral a partir de los resultados.

1.6. Hipótesis

Afirmativa

Los factores socioculturales influyen significativamente en la prevalencia de Anemia Ferropénica

Nula

Los factores socioculturales no influyen en la prevalencia de Anemia Ferropénica.

Alternativa

Los factores socioculturales influyen en la prevalencia de Anemia Ferropénica.

1.7. Objetivos

General

Determinar la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca.

Específicos

- Identificar los principales factores socioculturales a través de una encuesta elaborada.
- Identificar el tipo de anemia ferropénica más prevalente en los menores de 36 meses a través de tamizaje de hemoglobina.
- Contrastar los resultados obtenidos para para determinar la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de anemia ferropénica utilizando las técnicas estadísticas apropiadas.

II. METODO

2.1. Diseño de investigación.

El estudio es de tipo descriptivo simple, analítico

Descriptivo simple. -porque describe el comportamiento de las variables factores socioculturales y anemia ferropénica.

Analítico. - porque analiza el fenómeno a estudiar

M \longrightarrow O_x O_y

Donde:

M = Muestra

O_x= Variable Independiente

O_y= Variable Dependiente

2.2. Variables y operacionalización

Variable independiente:

Factores socioculturales

Variable dependiente:

Prevalencia de Anemia Ferropénica

Definición de variables

Definición conceptual

Variable independiente

Factores socioculturales. - son elementos que influyen tanto en la cantidad como en la calidad de cuidado de las personas estos mediatizan e influyen en la concepción, capacidad y motivación para incrementar los conocimientos y cuidados dentro de estos tenemos.

Definición operacional

Variable independiente

- Edad

- Sexo
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación actual
- Procedencia
- Ingreso económico
- Religión

Definición conceptual

Variable Dependiente

Anemia ferropénica. - Resulta de una insuficiente cantidad de hierro para la síntesis de hemoglobina. Es la enfermedad hematológica más frecuente en el niño la clasificamos en:

Definición operacional

Variable dependiente

- Anemia leve
- Anemia moderada
- Anemia severa

Variable Independiente	Dimensión	INDICADOR	INSTRUMENTO
	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 14 a 19 años • 20 a 29 años • 30 a 39 años • 40 a 45 años 	
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero (a) • Casado (a) • Conviviente (a) 	

Factores socioculturales		<ul style="list-style-type: none"> • Divorciado (a) • Viudo (a) 	Cuestionario Elaborado
	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto (a) • Primaria • Secundaria • Superior 	
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Labores artesanales • Ama de casa • Otros • Desocupado 	
	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	
	Ingreso económico	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de un mínimo vital • Un mínimo vital • Más de un mínimo vital 	
	Religión	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Otras 	
	Tipo de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna • Lactancia artificial • Lactancia mixta 	
	Inicio de la Alimentación Complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • A los 4 meses • A los 6 meses • A los 8 meses 	
	Frecuencia de alimentos por día	<ul style="list-style-type: none"> • De 2 a 3 comidas por día • De 4 a más comidas por día 	
Alimentos Principales de la Dieta Diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Cereal + menestra • Cereal + menestra + producto de origen animal + verdura y/o fruta • Cereal +tubérculo +verdura y /o fruta • Cereal + tubérculo + producto de origen 		

		animal + verdura y/o fruta	
Variable Dependiente Anemia Ferropénica	Anemia Leve	• valor de hemoglobina de 10 a 10.9 g/dl	Según Norma Técnica
	Anemia Moderada	• valor de hemoglobina de 7 a 9.9 g/dl	
	Anemia Severa	• valor de hemoglobina menor de 7 g/dl	

2.3. Población y muestra

Población

Para el desarrollo del presente estudio se trabajó con los niños menores de 36 meses pertenecientes a establecimiento de salud Agua Blanca 2018 siendo un total de 69 niños, los mismos que presentan las siguientes características:

- Son de ambos sexos
- Todos son atendidos en el Puesto de Salud de la localidad
- Sus edades fluctúan entre los 0 a 36 meses.
- Proviene de la misma localidad y de los lugares cercanos a la misma.
- Con Diagnostico de Anemia Ferropénica.

Tabla N°1

Población de niños menores de 36 mes años P.S agua blanca

NIÑOS MENORES DE 36 MESES	fi	%
Menores de 1 año	23	30.88
1 año	21	32.35
2 años	25	36.76
Total	69	100

Fuente: Padrón nominal de niños menores de 36 meses. P.S Agua Blanca

Fecha: 12 /04/2018.

Muestra

La elección de la muestra, fue de tipo no probabilístico elegido por conveniencia “porque la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación”. Se conformará por niños menores de 36 meses con diagnóstico de anemia ferropénica pertenecientes al Establecimiento de Salud Agua Blanca siendo estos un numero de 36 niños.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, valides y confiabilidad.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de la información se realizó mediante la entrevista directa, la misma que fue la más importante el trabajo de campo ya que sirvió para recolectar la información directamente de la unidad de estudio se aplicó de forma individualizada a padres y madres de niños menores de 36 meses con resultado de anemia ferropénica.

En primer momento se realizó el tamizaje de hemoglobina a los niños para ver si estos presentan Anemia Ferropénica en alguno de sus grados, leve, moderada y severa. En el segundo momento se recogió información a través de una encuesta adaptada sobre los factores socioculturales dirigido a los padres y madres de niños menores de 36 meses con diagnóstico de Anemia ferropénica

Valides y confiabilidad del instrumento

La encuesta para recoger la información sobre los factores socioculturales de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el puesto de salud Agua Blanca fue validado por Campos A. y Huatay S. (2013), que presenta un coeficiente de validación de 0.96 según coeficiente alfa de Crombach, según prueba piloto aplicado al 10% de su muestra.

El instrumento para recolectar información del tipo de anemia, que se utilizó fue la ficha de medición de anemia proporcionado por la Organización Mundial de la Salud.

2.5. Métodos de análisis de datos.

Una vez que se recolectó la información se realizó la consistencia manual de la información y la codificación de sus variables, los datos fueron ingresados a un software estadístico que facilitó la obtención de resultados.

2.6. Aspectos éticos

A los padres de familia se les explicó el propósito del estudio una vez aceptado, se les brindó una carta de consentimiento informado conteniendo información sobre el procedimiento que se realizará en el menor además la confidencialidad, privacidad y el derecho que tendrán a retirarse del estudio si lo consideran necesario en el momento que ellos deseen.

Para el análisis de los datos las encuestas serán codificadas para evitar el uso de nombres manteniéndose de esta forma la privacidad y la confidencialidad de los participantes.

III. RESULTADOS

Para conocer la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca 2018, se aplicó un cuestionario adaptado para determinar los factores socioculturales y para determinar la prevalencia de la Anemia una Ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina de los niños menores de

tres años con diagnóstico de anemia ferropénica, después de procesarlos datos obtenidos nos permitió contrastar la hipótesis que los factores socioculturales influyen en la prevalencia de anemia tal como se muestran en las siguientes tablas y figuras:

Factores socio culturales en niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018

Tabla 02

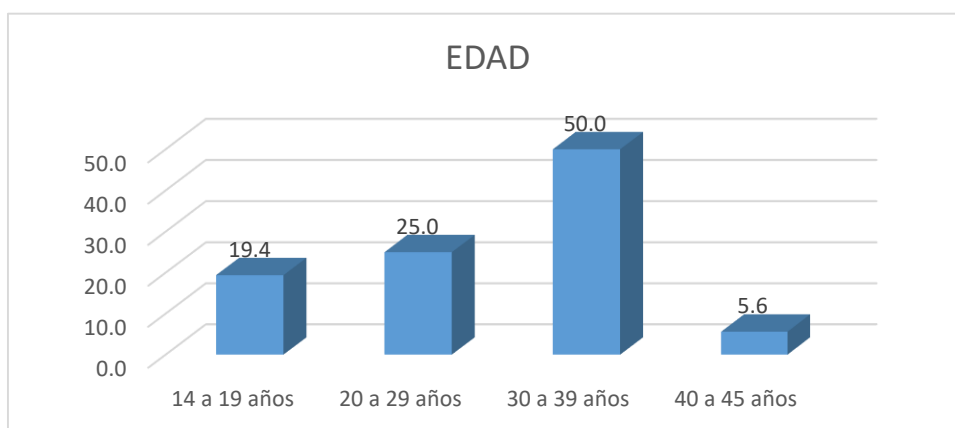
Edad de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
14 a 19 años	7	19,4	19.4	19,4
20 a 29 años	9	25,0	25.0	44,4
30 a 39 años	18	50,0	50.0	94,4
40 a 45 años	2	5,6	5.6	100,0
Total	36	100,0	100	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 01

Edad de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 02

Análisis

Los resultados establecidos en la tabla 02 y figura 01 indican que la edad de los padres y madres de familia encuestados es de 14 a 19 años de 7 (19,4%) , de 20 a 29 años es de 9 (25%) , de 30 a 39 años es de 18 (50%) y de 40 a 45 años

es de 2 (5,6%) ; como se puede observar la mayor cantidad de madres o padres de familia de los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud de Agua Blanca están en la edad de 30 a 50 años con el 50%, seguido por la edad de 20 a 29 años con el 25%, luego de 14 a 19 años con el 19,4% y los de 40 a 45 años en un 5,6%.

