

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**MODALIDAD DE TESIS**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA, EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD KISHUARA, ENERO A MARZO, 2017.”**

**Para optar el Título Profesional  
Licenciada en Enfermería**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. Enf. ELIZABETH GUIZADO ACOSTA**

**ASESOR:**

**Lic. Enf. MARÍA ROSANA ALARCÓN PICHIHUA**

**Andahuaylas- Apurímac- Perú**

**2018**

## **JURADOS**

Lic.: Aydee Espinoza palomino

Lic.: Rubén Marquez Ticona

Mag: Rosa E Lizarraga Valer

## **DEDICATORIA**

A mis padres, que confiaron en todo tiempo que alcanzaría este objetivo y extendieron sus manos para apoyarme.

A mi hermana Judith Guizado Acosta, porque me ayudó en todo momento, me animó a continuar y pasamos muchas experiencias que siempre quedarán grabadas en mí.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios siempre en primer lugar, en su gracia y misericordia permitió que tenga vida y valor para levantarme en cada caída.

A mi asesora, Lic. Enf. María Rosana Alarcón Pichihua, a mis profesores y amigos, quienes me orientaron para tomar las decisiones más adecuadas.

## ÍNDICE

JURADOS.....	II
AGRADECIMIENTO .....	IV
ÍNDICE.....	V
ÍNDICE DE TABLAS .....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	VIII
ACRÓNIMOS .....	IX
RESUMEN .....	X
ABSTRACT .....	XI
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.1. Realidad problemática .....	1
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Formulación del problema.....	3
1.2.2 Problema general.....	3
1.2.3. Problemas específicos .....	3
1.3. Justificación de la investigación .....	4
1.4. Objetivos de la investigación.....	5
1.4.1. Objetivo general .....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
1.5. Limitaciones.....	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de investigación .....	7
2.1.1 A nivel internacional.....	7
2.1.2 A nivel nacional .....	10
2.1.3 A nivel regional y local.....	12
2.2. Bases teóricas.....	12
2.2.1 Características socioculturales .....	12
2.2.2 Hierro.....	13
2.2.3 Anemia ferropénica.....	16
2.2.4 Etiología .....	16
2.2.5 Signos y síntomas .....	17

2.2.6	Fisiopatología .....	18
2.2.7	Diagnóstico .....	19
2.2.8	Tratamiento .....	19
2.2.9	Intervenciones de enfermería .....	20
2.2.10	Complicaciones.....	21
2.2.11	Prevención.....	21
2.3.	Marco conceptual.....	22
CAPITULO III.....		23
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....		23
3.1.	Hipótesis.....	23
3.1.1	Hipótesis general.....	23
3.1.2	Hipótesis específicas.....	23
3.2.	Método.....	24
3.3.	Tipo de investigación.....	24
3.4.	Nivel o alcance de investigación.....	24
3.5.	Diseño de la investigación .....	24
3.6.	Operalización de variable .....	24
3.7.	Población, muestra y muestreo .....	25
3.8.	Técnica e instrumentos .....	25
3.9.	Consideraciones éticas .....	25
3.10.	Procesamiento de datos.....	26
CAPITULO IV .....		27
RESULTADOS Y DISCUSION.....		27
4.1.	Resultados .....	27
4.2.	Prueba de hipótesis.....	33
4.3.	Discusión .....	34
CONCLUSIONES .....		39
RECOMENDACIONES .....		40
BIBLIOGRAFIA .....		41
MATRIZ DE CONSISTENCIA .....		45
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....		47
BASE DE DATOS .....		46
PRUEBA DE PILOTO .....		48

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nivel de educación de las madres.....	43
Tabla 2. Tipos de familia constituida.....	44
Tabla 3. Hábito de consumo de sustancias nocivas de las madres.....	45
Tabla 4. Tipo de familia funcional.....	46
Tabla 5. Procedencia de las madres.....	47

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nivel de educación de las madres.....	43
Gráfico 2. Tipos de familia constituida.....	44
Gráfico 3. Hábito de consumo de sustancias nocivas de las madres.....	45
Gráfico 4. Tipo de familia funcional.....	46
Gráfico 5. Procedencia de las madres.....	47