Tabla 03

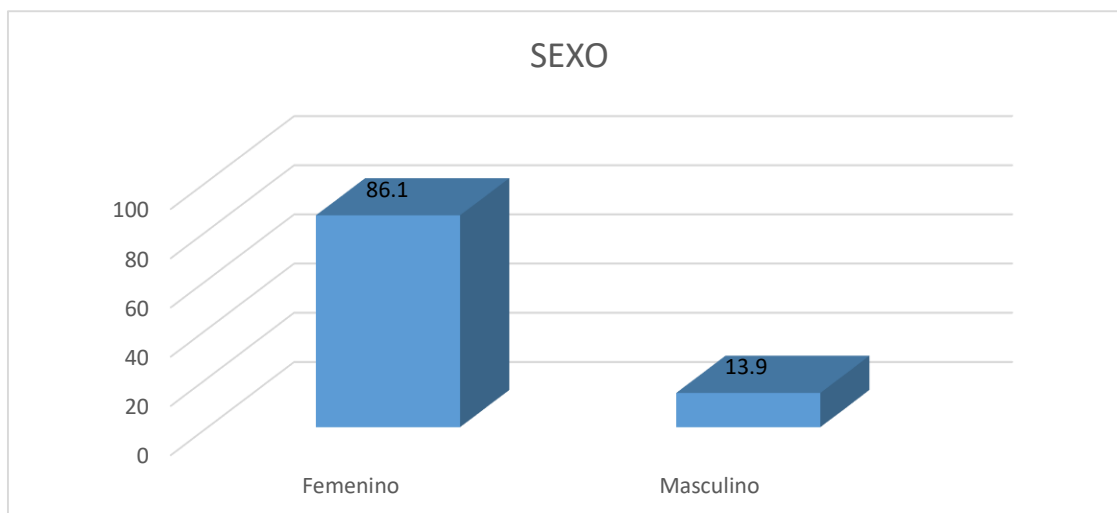
Sexo de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	31	86,1	86.1	86,1
Masculino	5	13,9	13.9	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 02

Sexo de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 03

Análisis

Los datos estadísticos obtenidos para identificar el sexo de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua

Blanca, según la tabla 03 y figura 02 indican que 31 (86,1%) son de sexo femenino y de 5 (13,9%) son de sexo masculino

Tabla 04

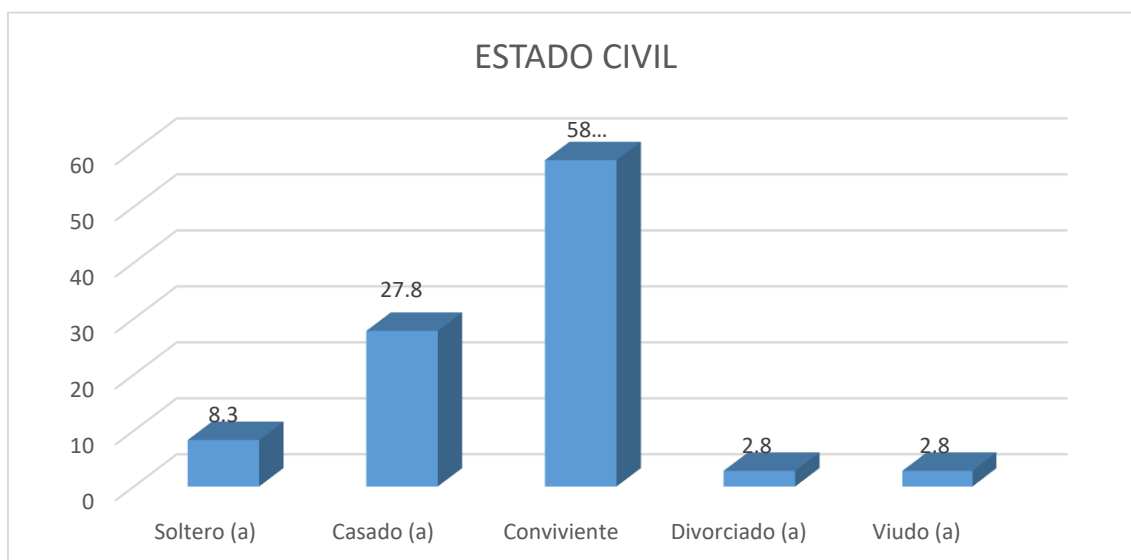
Estado civil de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero (a)	3	8,3	8,3	8,3
Casado (a)	10	27,8	27,8	36,1
Conviviente	21	58,3	58,3	94,4
Divorciado (a)	1	2,8	2,8	97,2
Viudo (a)	1	2,8	2,8	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 03

Estado civil de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 04

Análisis

Los datos estadísticos expresos en la tabla 04 y figura 03 indican que el estado civil de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos

en el Puesto de Salud Agua Blanca 3 (8,3%) son solteros (as), 10 (27,8%) son casadas (os), 21 (58,3%) son convivientes 1 (2,8%) son divorciados o viudos.

Tabla 05

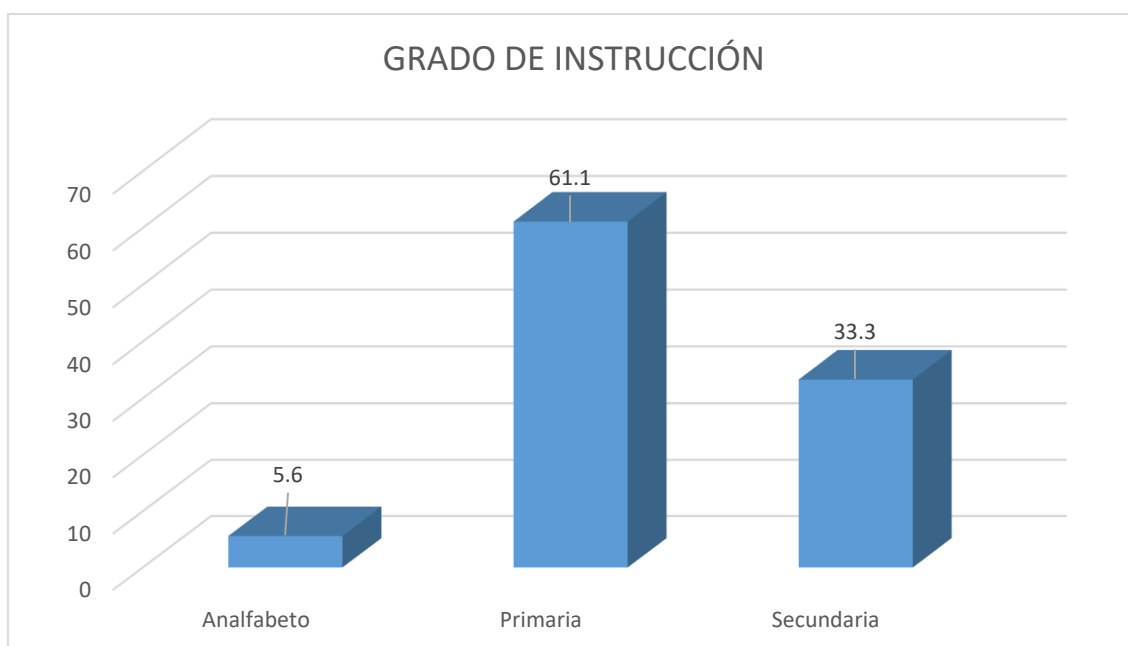
Grado de instrucción de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeto	2	5,6	5,6	5,6
Primaria	22	61,1	61,1	66,7
Secundaria	12	33,3	33,3	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 04

Grado de instrucción de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 05

Análisis

Los resultados especificados en la tabla 05 y figura 04 de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua

Blanca indican que su grado de instrucción es de 2 (5,6%) es analfabeto, 22 (61,1%) tienen educación primaria y 12 (33,3%) tienen educación secundaria.

Tabla 06

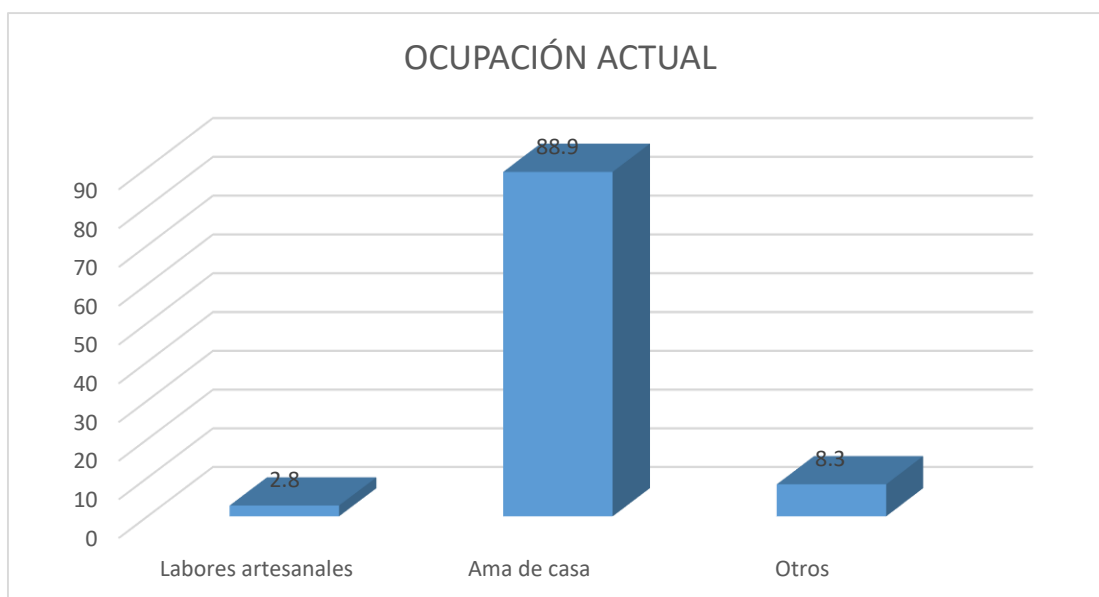
Ocupación actual de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

OCUPACIÓN ACTUAL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Labores artesanales	1	2,8	2.8	2,8
Ama de casa	32	88,9	88.9	91,7
Otros	3	8,3	8.3	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 05

Ocupación actual de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 06

Análisis

Los datos expuestos en la tabla 06 y figura 05, resalta que su ocupación actual de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en

el Puesto de Salud Agua Blanca de 1 (2,8%) son las labores artesanales, de 32 (88,9%) ama de casa y 3 (8,3%) se dedican a otras actividades.

Tabla 07

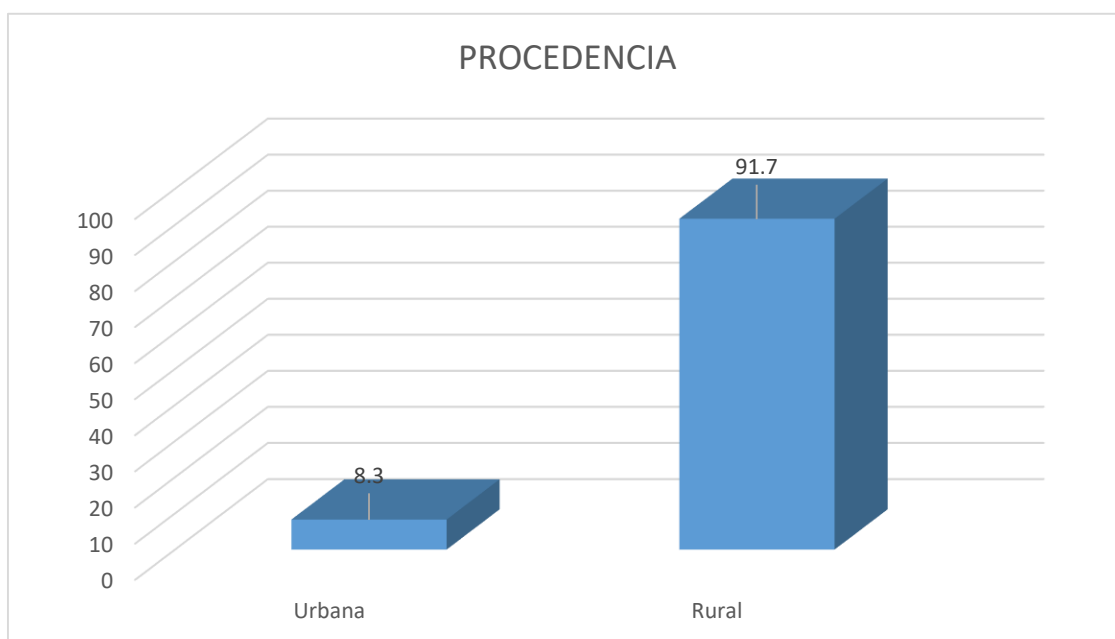
Procedencia de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Urbana	3	8,3	8,3	8,3
Rural	33	91,7	91,7	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 06

Procedencia de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 07

Análisis

Los resultados expuestos en la tabla 07 y figura 06 indica que 3 (8,3%) de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el

Puesto de Salud Agua Blanca proceden de la zona urbana y 33 (91,7%) provienen de la zona rural.

Tabla 08

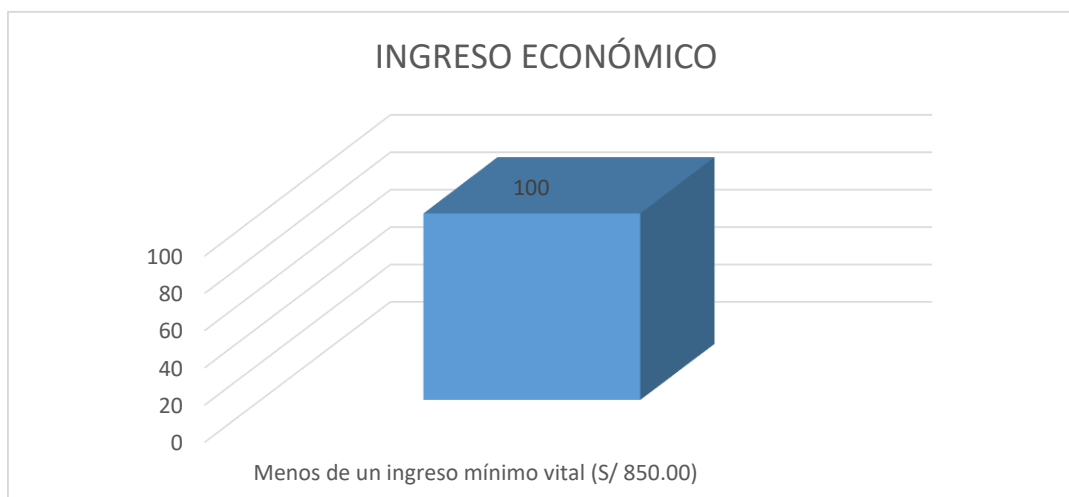
Ingresos económicos de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

INGRESO ECONÓMICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de un ingreso mínimo vital (S/ 850.00)	36	100,0	100	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 07

Ingresos económicos de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 08

Análisis

Los resultados establecidos en la tabla 08 y figura 07 indican que los 36 (100%) de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca, sus ingresos económicos son menores al mínimo vital (S/ 850,00) demostrando que no cubren la demanda de la canasta familiar.

Tabla 09

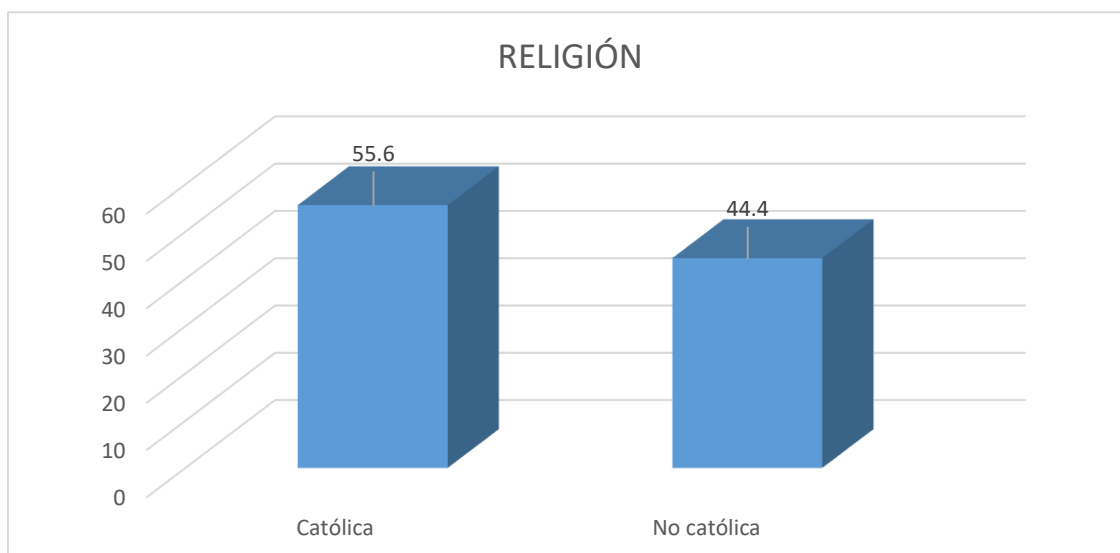
Religión de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Católica	20	55,6	55.6	55,6
No católica	16	44,4	44.4	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 08

Religión de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 09

Análisis

En cuanto a los datos indicados en la tabla 09 y figura 08 se tiene que 20 (55,6%) de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca profesan la religión católica, mientras que 16 (44,4%) profesan otra religión.

Tabla 10

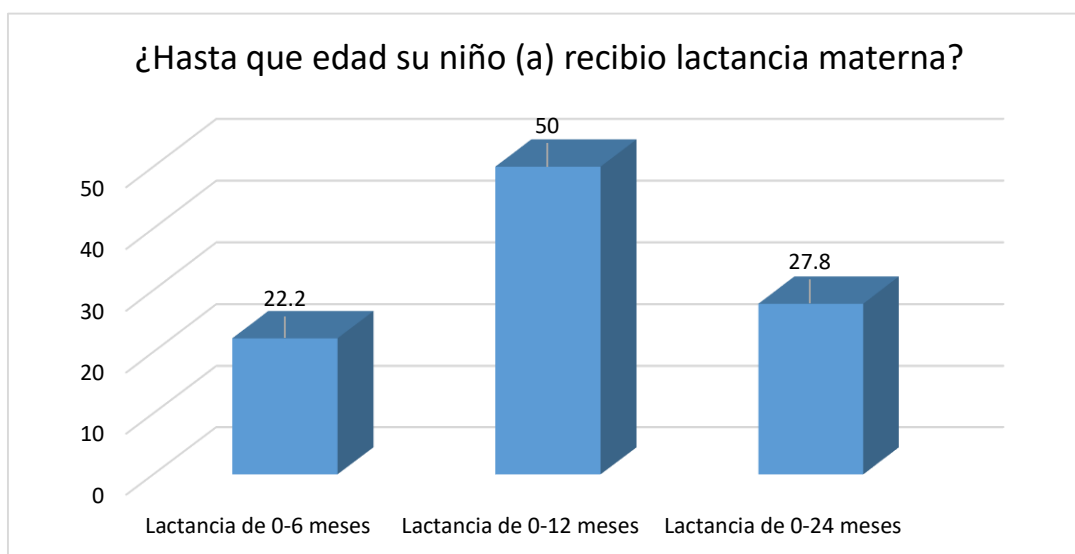
Lactancia materna por edad recibida por los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

¿Hasta qué edad su niño (a) recibió lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lactancia de 0-6 meses	8	22,2	22,2	22,2
Lactancia de 0-12 meses	18	50,0	50	72,2
Lactancia de 0-24 meses	10	27,8	27,8	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 09

Lactancia materna por edad recibida por los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 10

Análisis

En los datos expuestos en la tabla 10 y figura 09 se tiene que 8 (22,2%) de niños reciben lactancia entre los 0 y 6 meses, 18 (50%) de niños reciben lactancia entre 0 y 12 meses, mientras que 10 (27,8%) reciben lactancia de 0 a 24 meses, los resultados demuestran que de la mayor cantidad de niños su lactancia es de 0 a 12 meses en un 50%.