## **ACRÓNIMOS**

CEDIUC	Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca
CRED	Crecimiento y Desarrollo del Niño
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística E Informática,
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
SIEN	Sistema de Información del Estado Nutricional
SPSS	Paquete Estadístico de Ciencias Sociales

## RESUMEN

El estudio titulado: **Características Socioculturales que influyen en la Prevalencia de Anemia Ferropénica, en Niños de 6 a 35 Meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, Enero a Marzo, 2017.**

**Objetivo.** Determinar las características socioculturales que influye en la prevalencia de anemia ferropénica.

**Metodología.** Aplicativo, descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal, población de estudio 100 niños, muestreo no probabilística y por conveniencia de 80 niños, el instrumento utilizado el Cuestionario de Encuesta y previa validez y confiabilidad de Alfa Cronbach. Se utilizó el paquete estadístico de SPSS, la estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada.

**Resultados.** Las características socioculturales: el 24% de las madres de familia tienen secundaria completa, el 25% son familias nucleares, el 36% de madres de familia no consumen ninguna sustancia nociva, el 50% son familias armónicas, 39% son de procedencia urbana las madres de familia y la prevalencia de anemia ferropénica en niñas(os) son de casos antiguos. A la prueba de hipótesis de las variables todas fueron no significativas y entonces las hipótesis nulas se aceptan.

**Conclusiones.** Las características socioculturales no influyen en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses.

**Palabras claves:** Características socioculturales, prevalencia, anemia ferropénica en niños.

## **ABSTRACT**

The study entitled: Sociocultural characteristics that influence the prevalence of iron deficiency anemia, in children aged 6 to 35 months, from the Kishuara Health Facility, January to March, 2017.

Objective. Determine the sociocultural characteristics that influence the prevalence of iron deficiency anemia.

Methodology. Applicative, descriptive, correlational, prospective and transversal, study population 100 children, non-probabilistic sampling and for convenience of 80 children, the instrument used the Survey Questionnaire and previous validity and reliability of Alfa Cronbach. We used the SPSS statistical package, the non-parametric statistics of the Chi-square.

Results Socio-cultural characteristics: 24% of mothers have complete secondary education, 25% are nuclear families, 36% of mothers do not consume any harmful substance, 50% are harmonious families, 39% are from urban origins, mothers of families and the prevalence of iron deficiency anemia in girls are from old cases. The hypothesis test of the variables were all non-significant and then the null hypotheses are accepted.

Conclusions The sociocultural characteristics do not influence the prevalence of iron deficiency anemia in children from 6 to 35 months.

Key words: Sociocultural characteristics, prevalence, iron deficiency anemia in children.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Realidad problemática**

La anemia es una enfermedad de la sangre que se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en el organismo, siendo generalmente los valores normales por encima a los 12 gramos por decilitro en la mujer, y a 13,5 en el varón (1). La anemia es una patología en la que se presenta un déficit de la concentración de hemoglobina en sangre y/o del hematocrito que, generalmente se encuentra acompañado de un bajo recuento de glóbulos rojos (eritrocitos). Los glóbulos rojos son los responsables de transportar el oxígeno a través de la sangre, desde el pulmón hacia los órganos y tejidos. Además, la mayor parte de este oxígeno se transporta unido a la molécula de hemoglobina. Tanto si se reduce el número de hematíes, como la concentración de hemoglobina, consecuentemente se reducirá el suministro

de oxígeno en el cuerpo. Existen varios tipos de anemias, el más frecuente es la anemia por déficit de hierro (2).

La tendencia entre el año 2000 y el 2011 de la prevalencia de anemia en niños menores de 5 años también ha sido explorada independientemente por Loret de Mola (2014). Estos autores evidenciaron que, efectivamente, la tendencia a declinar de la anemia fue estadísticamente significativa en dicho lapso de tiempo (valor  $p < 0.001$ ), siendo esta declinación mayor para el ámbito urbano que para el rural. Específicamente, estos autores encontraron que la prevalencia de anemia en esta población de niños bajó un 43% entre el año 2000 y 2011 (Razón de Prevalencia,  $RP=0.57$ , con un error estándar,  $SE=0.03$ ) para los niños del ámbito urbano, mientras que esta reducción fue de solo 27% ( $RP=0.73$ ,  $SE=0.03$ ) en el ámbito rural. Es decir, estos hallazgos de Loret de Mola, confirman lo estimado por Sobrino al, presentado arriba, con estimaciones estadísticas de prueba de hipótesis. Así, la anemia en el ámbito rural continuaba siendo superior (40%) respecto al urbano (25,9%) en el año 2011, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (valor  $p < 0.001$ ) (Loret de Mola (2014). A pesar de esta disminución observada hasta el 2011, la prevalencia a nivel nacional de anemia ha demostrado una tendencia a aumentar en los siguientes dos años (32.9% en el 2012 y 34% en el 2013). Este aumento ha sido más intenso en el grupo de niños de 6 a 36 meses, en el que la prevalencia de anemia ascendió de 41,6 en el 2011 a 46,4% en el 2013 (ENDES 2012). Asimismo, para el mismo periodo, la prevalencia en niños de 6 a 59 meses aumentó 4.6 puntos porcentuales en el ámbito urbano (de 26,5 el 2011, a 31,1 el 2013), mientras que para la zona rural el aumento ha sido de 1.6 puntos porcentuales (de 38.6% el 2011, a 39.8% el 2013). Pero además, la magnitud de la anemia en la población infantil varía ampliamente a través de las diferentes regiones del Perú. Las tendencias temporales de las prevalencias de

anemia en niños de 6 meses a 59 meses para los años 2009, 2011 y 2013, son dispares entre las regiones.

De esta manera, en algunas regiones la prevalencia de anemia ha aumentado sostenidamente entre el 2009 y el 2013, como es el caso de Puno, Madre de Dios y Loreto, Callao. Otras regiones, como Tumbes, Pasco, Ayacucho, Amazonas, Piura, y La Libertad experimentaron un comportamiento en el que la prevalencia disminuyó de manera importante del 2009 al 2011, pero para el 2013 experimentaron un rebote, colocándose sus prevalencias cerca o mayores que las registradas durante el 2009. Las causas de estos aumentos en la prevalencia de la anemia en estas regiones aún no se han esclarecido, por lo que se deben hacer investigaciones más detalladas para lograrlo. El conocer qué factores están causando este aumento de anemia en estas regiones puede ayudar a proponer y diseñar intervenciones específicas y ajustadas a la realidad de cada región (3).

## **1.2. Planteamiento del problema**

### **1.2.1 Formulación del problema**

### **1.2.2 Problema general**

¿Cuáles son las características socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?

### **1.2.3. Problemas específicos**

- ¿Cómo el nivel de educación de las madres influye en la prevalencia de la Anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?

- ¿Cómo el tipo de familias constituidas influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?
- ¿Cómo el hábito de consumo de sustancias nocivas por las madres de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?
- ¿Cómo la familia funcional influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?
- ¿Cómo la procedencia de las madres de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?

### **1.3. Justificación de la investigación**

El presente trabajo de investigación se realiza con el propósito de explicar los factores socioculturales que influyen sobre anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara de Andahuaylas. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES (2015) y el Sistema de Información del Estado Nutricional SIEN (2015) del Ministerio de Salud (Minsa), Apurímac es una de las regiones con más altos índices de anemia y desnutrición infantil, como resultado de ello, el 56.8% de los niños menores de tres años y el 43.3% de los niños menores de cinco años, sufren de anemia; es decir, que en Apurímac hay más de 21 000 niños menores de cinco años con anemia, la que afecta seriamente su capacidad de aprendizaje y su desarrollo.

Las consecuencias de la anemia ferropénica en muchos casos son irreversibles y demandan de alto costo. En este sentido. Proporcionar a las autoridades del centro de Salud

especialmente a las enfermeras, información validada y confiable acerca de la anemia ferropénica en niños para que en base a ello se fortalezca al personal de CRED y se busque estrategias para disminuir los casos de anemia ferropénica en este Establecimiento de Salud.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar las características socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de educación de las madres que influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.
- Identificar el tipo de familia constituida que influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.
- Identificar el hábito de consumo de sustancias nocivas de las madres de familia que influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.
- Identificar el tipo de familia funcional que influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.

- Identificar la procedencia de las madres de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.