Tabla 11

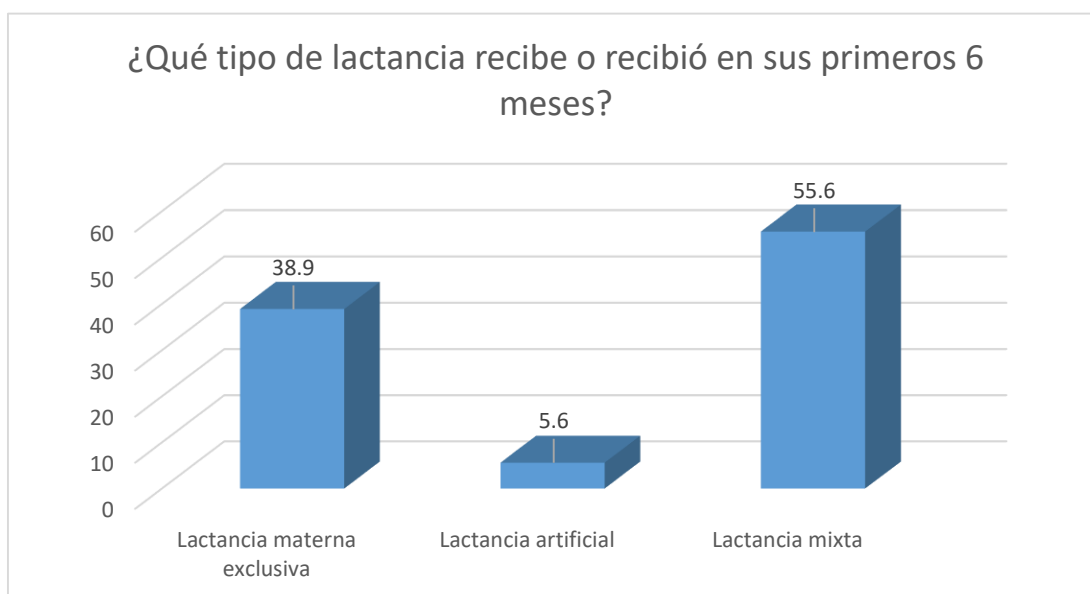
Tipo de lactancia materna que reciben los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

¿Qué tipo de lactancia recibe o recibió en sus primeros 6 meses?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lactancia materna exclusiva	14	38,9	38,9	38,9
Lactancia artificial	2	5,6	5,6	44,4
Lactancia mixta	20	55,6	55,6	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 10

Tipo de lactancia materna que reciben los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 11

Análisis

Los datos presentados en la tabla 11 y figura 10 resaltan que 14 (38,9%) de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca reciben lactancia materna exclusiva, 2 (5,6%) lactancia artificial y 20 (55,6%) lactancia mixta, los resultados demuestran que la lactancia materna va acompañada de lactancia artificial en la mayoría de los niños (as)

Tabla 12

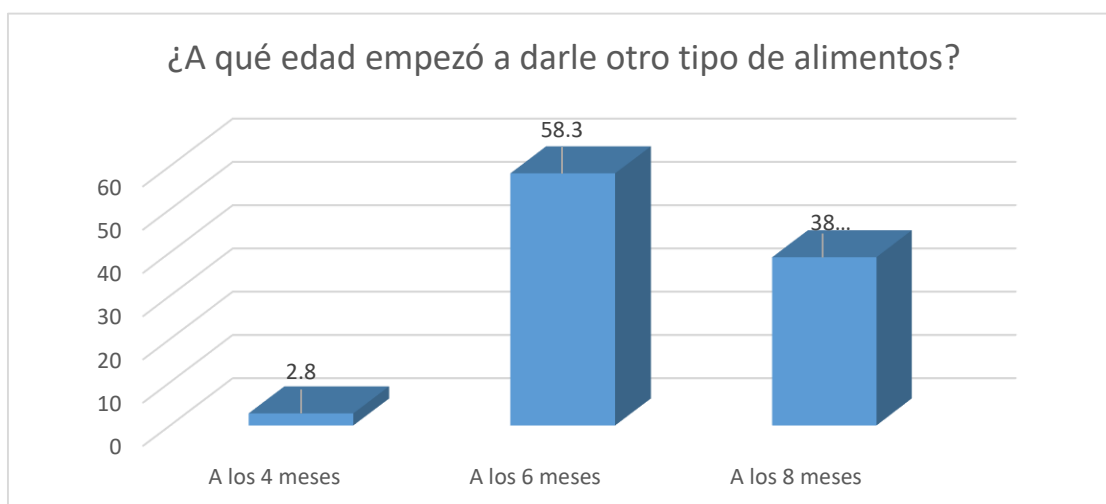
Edad en la que empezó a darle otro tipo de alimentos a los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

¿A qué edad empezó a darle otro tipo de alimentos?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A los 4 meses	1	2,8	2.8	2,8
A los 6 meses	21	58,3	58.3	61,1
A los 8 meses	14	38,9	38.9	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 11

Edad en la que empezó a darle otro tipo de alimentos a los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 12

Análisis

Los resultados establecidos en la tabla 12 y figura 11 demuestran que los datos obtenidos de las madres y padres de familia de los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca, 1 (2,8%) responde que empezaron a darle otro tipo de alimentos a sus niños a los 4 meses, 21 (58,3%) responden que lo hacen a partir de los 6 meses y 14 (38,9) indican que lo hacen a los 8 meses.

Tabla 13

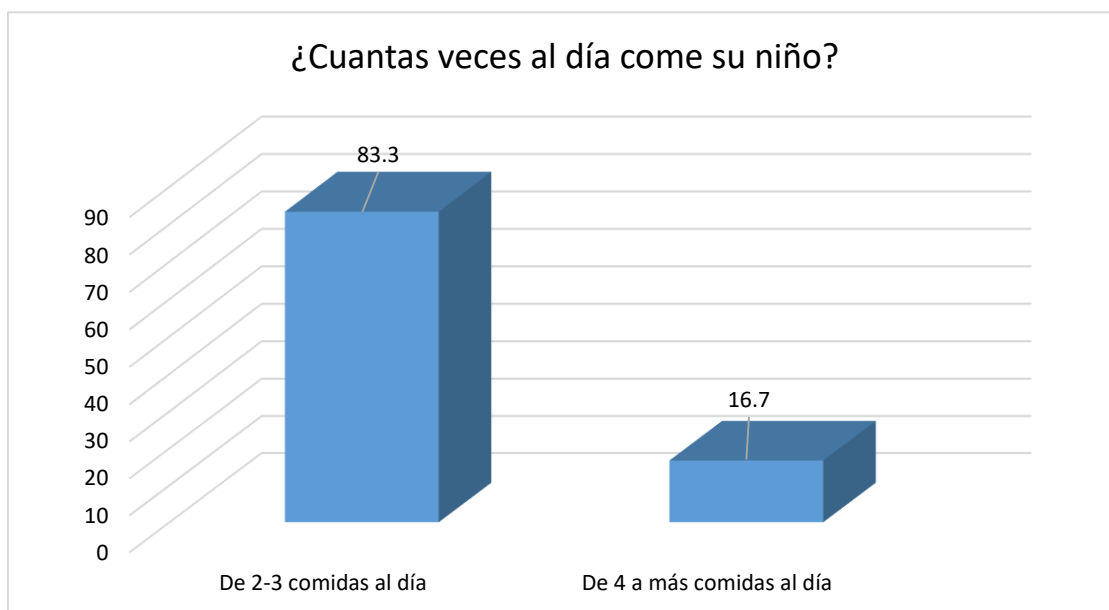
Número de veces al día que comen los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca

¿Cuántas veces al día come su niño?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De 2-3 comidas al día	30	83,3	83,3	83,3
De 4 a más comidas al día	6	16,7	16,7	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 12

Número de veces al día que comen los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca



Fuente: Tabla 13

Análisis

En cuanto al número de veces al día que comen los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca, los resultados establecidos en la tabla 13 y figura 12 resaltan que 30 (83,3%) de niños comen de 2 a 3 veces al día y 6 (16,7%) lo hacen de 4 a más comidas al día.