### **1.5. Limitaciones**

Respecto a la primera variable de características no se ha encontrado estudios previos, para efectos de comparación en la sección correspondiente.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de investigación

##### 2.1.1 A nivel internacional

**Serrano Arias Gabriela y Abril Orellana** (2011), en su trabajo de investigación titulada. “*Prevalencia de anemia ferropénica en niños de 1 mes a cuatro años 11 meses y factores de riesgo asociados. Fundación Pablo Jaramillo Crespo Cuenca – Ecuador 2010*”.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 1 mes a cuatro años 11 meses y factores de riesgo asociados. Fundación Pablo Jaramillo Crespo Cuenca – Ecuador 2010.

**Métodos.** Estudio transversal, observacional, descriptivo y cuantitativo, en 302 niños de 1 mes y 4 años con 11 meses que fueron hospitalizados durante el 2010 se

recogieron los datos y valores de laboratorio de las fichas médicas, para el diagnóstico de anemia se tomó en cuenta cifras de hemoglobina según edad, ajustado a la altura correspondiente

**Conclusiones.** La anemia es un problema grave de Salud pública en la población estudiada; de causa multifactorial con relación estadística en cuanto a edad, estado nutricional y hábitos alimentarios por ello es necesario fomentar un estilo de alimentación Saludable, promover la lactancia materna e iniciar suplementos nutricionales en los primeros meses de vida; y de esta forma hacer un seguimiento adecuado multiprofesional tanto para la prevención como el tratamiento de esta patología (4).

**Lizeth Jesenia Coronel Santos y María Verónica Trujillo Espinoza** (2015) en su trabajo de investigación titulado. *“Prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la Universidad de Cuenca –Ecuador”*.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de anemia en niños y niñas de 12 a 59 meses de edad con sus factores asociados, y capacitación a padres de familia en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca- Ecuador (CEDIUC).

**Metodología:** Esta investigación se basó en un estudio descriptivo transversal de prevalencia, se efectuó mediante la obtención de pruebas de hemoglobina a 90 niños/as de 12 a 59 meses de edad y cuestionarios a los padres sobre factores de riesgo; a los mismos se les aplicó encuestas validadas para visualizar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación y nutrición respecto a la deficiencia de hierro.

Se manejó frecuencias y porcentajes, y para las variables numéricas media, mediana y moda en programas estadísticos.

**Conclusiones.** Se logró evidenciar ciertas relaciones importantes entre anemia e indicadores de riesgo a pesar del número reducido de participantes. Brindar charlas y talleres de manera periódica a los padres y personal del CEDIUC para mejorar sus conocimientos y prevenir complicaciones a futuro se considera oportuno, necesario y preventivo (5).

**Fernanda villa Leyva** (2010) en su trabajo de investigación titulado. *“Presencia de anemia en niños menores de 6 años en 4 ciudades del estado de chihuahua y su relación con el estado nutrición”*.

**Objetivo.** Estudiar la prevalencia de anemia en muestras no probabilísticas de preescolares en Cuauhtémoc, Delicias, Chihuahua y Ciudad Juárez.

**Métodos.** De estudio a un grupo de 488 niños menores de 6 años de Chihuahua, Cuauhtémoc, Ciudad Juárez y Delicias. Se determinó el nivel de hemoglobina por el sistema Hemocue y la anemia se definió a un nivel de Hb por debajo de 11 mg/dL. Resultados. 21% de los participantes tenían anemia, siendo más frecuente en Delicias (37.5%) y Ciudad Juárez (25.6%), que en Chihuahua (16.3%) y Cuauhtémoc (16.0%). En relación con el estado nutricional, 85% de los niños con anemia tenían estado nutricional normal o talla alta, mientras que 7, 4, 4 y 2 tuvieron emaciación, bajo peso, baja talla y sobrepeso/obesidad respectivamente.

**Conclusiones.** La prevalencia de anemia sigue presentándose en un grado importante por lo que se sugiere que este estudio de paso a otros para una adecuada intervención (6)

### 2.1.2 A nivel nacional

**Farfán Dianderas Catalina** (2015), en su trabajo de investigación titulada. “*Relación del estado nutricional y anemia ferropénica en niños menores de dos años evaluados en el Centro de Salud Materno infantil Miguel Grau Lima 2012*”.

**Objetivo.** establecer la relación entre el estado nutricional y la anemia ferropénica en niños menores de dos años evaluados en el Centro Materno Infantil Miguel Grau, 2012.