Tabla 14

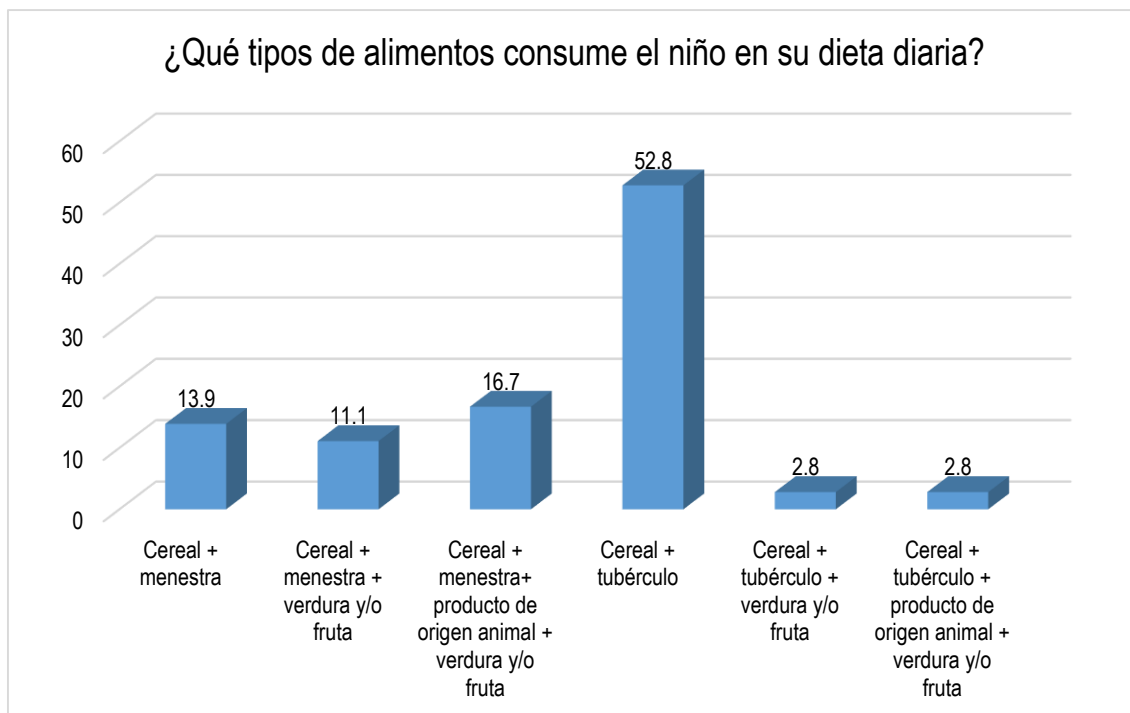
Tipos de alimentos que consumen los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca en su dieta diaria

¿Qué tipos de alimentos consume el niño en su dieta diaria?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cereal + menestra	5	13,9	13,9	13,9
Cereal + menestra + verdura y/o fruta	4	11,1	11,1	25,0
Cereal + menestra+ producto de origen animal + verdura y/o fruta	6	16,7	16,7	41,7
Cereal + tubérculo	19	52,8	52,8	94,4
Cereal + tubérculo + verdura y/o fruta	1	2,8	2,8	97,2
Cereal + tubérculo + producto de origen animal + verdura y/o fruta	1	2,8	2,8	100,0
Total	36	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario aplicado a madres y padres de familia

Figura 13

Tipos de alimentos que consumen los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca en su dieta diaria



Fuente: Tabla 14

Análisis

Los datos expuestos en la tabla 14 y figura 13 de muestran que los tipos de alimentos que consumen los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca en su dieta diaria, de 5 (13,9%) de niños es cereal + menestra, de 4 (11,1%) es cereal + menestra + verdura y/o fruta, de 6 (16,7%) es cereal + menestra+ producto de origen animal + verdura y/o fruta, de 19 (52,8%) es cereal + tubérculo, de 1 (2,8%) es cereal + tubérculo + verdura y/o fruta y de 1 (2,8%) es cereal + tubérculo + producto de origen animal + verdura y/o fruta

Prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018

Tabla 15

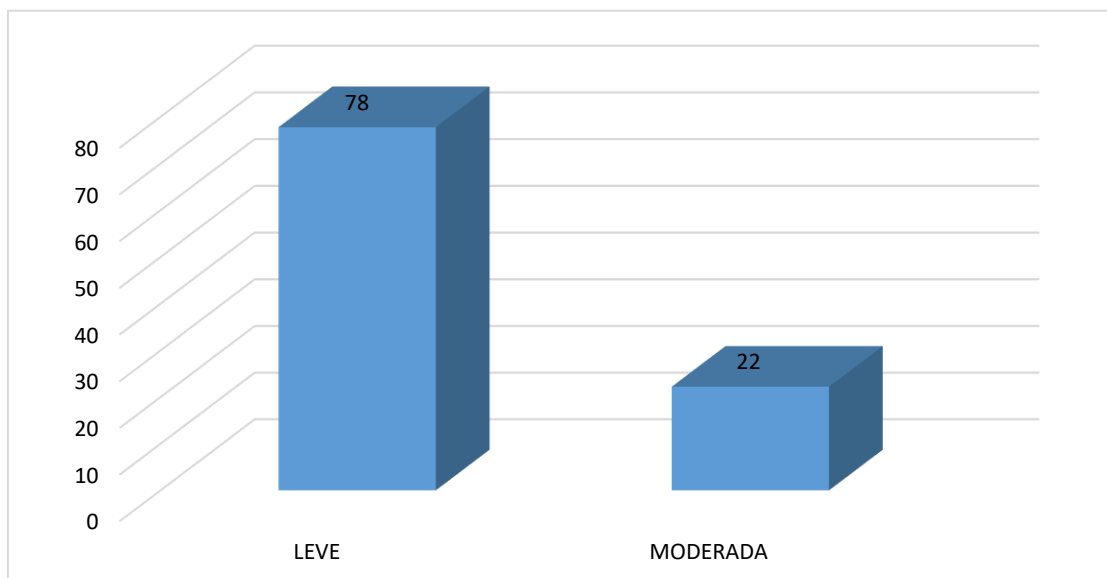
Tipo de Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018

TIPO DE ANEMIA	fi	%
LEVE	28	78
MODERADA	8	22
TOTAL	36	100

Fuente: Ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina de los niños menores de tres años con diagnóstico de anemia ferropénica.

Figura 14

Tipo de Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018



Fuente: tabla 15

Análisis

Los datos estadísticos obtenidos de la ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina de los niños menores de tres años con diagnóstico de anemia ferropénica indican que 28 (78%) de los niños (as) presentan anemia leve y 8 (22%) de los niños (as) presentan anemia moderada, los resultados demuestran que el índice de hemoglobina en el caso de la anemia leve se encuentra entre 10.0 -10.9 gramos por decilitro de sangre, el cual indica que existe carencia de hierro y demanda del consumo de alimentos que contengan este mineral para recuperar el nivel de salud óptima. Los resultados demuestran que Los factores socioculturales influyen significativamente en la prevalencia de anemia.

Tabla 16

Relación entre la edad del niño que recibió lactancia materna y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018

		Resumen del procesamiento de los casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
¿Hasta qué edad su niño (a) recibió lactancia materna? * Tipo de Anemia Ferropénica		36	100,0%	0	,0%	36	100,0%

Recuento		Tabla de contingencia edad del niño (a) que recibió lactancia materna * Tipo de Anemia Ferropénica											Total	
		Tipo de Anemia Ferropénica												
		9,0	9,3	9,6	9,9	10,0	10,2	10,3	10,4	10,5	10,6	10,7	10,9	
¿Hasta qué edad su niño (a) recibió lactancia materna?	Lactancia de 0-6 meses	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	1	1	8
	Lactancia de 0-12 meses	2	1	1	1	2	1	6	2	0	1	1	0	18
	Lactancia de 0-24 meses	2	0	0	0	0	0	4	2	1	0	1	0	10
Total		4	1	1	2	4	1	11	4	2	2	3	1	36

Fuente: cuestionario y ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina

Análisis

Los datos estadísticos mostrados en la tabla 16 indican que al establecer la relación entre la edad del niño que recibió lactancia materna y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018, se tiene que 8 niños recibieron lactancia materna hasta los 6 meses de los cuales 1 presentan anemia moderada y 7 anemia leve, 18 niños recibieron lactancia materna hasta los 12 meses de los cuales 5 presentan anemia moderada y 13 presentan anemia leve y 10 niños recibieron lactancia materna hasta los 24 meses de los cuales 2 presentan anemia moderada y 8 anemia leve los resultados demuestran que el índice de hemoglobina en el caso de la anemia leve se encuentra entre 10.0 -10.9 gramos por decilitro de sangre. Esto demuestra que Los factores socioculturales influyen significativamente en la prevalencia de anemia.

Tabla 17

Relación entre tipo de lactancia que recibe o recibió en sus primeros 6 meses y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018

Resumen del procesamiento de los casos						
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
¿Qué tipo de lactancia recibe o recibió en sus primeros 6 meses? * Tipo de Anemia Ferropénica	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%

Tabla de contingencia del tipo de lactancia que recibe o recibió en sus primeros 6 meses * Tipo de Anemia Ferropénica

Recuento		Tipo de Anemia Ferropénica											Total	
		9,0	9,3	9,6	9,9	10,0	10,2	10,3	10,4	10,5	10,6	10,7		10,9
¿Qué tipo de lactancia recibe o recibió en sus primeros 6 meses?	Lactancia materna exclusiva	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	0	14
	Lactancia artificial	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	Lactancia Mixta	3	0	0	0	3	0	7	2	1	1	2	1	20
Total		4	1	1	2	4	1	11	4	2	2	3	1	36

Fuente: cuestionario y ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina

Análisis

Los datos estadísticos mostrados en la tabla 17 indican que al establecer la relación entre el tipo de lactancia que recibe o recibió en sus primeros 6 meses y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018, 14 niños recibieron lactancia materna exclusiva de los cuales 4 presentan anemia moderada y 10 anemia leve, 2 niños recibieron lactancia materna artificial de los cuales 1 presenta anemia moderada y 1 presenta anemia leve, 20 recibieron lactancia mixta de los cuales 3 presentan anemia moderada y 17 presentan anemia leve. Los resultados demuestran que Los factores socioculturales influyen significativamente en la prevalencia de anemia.

Tabla 18

Relación entre la edad que empezó a darle otro tipo de alimentos y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018

Resumen del procesamiento de los casos						
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
¿A qué edad empezó a darle otro tipo de alimentos? *	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%
Tipo de Anemia Ferropénica						

Tabla de contingencia entre la edad que empezó a darle otro tipo de alimentos * Tipo de Anemia Ferropénica

Recuento		Tipo de Anemia Ferropénica											Total	
		9,0	9,3	9,6	9,9	10,0	10,2	10,3	10,4	10,5	10,6	10,7		10,9
A qué edad empezó a darle otro tipo de alimentos?	A los 4 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	A los 6 meses	4	1	1	2	3	1	5	1	0	1	1	1	21
	A los 8 meses	0	0	0	0	1	0	6	3	2	0	2	0	14
Total		4	1	1	2	4	1	11	4	2	2	3	1	36

Fuente: cuestionario y ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina

Análisis

Los datos estadísticos mostrados en la tabla 18 indican que al establecer la relación entre la edad que empezó a darle otro tipo de alimentos y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018, 1 niño empezó a recibir otros alimentos a los 4 meses y ese presenta anemia leve, 21 empezaron a recibir otro tipo de alimento a partir de los 6 meses de los cuales 8 presentan anemia moderada y 13 anemia leve, 14 niños empezaron a recibir otro tipo de alimento a partir de los 8 meses de los cuales 14 tiene anemia leve. Los resultados demuestran que los factores socioculturales influyen significativamente en la prevalencia de anemia.

Tabla 19

Relación entre el número de veces al día que come el niño y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018

		Resumen del procesamiento de los casos												
		Casos												
		Válidos		Perdidos		Total								
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje							
¿Cuántas veces al día come su niño? * Tipo de Anemia Ferropénica		36	100,0%	0	,0%	36	100,0%							
		Tabla de contingencia ¿Cuántas veces al día come su niño? * Tipo de Anemia Ferropénica												
Recuento		Tipo de Anemia Ferropénica											Total	
		9,0	9,3	9,6	9,9	10,0	10,2	10,3	10,4	10,5	10,6	10,7	10,9	
¿Cuántas veces al día come su niño?	De 2-3 comidas al día	3	0	1	2	4	1	10	3	1	2	2	1	30
	De 4 a más comidas al día	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	6
	Total	4	1	1	2	4	1	11	4	2	2	3	1	36

Fuente: cuestionario y ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina

Análisis

Los datos estadísticos mostrados en la tabla 19 indican que al establecer la relación entre el número de veces al día que come el niño y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018, se tiene que 30 niños comen de 2 a 3 veces al día y de ellos 6 presentan anemia moderada y 24 anemia leve, así mismo 6 niños come de 4 a más comidas de los cuales 2 presenta anemia moderada y 4 presentan anemia leve. Los resultados demuestran que Los factores socioculturales influyen significativamente en la prevalencia de anemia.

Tabla 20

Relación entre los tipos de alimentos que consume el niño en su dieta diaria y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
¿Qué tipos de alimentos consume el niño en su dieta diaria? * Tipo de Anemia Ferropénica	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%

Tabla de contingencia de tipos de alimentos consume el niño en su dieta diaria * Tipo de Anemia Ferropénica

Recuento		Tipo de Anemia Ferropénica											Total	
		9,0	9,3	9,6	9,9	10,0	10,2	10,3	10,4	10,5	10,6	10,7		10,9
¿Qué tipos de alimentos consume el niño en su dieta diaria?	Cereal + menestra	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	5
	Cereal + menestra + verdura y/o fruta	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	4
	Cereal + menestra + productos de origen animal + verdura y/o fruta	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	6
	Cereal + tubérculo	3	1	0	2	1	0	8	2	1	0	1	0	19
	Cereal + tubérculo + verdura y/o fruta	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Cereal + tubérculo + producto de origen animal + verdura y/o fruta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total		4	1	1	2	4	1	11	4	2	2	3	1	36

Fuente: cuestionario y ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina

Análisis

Los datos estadísticos mostrados en la tabla 20 indican que al establecer la relación entre los tipos de alimentos que consume el niño en su dieta diaria y Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018, se tiene que 5 niños consume cereal + menestra de los cuales 1 presenta anemia moderada y 4 anemia leve, 4 niños consumen cereal + menestra + verdura y/o fruta de los cuales los 4 presentan anemia leve, 6 consumen cereal + menestra + producto de origen animal + verdura y/o fruta de los cuales los 6 presentan anemia leve, 19 consume cereal + tubérculo de los cuales 7 presentan anemia moderada y 12 presentan anemia leve, 1 consume cereal + tubérculo + verdura y/o fruta y ese presenta anemia leve, y 1 consume cereal + tubérculo + producto de origen animal + verdura y/o fruta y ese presenta anemia leve. Los resultados demuestran que Los factores socioculturales influyen significativamente en la prevalencia de anemia.

IV. DISCUSIÓN

Los resultados establecidos en la tabla 02 indican que la cantidad de madres o padres de familia de los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud de agua blanca está en la edad de 30 a 39 años con el 50%, seguido por la edad de 20 a 29 años con el 25%, luego de 14 a 19 años con el 19,4% y los de 40 a 45 años en un 5,6%, por lo que demanda de una atención sistemática según los planteamientos de Barnard (1979) quien resalta que madre-niño/hijo está influenciado por las características de cada uno de los miembros. Estos se pueden modificar para satisfacer las necesidades del sistema mediante la adaptación del comportamiento, según el grado de madurez. Así tenemos que mientras más joven sean los padres menos experiencia, en el estudio se evidencia un porcentaje elevado de padres y madres entre 30 y 39 años esto posiblemente se deba a que es una edad en donde los padres han alcanzado una madures y conforman un hogar

Los resultados expuestos en la tabla 03 indican que el estado civil de 3 (8,3%) de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en

el Puesto de Salud Agua Blanca son solteros (as), 10 (27,8%) son casadas (os), 21 (58,3%) son convivientes 1 (2,8%) son divorciados o viudos, los cuales implica que hay un porcentaje de madres solteras quienes se dedican a múltiples actividades descuidando la atención que demanda sus niños (as), tal como resalta Calderón (2014) al mencionar que una de las acciones que favorece el desarrollo de la anemia en los niños menores de edad es la falta de cuidado y alimentación inadecuada debido que sus madres lo abandonan por motivos de trabajo.

En cuanto al grado de instrucción se tienen que 2 (5,6%) de madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca son analfabetos, 22 (61,1%) tienen educación primaria y 12 (33,3%) tienen educación secundaria. Los resultados indican que el grado de instrucción de las madres y padres de familia no ayuda a darle una buena nutrición a sus niños ya que lejos de optar por alimentos nutritivos, obtén por adquirir alimentos que no tienen las proteínas necesarias para prevenir la anemia, tal como lo resalta la Organización Mundial de la Salud (OMS) al indicar que una de las causas de la anemia en niños menores de edad es la educación de los padres que desconocen la dieta alimenticia que necesitan sus niños (as).

En cuanto a la ocupación de las madres y padres de familia 1 (2,8%), se dedican a labores artesanales, 32 (88,9%) son ama de casa y 3 (8,3%) se dedican a otras actividades. Los resultados indican que si bien es cierto la ocupación de las madres es ama de casa, no se dedican a tiempo completo al cuidado de sus niños, razón que se demuestra con la anemia leve que presentan los niños (as) y que efectivamente se debe a los malos hábitos alimentarios, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud al resaltar que los hábitos alimenticios heredados por las diversas culturas implica abusar del consumo de alimentos, que necesariamente no cuenta con los nutrientes debidos y que demanda el cuerpo humano, así también las madres no solo están al cuidado del niño sino que también tienen que atender otras labores del hogar.

Los resultados referentes a la procedencia de las madres y/o padres de familia indican que 3 (8,3%) proceden de la zona urbana y 33 (91,7%) provienen de la zona rural. Los datos demuestran que por ser de la zona rural en su mayoría las

madres de familia tienen un mayor desconocimiento en cuanto a la preparación de los alimentos de los niños (as), acción que se refleja en la anemia leve que presentan los Niños (as), esto indica que el personal de salud debe instruir a las madres de familia que se atienden en el Puesto de Salud Agua Blanca, tal como lo señala Bornás y Cols (2007) al indicar que los habitantes de la zona rural presentan un menor número de energía y calorías en la ingesta de minerales y cereales y leguminosas, debido a que su dieta está basada en alimentos pobres en hierro y proteínas necesarias para la prevención de la anemia.

En cuanto a los ingresos económicos de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca, 36 (100%) indican que sus ingresos económicos son menores al mínimo vital (S/ 850,00) demostrando que no cubren la demanda de la canasta familiar. Estos datos colaboran para establecer la anemia leve que padecen los niños (as) que se atienden en el referido centro de salud, ya que no alcanzan a cubrir la demanda de la canasta familiar y tener una buena alimentación en concordancia con los planteamientos de la OMS, indicando que ese ingreso económico no solo está destinado para alimentación sino también para cubrir otras necesidades en el hogar pasan de esta manera a segundo plano la alimentación de los niños menores de 36 meses.

Por su parte los resultados referidos a la religión indica que 20 (55,6%) de las madres y padres de familia de niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca profesan la religión católica, mientras que 16 (44,4%) profesan la religión protestante, demostrando que los niños y niñas cuyos padres profesan la religión protestante son los más propensos a tener anemia puesto que hay un limitante en el consumo de algunas carnes, según creencia, tal como lo resalta Fishler al mencionar que las religiones siempre prohíben y restringen el consumo de algunos alimentos y bebidas dentro de ellos los que provienen de origen animal como la sangrecita e hígado privando así al niño una fuente esencial de hierro que es determinante para que el niño padezca anemia o no.