**Método.** De tipo descriptivo, donde se tuvo una muestra de 187 niños. Se recolectó la información a partir de las historias clínicas y de la evaluación antropométrica.

**Conclusiones.** No existe relación entre el estado nutricional y la anemia ferropénica, teniendo un buen estado nutricional existen diversos factores que ocasionan la anemia en los niños comprendiendo entre las edades estudiadas, así como, niños que presentaban desnutrición o sobrepeso pueden o no presentar anemia ferropénica (7) .

**Eliana Paredes Ramírez** (2016) en su trabajo de investigación titulado. “*conocimientos sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 1 año que acuden al consultorio CRED, Hospital Tingo María, Enero – Marzo 2016*”.

**OBJETIVO.** Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños menores de 01 año que acuden al consultorio de CRED del Hospital de Contingencia, Enero – Marzo, 2016.

**MÉTODOS.** Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 madres de niños menores de 01 año, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección

de datos se aplicó un cuestionario. El análisis estadístico fue mediante la estadística descriptiva, apoyándonos en el SPSS V22. R

**CONCLUSIONES.** Las madres que acuden al consultorio CRED del Hospital Tingo María, tienen un nivel de conocimiento alto sobre anemia ferropénica. Mayoritariamente las madres con nivel educativo menor a secundaria alcanzan un nivel de conocimiento bajo. Las madres procedentes de la zona urbana alcanzan mayoritariamente un nivel de conocimiento alto (8).

**Fernández contreras** (2014) en su trabajo de investigación titulado. *“Factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en el sector magllanal-jaén, 2013”*.

**Objetivo.** Determinar los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el Estado Nutricional del niño de 1 a 5 años.

**Método.** Es de tipo descriptivo, de diseño Transversal. La población estuvo constituida por 423 cuidadores familiares. La muestra quedó constituida por 104 cuidadores familiares, seleccionados mediante muestreo probabilístico. Los datos se recolectaron mediante dos técnicas: la encuesta, bajo la modalidad de cuestionario y la técnica de revisión documental cuyo instrumento fue la guía de registro. El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico de ciencias sociales SPSS versión 20.0.

**CONCLUSIONES.** Los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en su mayoría son: Madres, adultas jóvenes, de ocupación ama de casa, con educación primaria incompleta, profesan la religión católica, tienen un ingreso económico menor a un sueldo mínimo vital, viven en relación

conyugal de Convivencia, y creen que el consumo de la betarraga ayuda a prevenir la anemia (9)

### **2.1.3 A nivel regional y local**

No se encuentra ningún estudio al respecto

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 Características socioculturales**

La Salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que determinan los perfiles de Salud/enfermedad. Las características socioculturales implican vinculación con conceptos y términos, tales como: Ideología, comunicación, etnicidad, clases sociales, estructuras de pensamiento, género, nacionalidad, medios de producción y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia (10).

**a. Nivel de instrucción.** El grado 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 (11).

**b. Familia constituida.** Es un conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco. Estos lazos, dicen los expertos, pueden tener dos raíces: una vinculada a la afinidad surgida a partir del desarrollo de un vínculo reconocido a nivel social (como sucede con el matrimonio o una adopción) y de consanguinidad (como ocurre por ejemplo con la filiación entre una pareja y sus descendientes directos) (12).

**c. Familia funcional.** Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Éstas se caracterizan por los factores (13).

**d. Familia nuclear.** Compuesta por el esposo (padre), la esposa (madre) y los hijos. Estos hijos pueden ser los descendientes biológicos o los adoptivos.

**e. Familia extensa.** Compuesta por más de una unidad nuclear porque comprende también a los abuelos, tíos, primos y hasta nietos que viven bajo un mismo techo.

**f. Familia monoparental.** Compuesta por uno de los padres y sus hijos. Esta familia puede tener diversas causas: o porque los padres se han divorciado y los hijos quedan con uno de ellos, o por muerte de uno de los cónyuges (14).

### 2.2.2 Hierro

El hierro es fundamental en la formación de la hemoglobina. “La cantidad total de hierro en el cuerpo es de 4 a 5 g de los que aproximadamente el 65% está en forma de hemoglobina”.

Este se encuentra almacenado fundamentalmente en el hígado de dos formas una soluble, la ferritina y otra no soluble, la hemosiderina, este es absorbido el tubo digestivo donde “se combina con las proteínas para fabricar la hemoglobina y se transporta en forma de transferrina en el plasma hacia la médula ósea donde participa en la formación de los glóbulos rojos o hacia el mismo hígado donde es almacenado”.

Por lo que el hierro es considerado un elemento esencial para la vida, pues participa en casi la totalidad de procesos de oxidación-reducción

En el metabolismo celular el hierro es fundamental “ya que forma parte de un gran número de proteínas con importantes funciones biológicas (hemoglobina, mioglobina, citocromos y enzimas como la catalasa y peroxidasas). Estas proteínas dejan de sintetizarse o carecen de acción biológica si no es en presencia de unos niveles de hierro adecuados”.

Una de las formas que tiene de entrar al cuerpo es mediante los alimentos, siendo importante referir que además de intervenir en el transporte de oxígeno y electrones es también “catalizador de muchas reacciones necesarias para el desarrollo” (15).

**a) Funciones.** El hierro es un mineral primordial para garantizar un normal desarrollo de las capacidades mentales y motoras en los niños, por lo que su deficiencia en el organismo se relaciona directamente con la alteración de dichas potencialidades. “El hierro juega un papel esencial en muchos procesos metabólicos incluidos el transporte de oxígeno, el metabolismo oxidativo y el crecimiento celular”.

Su carencia durante la infancia causa una afectación irreparable, por lo que es considerado un mineral esencial para favorecer el crecimiento normal, así como el desarrollo psicomotor de los niños. “El hierro juega un papel de capital importancia en un órgano esencial como es el cerebro, ya que es ahí donde alcanza su mayor concentración. Sin embargo, esta no es homogénea, existen áreas con mayor concentración que otras. Es en ellas donde la deficiencia repercutirá en el deterioro de la función neurológica”, un dato curioso que lo demuestra es que “el 80% del total de hierro que existe en el adulto fue almacenado en su cerebro durante la primera década de la vida” (16).

**b) Importancia del hierro en la dieta.** La alimentación Saludable resulta esencial para lograr la incorporación de hierro al cuerpo pues gran cantidad del hierro de los alimentos es de tipo no hémico y la presencia o ausencia de dichas sustancias es fundamental para la disponibilidad del hierro. Se sabe que el potenciador más distinguido de la absorción del hierro no hémico es la vitamina C, que se encuentra en frutas cítricas como el tomate, la naranja, la mandarina el kiwi, el pomelo entre otros.

Otros potenciadores, son el ácido málico, presente en las manzanas, y el tartárico, presente en el jugo de las uvas. Los inhibidores de la absorción de hierro no hémico que se encuentran en los alimentos son el fosfato cálcico (leche y yogurt, entre otros), el

salvado, el ácido fítico (presente en cereales integrales no procesados) y los polifenoles (té, café, mate y algunos vegetales).

Además los productos alimenticios de soja tienen fitatos, sustancia que minimiza todavía más la absorción del mineral. Por eso aunque en la actualidad se reconozca que la soja es de importancia en la alimentación hay que recordar que su consumo debe acompañarse de alimentos potenciadores de la absorción y de ese modo contribuir a mejorar el valor nutritivo de la alimentación. Resulta valioso mencionar que con el desarrollo alcanzado y los conocimientos acerca de la nutrición se ha extendido en el mercado la existencia de productos alimenticios fortificados con tan importante mineral, disponible actualmente tanto en bebidas, lácteos como en los distintos tipos de harina y sus derivados (17).

**c) Biodisponibilidad y metabolismo férrico.** El hierro absorbido es transportado en el organismo por la transferrina hasta los lugares de depósito, donde se almacena en forma de ferritina y hemosiderina. En forma de ferritina se localiza en su mayoría en la pared intestinal y en el hígado; este hierro de depósito se encuentra principalmente en su forma férrica ( $\text{Fe}^{3+}$ ). Si los depósitos férricos de la pared intestinal o del hígado se agotan, la médula ósea estimulará la síntesis de los transportadores de hierro localizados en el intestino. Su eliminación se produce preferentemente por las heces y solamente una pequeña cantidad se elimina por orina. La homeostasis del hierro, al contrario de lo que sucede con la mayoría de los minerales, está regulada por su absorción, no por la excreción; de ahí la importancia de una ingesta dietética adecuada que incluya este mineral para mantener un buen estado nutricional.