En cuanto a la lactancia que reciben los niños se tiene que 8 (22,2%) reciben lactancia entre los 0 y 6 meses, 18 (50%) de niños reciben lactancia entre 0 y 12

meses, mientras que 10 (27,8%) reciben lactancia de 0 a 24 meses, los resultados demuestran que de la mayor cantidad de niños su lactancia es de 0 a 12 meses en un 50%, los resultados indican que la lactancia es una forma de facilitar el alimento ideal para el desarrollo y crecimiento de los niños así como previene la anemia en concordancia con Calderón (2014) mientras sea exclusiva hasta los 6 meses y continuada hasta ,los 24 meses pero combinada de manera adecuada con las tipo y frecuencia de alimentación del niño no siendo así ya que las madres indican que el niño recibe lactancia materna pero de manera inadecuada ya que este solo lacta mas no come lo que afecta y contribuye significativamente a que el niño padezca de anemia ya que su aporte de nutrientes es mínimo.

En cuanto a la lactancia que reciben los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 14 (38,9%) tienen lactancia materna exclusiva, 2 (5,6%) lactancia artificial y 20 (55,6%) lactancia mixta, los resultados demuestran que la lactancia materna va acompañada de lactancia artificial en la mayoría de los niños (as), en tal sentido la OMS resalta que la lactancia materna exclusiva es la que se basa solo en la leche materna en un periodo de 6 meses, mientras que la mixta está condicionada a la utilización de otras leches como la de tarro y de vaca y la mixta tanto la materna y la artificial, conociendo que las leches artificiales o las de formula no contienen el requerimiento ideal de hierro.

En cuanto a los tipos de alimentos que reciben los niños (as) menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca, 1 (2,8%) responde que empezaron a darle otro tipo de alimentos a sus niños a los 4 meses, 21 (58,3%) responden que lo hacen a los 6 meses y 14 (38,9) indican que lo hacen a los 8 meses. Los resultados demuestran que no se inician oportunamente en contraste con los planteamientos de la OMS al resaltar que el momento oportuno para iniciar la alimentación complementaria es a los 6 meses de edad, “es cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica y es cuando el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada; directamente relacionado con el tipo de alimento que brinda al niño”⁷.

En cuanto al número de veces al día que comen los niños menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca, los resultados resaltan que 30 (83,3%) de niños comen de 2 a 3 veces al día y 6 (16,7%) lo hacen de 4 a más comidas al día. En consecuencia, los datos demuestran que no se cumplen las indicaciones hechas por Quezada (2014) al indicar que “se debe alimentar al bebe de 4 a 5 veces al día. Durante los procesos infecciosos incrementar la frecuencia de las comidas (6 a 8 veces). Con respecto a la cantidad que se ofrece al bebe, esta debe aumentar conforme crece: entre 7 y 8 meses debe comer casi media tasa, entre 9 y 12 meses aprox. 1 tasa llena, estando relacionado con la calidad de alimento que come el niño siendo su ingesta pobre en proteínas y abundantes en carbohidratos”⁶.

Los datos estadísticos obtenidos de la ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina de los niños menores de tres años con diagnóstico de anemia ferropénica indican que 28 (78%) de los niños (as) presentan anemia leve y 8 (22%) de los niños (as) presentan anemia moderada, los resultados demuestran que el índice de hemoglobina en el caso de la anemia leve se encuentra entre 10.0 -10.9 gramos por decilitro de sangre, el cual indica que existe carencia de hierro y demanda del consumo de alimentos ricos y contengan este mineral para recuperar el nivel de salud óptima, tal como lo establece la OMS, así también la anemia leve es la que se presenta con mayor prevalencia como se evidencia tras los resultados obtenidos.

Los datos estadísticos mostrados en cada tabla indican que al establecer la relación entre cada uno de los factores y la Anemia Ferropénica que presentan los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018, indican que influyen significativamente en la prevalencia de anemia 8 niños presentan anemia moderada y 28 anemia leve, los resultados demuestran que el índice de hemoglobina en el caso de la anemia leve se encuentra entre 10.0 -10.9 gramos por decilitro de sangre, el cual indica que existe carencia de hierro y demanda del consumo de alimentos ricos y contengan este mineral para recuperar el nivel de salud óptima, tal como lo plantea Campos y Huatay (2012) al indicar que “en general los niveles de hemoglobina son altos en los recién nacidos, disminuyen en las primeras 6 a 8 semanas de vida, suben

lentamente hasta la adolescencia donde ya se alcanzan los niveles de los adultos. Las mujeres tienen un nivel de hemoglobina más bajo que los hombres, y a mas altitud los niveles de hemoglobina - hematocrito son más altos”¹.

V. CONCLUSIONES

1. Se determina que los principales factores socioculturales de los niños y niñas menores de 36 meses atendidos en el Puesto de Salud Agua Blanca 2018, son la ocupación ama de casa 32 (88.9), procedencia urbana 3 (8.3%) rural 33 (91,7%) la religión católica 29 (55.6) no católica 16 (44.4%) ingreso económico menos de un mínimo vital 36 (100%) el tipo de lactancia mixta 20 (55.6%) exclusiva 14 (38.9%) y el tipo de alimento que el niño consumió cereal + tubérculo 19 (52.8%) que repercuten el desconocimiento del valor proteico de los alimentos que consumen los niños.
2. Los datos estadísticos obtenidos de la ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina de los niños menores de tres años con diagnóstico de anemia ferropénica indican que 28 (78%) de los niños (as) presentan anemia leve y 8 (22%) de los niños (as) presentan anemia moderada.
3. Contrastar los resultados obtenidos para determinar la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de anemia ferropénica indican que 28 (78%) de los niños (as) presentan anemia leve y 8 (22%) de los niños (as) presentan anemia moderada, demostrando que el índice de hemoglobina en el caso de la anemia leve se encuentra entre 10.0 -10.9 gramos por decilitro de sangre, que dentro de los factores socioculturales que influyen significativamente en la prevalencia de anemia se encuentran el estado civil conviviente 21 (58.3%) soltero 3 (8.3%), la ocupación ama de casa 32 (88.9), procedencia urbana 3 (8.3%) rural 33 (91,7%) la religión católica 29(55.6) no católica 16 (44.4%) ingreso económico menos de un mínimo vital 36 (100%) el tipo de lactancia mixta 20(55.6%) exclusiva (38.9%) y el tipo de alimento que el niño consumió cereal + tubérculo 19 (52.8%).

VI. RECOMENDACIONES

1. A los responsables de los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, tomar como referencia los resultados encontrados para inducir al personal de los diversos Centros de Salud, trabajar con las madres y padres de familia en la orientación de los diversos factores que contribuyen al desarrollo de la anemia y revertir los resultados.
2. A los trabajadores del Puesto de Salud Agua Blanca trabajar con los padres y madres de familia en la orientación de la práctica de la lactancia materna y preparación de alimentos rico en proteínas según la demanda de las necesidades de los niños (as) para prevenir la anemia.
3. Al Director de la DISA implementar talleres de capacitación con el personal de salud de los diversos centros y puestos de salud para inducir a las madres y padres de familia a tomar conciencia del peligro que corren sus niños y niñas al no tener una lactancia y alimentación adecuada.

VII.REFERENCIAS

1. Campos A. Huatay S. Factores socioeconómicos, culturales y la Anemia Ferropénica en niños menores de tres años centro de salud Otuzco 2012 [Tesis para optar el grado de grado académico de licenciadas en enfermería] Cajamarca Universidad Nacional de Cajamarca; 2013. Disponible en : <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/272/T%20306.8743%20C355%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Calderón R. Anemia en el menor de tres años y factores sociodemográficos de la familia Centro de Salud. Baños del Inca 2014 [Tesis para optar el grado de grado académico de licenciada en enfermería] Cajamarca Universidad Nacional de Cajamarca; 2014. Disponible en : <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/272/T%20306.8743%20C355%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Puma L. Quispe T. Efecto del programa de Educación Alimentaria Nutricional Sobre la Anemia ferropénica en niños menores de 36 meses y los conocimientos y prácticas Alimentarias de las Madres del programa vaso de Leche del distrito de Cayma Arequipa 2016 [Tesis para optar el grado académico de Licenciadas en Nutrición Humana] Arequipa Universidad nacional de San Agustín disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/272/T%20306.8743%20C355%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Junco J. identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos Ayacucho [Tesis para optar el grado académico de Magister en Gerencia Social] Lima 2015 Pontífice Universidad Católica del Perú disponible en <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6650/.pdf?sequence=1>
5. Paranco C. Efecto de las Practicas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses del puesto de salud Villa Socca Acora Diciembre 2014 Mayo 2015 [Tesis para optar el grado académico de Licenciada en Nutrición Humana] Puno Universidad Nacional del Altiplano disponible en:

<http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2457/.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

6. Quezada E. factores de Riesgo asociados a la Anemia ferropénica en niños menores de un año centro de salud Callao 2014 [Tesis para optar el grado académico de Licenciada en Enfermería] Lima universidad San Martín de Porras disponible en : <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2432/3/.pdf>
7. Alomar M. Factores de riesgo para anemia ferropénica en niños de 6 a 36 meses de edad en un centro de salud de la ciudad de Rosario 2008 [Tesis para optar el título de médico] Argentina disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC081602.pdf>
8. Sánchez A. Resultados de los Indicadores de Salud Materno Neonatal, Infantil y Articulado Nutricional de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016. INEI [publicación periódica en línea] 2017. Marzo 03. [Citado: 2014 Abril 18]; 1(1) : (10 pp.). disponible en <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-131-de-menores-de-cinco-anos-disminuyendo-en-13-puntos-porcentuales-en-el-ultimo-ano-9599/>
9. Anemia según OMS [publicación periódica en línea] 2016. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es.
10. Anemia ferropénica, según INEI. Publimetro.pe [publicación periódica en línea] 2016. Marzo 06. [Citado: 2016 Marzo 18]. Disponible <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-infantil-en-ninas-y-ninos-menores-de-cinco-anos-disminuyo-en-31-puntos-porcentuales-8963/>
11. Ingreso familiar según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016. INEI [publicación periódica en línea] 2017. Marzo 03. disponible en <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/ingreso-familiar-porcentuales-en-el-ultimo-ano-9599/>.
12. Wesley R. Teorías y Modelos de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana. México 1997.
13. Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. Mosby Doyma Madrid 1994.

14. Corrales M. Fernández M. Grijalvo U. Aplicación de la mirada antropológica en la disciplina de Enfermería. Index de Enfermería Granada 2003.
15. Moreno P. Una Mirada Antropológica del Cuidado de Paciente Inmigrante biblioteca de casos Fundación Index 2005.
16. Potter P. Perry A. Fundamentos de Enfermería. Mosby Doyma Libros s.a. 1996.
17. Gonzales G. Mothers Hemoglobin in perinatal and mother health en the highlands: ilplications y the Andean Region.Revista Peruana de Medicina Expoerimetal y de salud Publica 2012.
18. Mir N. Costello C. Luckit J. Lindley R. European Journal of Hematology 1998
19. Modell B. Darlison M. Global epidemiolgy of haemaglobin disorders and derived service indicators. Bulletin of the World Health Organización 2008.
20. MINSA. Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia en el país. Lima –Perú 2014.
21. MINSA. Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y Hierro en niños y niñas menores de 36 meses. Lima –Perú 2016.
22. MINSA. Promoción de prácticas y Entornos saludables para el cuidado Infantil. Lima- Perú 2011.
23. MINSA. Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición crónica infantil en el Perú 2017.2021. Lima-Perú 2017.
24. MINSA. Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina Mediante Hemoglobinometro Portátil. Lima -Perú 2013-
25. Booth IW, Aukett MA. Anemia por deficiencia de hierro en la infancia y la primera infancia. Arch Dis Child 1997; 76 (6): 549-54.
26. Sampieri R. Metodología de la Investigacion.5ª ed. México 2010.
27. <https://es.m.wikipedia.org/wiki/edad>.
28. <https://es.m.wikipedia.org/wiki/estadocivil>.
29. <https://definicion.de/procedencia/>.
30. www.eustat.eusdocumentos/opt_o/tema_395/elem_2376/definicion.html.
31. <https://conceptodefinicion.de/sexo/>.
32. <https://es.m.wikipedia.org/wiki/religion>.

33. www.jovenbebe.com/lactancia/tipos-lactancia-todo-sobre-la-lactancia-mixta/.

ANEXOS

ANEXO N° 1

**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

FORMATO REGISTRO

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA
PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES
DE 36 MESES ESTABLECIMIENTO DE SALUD AGUA BLANCA 2018**

INSTRUCCIONES. -El presente cuestionario tiene como finalidad recolectar información sobre los Factores Socioculturales de los niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia ferropénica. La información obtenida será de carácter confidencial y de utilidad únicamente para la investigación. Solicitamos a usted responder a las siguientes interrogantes marcando con un aspa la respuesta que considere conveniente. Le agradecemos de por anticipado su colaboración.

I. FACTORES SOCIOCULTURALES:

a) Edad:

- () 14 a 19 años
- () 20 a 29 años
- () 30 a 39 años
- () 40 a 45 años

b) Sexo

- () Femenino
- () Masculino

c) Estado civil

- () Soltero (a)
- () Casado (a)
- () Conviviente
- () Divorciado (a)
- () Viudo (a)

d) Grado de instrucción

- () Analfabeto

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- e) Ocupación actual**
 - Labores artesanales
 - Ama de casa
 - Otros Especificar.....
 - Desocupado
- f) Procedencia**
 - Urbana
 - Rural
- g) Ingreso económico**
 - Menos de un Ingreso mínimo Vital (S/.850.00)
 - Un ingreso mínimo vital (S/. 850.00)
 - Más de un ingreso mínimo vital.
- h) Religión**
 - Católica
 - No católica Especificar.....
- i) Hasta que edad su niño recibió lactancia materna**
 - Lactancia de 0-6 meses
 - Lactancia de 0-12 meses
 - Lactancia de 0-24 meses
- j) Qué tipo de lactancia recibe o recibió en sus primeros 6 meses**
 - Lactancia materna exclusiva
 - Lactancia Artificial
 - Lactancia Mixta
- k) A qué edad empezó a darle otro tipo de alimentos**
 - A los 4 meses
 - A los 6 meses
 - A los 8 meses
- l) Cuantas veces al día come su niño**
 - De 2-3 comidas al día
 - De 4 a más comidas al día

m) Qué tipo de alimentos consume el niño en su dieta diaria

- Cereal + menestra
- Cereal + menestra+ verdura y/o fruta
- Cereal + menestra+ producto de origen animal + verdura y/o fruta
- Cereal + tubérculo
- Cereal+ tubérculo + verdura y/o fruta
- Cereal +tubérculo + producto de origen animal + verdura y/o fruta

Gracias por su colaboración

ANEXO N° 2

Ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina de los niños menores de tres años con diagnóstico de anemia ferropénica

Nº	EDAD	SEXO	HEMOGLOBINA OBSERVADA	HEMOGLOBINA AJUSTADA	TIPO DE ANEMIA

ANEXO N° 3

Ficha de recopilación de datos de tamizaje de hemoglobina de los niños menores de tres años con diagnóstico de anemia ferropénica

Nº	EDAD	SEXO	HEMOGLOBINA OBSERVADA	HEMOGLOBINA AJUSTADA	TIPO DE ANEMIA
1	4 MESES	F	11.9	10	LEVE
2	5 MESES	F	12.3	10.6	LEVE
3	6 MESES	F	12.2	10.5	LEVE
4	6 MESES	M	12.4	10.7	LEVE
5	8 MESES	F	12	10.3	LEVE
6	9 MESES	F	12.2	10.5	LEVE
7	9 MESES	F	12.1	10.4	LEVE
8	9 MESES	F	11.3	9.6	MODERADA
9	10 MESES	F	11.6	9.9	MODERADA
10	11 MESES	M	12.3	10.6	LEVE
11	1 AÑO	M	12	10.3	LEVE
12	1 AÑO	F	10.7	9	MODERADA
13	1 AÑO	M	11	9.3	MODERADA
14	1 AÑO	M	12.4	10.3	LEVE
15	1 AÑO	M	12.1	10.4	LEVE
16	1 AÑO	F	12.2	10.3	LEVE
17	1 AÑO	M	12	10.4	LEVE
18	1 AÑO	F	11.1	9	MODERADA
19	1 AÑO	F	12	10.3	LEVE
20	1 AÑO	F	12	10.3	LEVE
21	1 AÑO	F	11.7	10.7	LEVE
22	1 AÑO	M	11.4	10.3	LEVE
23	2 AÑOS	M	12.1	10.4	LEVE
24	2 AÑOS	M	11.1	9.0	MODERADA
25	2 AÑOS	M	11,6	9.9	MODERADA
26	2 AÑOS	F	11.7	10	LEVE
27	2 AÑOS	M	12	10.3	LEVE
28	2 AÑOS	M	12	10.3	LEVE
29	2 AÑOS	F	12	10.3	LEVE
30	2 AÑOS	F	10.7	10	LEVE
31	2 AÑOS	M	10.7	10	LEVE
32	2 AÑOS	M	12.4	10.7	LEVE
33	2 AÑOS	F	12.1	10.3	LEVE
34	2 AÑOS	F	12.6	10.9	LEVE
35	2 AÑOS	M	11.1	9	MODERADA
36	2 AÑOS	M	11.9	10.2	LEVE

**ANEXO N° 4
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>¿Cómo influyen los Factores de riesgo en la prevalencia de Anemia ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses EE.SS Agua Blanca?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la influencia en los factores de riesgo en la prevalencia de anemia ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses EE.SS. agua blanca.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los principales factores de riesgo a través de una encuesta elaborada • Identificar el Tipo de Anemia ferropénica más prevalente en niños menores de 36 meses a través del tamizaje de anemia • Contrastar los resultados obtenidos para determinar la influencia de los factores de riesgo en la prevalencia de Anemia Ferropénica utilizando Las técnicas estadísticas Apropriadas. 	<p>AFIRMATIVA</p> <p>Los factores de riesgo influyen significativamente en la prevalencia de anemia</p> <p>NULA</p> <p>Los factores de riesgo no influyen en la prevalencia de anemia.</p> <p>ALTERNATIVA</p> <p>Los factores de riesgo influyen en la prevalencia de anemia</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Anemia ferropénica</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO</p> <p>El estudio es descriptivo</p> <p>DISEÑO DE ESTUDIO</p> <p>El estudio es de enfoque descriptivo simple.</p> <p>M \longrightarrow O_x O_y</p> <p>DONDE:</p> <p>M = Muestra</p> <p>O_x= Variable Independiente</p> <p>O_y= Variable Dependiente</p>



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Luis Manuel, SUCLUPE QUEVEDO Asesor del curso de Desarrollo del Trabajo de Investigación y revisor de la tesis de la estudiante Bachiller del Programa de Maestría de Gestión de los Servicios de la Salud Sede Chota: **Br. HERRERA SANCHEZ, Karina del Rocío**, titulada **Influencia de los Factores Socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca 2018**, constato que la misma tiene un índice de similitud de **15%**. Verificable en el reporte de originalidad del programa *Turnitin*.

El manuscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 07 de Agosto del 2018


.....
Dr. LUIS MANUEL SUCLUPE QUEVEDO
Docente asesor de tesis
DNI: 17401905

CAMPUS CHICLAYO
Carretera Pimentel km. 3.5.

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-08-2018 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo, Karina del Rocío Herrera Sánchez identificado con DNI N° 41576289 egresado de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo (x), No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado: "Influencia de los Factores Socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca 2018"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33
Fundamentación en caso de no autorización:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



FIRMA

DNI: 41576289

FECHA: 23 de Agosto del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------