La vitamina C incrementa la absorción del hierro alimentario al intervenir en la reducción del hierro en su forma férrica ( $\text{Fe}^{3+}$ ) a su forma ferrosa ( $\text{Fe}^{2+}$ ); forma complejos disociables de fácil absorción, mantiene el hierro de los alimentos en su forma ferrosa y provoca en gran medida la reducción del hierro férrico que poseen. Se estima que

aproximadamente 100 ml de zumo de naranja triplican la absorción de hierro. Los ácidos cítricos y tartáricos, presentes estos últimos en uvas y fruta madura, atraviesan la pared intestinal y forman complejos con el hierro. El ácido málico y, sobre todo, las proteínas de la carne y el pescado, en concreto los aminoácidos lisina, cisteína, histidina y metionina, participan en las propiedades reductoras, aparte de formar complejos disociables con el hierro. Éste posee además sus propios transportadores de membrana, por lo que, si aumenta el contenido de hierro en la dieta, aumenta su absorción al estimular dichos transportadores (18).

### **2.2.3 Anemia ferropénica**

La anemia es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. El hierro es un pilar fundamental e importante para los glóbulos rojos. Cuando el cuerpo no tiene suficiente hierro, produce menos glóbulos rojos o glóbulos rojos demasiado pequeños. Esto se denomina Anemia Ferropénica (18).

### **2.2.4 Etiología**

La anemia por deficiencia de hierro puede deberse a alguna de las siguientes causas:

**a. Desequilibrio entre el requerimiento y el aporte de hierro.** Este desajuste se observa en las etapas de crecimiento acelerado, como la lactancia y la adolescencia, y constituye la causa más común de anemia por deficiencia de hierro entre los niños de nueve a 18 meses de edad. Un segundo pico de incidencia de la anemia ferropénica se observa en la adolescencia y en especial en las mujeres después de la menarquía, debido a que presentan una pérdida adicional de sangre mensualmente.

Otra causa importante en nuestro medio es la alimentación deficiente e inadecuada. Como se mencionó, la alimentación a base sólo de leche materna o de vaca no cubre los

requerimientos normales de hierro. Esto, junto a la falta de otros alimentos en la dieta del lactante, conduce al desarrollo de la anemia ferropénica. Por otra parte se ha descrito una enteropatía inducida por un factor que no ha sido bien caracterizado en la leche entera de vaca y que produce pérdida de sangre por lesión de la mucosa intestinal. Esta enteropatía afecta a los niños que inician su alimentación con leche entera de vaca antes de los seis meses de edad, que ingieren más de un litro diariamente y que no toman alimentos sólidos. En algunos pacientes se han registrado pérdidas hasta de 10 ml de sangre al día, lo cual ocasiona una grave anemia por deficiencia de hierro. La hemorragia perinatal se refiere al sangrado que se presenta en esta etapa; afecta en forma considerable las reservas de hierro del recién nacido y lleva a una deficiencia temprana.

**b. Falta de absorción.** El aporte de hierro en la alimentación puede ser adecuado, pero una deficiencia en la absorción puede conducir al desarrollo de la anemia. En pediatría, la diarrea crónica es la condición más frecuente que ocasiona la absorción deficiente. En la giardiasis intestinal masiva, el parásito recubre la mucosa duodenal impidiendo la absorción normal del hierro (19).

### 2.2.5 Signos y síntomas

a. **Síntomas generales.** Astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia. sueño incrementado, irritabilidad, rendimiento físico disminuido vértigo, mareos, cefaleas y alteraciones en crecimiento.

- Alteraciones digestivas. Queilitis angular, glositis entre otros.
- Alteraciones en piel y faneras. Piel y membranas mucosas pálidas, pelo ralo y uñas quebradizas.
- Alteraciones de conducta alimentaria. Pica; tendencia a comer tierra.

- Síntomas cardiopulmonares. Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo, estas condiciones se pueden presentar cuando la hemoglobina es  $< 5\text{g/dl}$ .
- Alteraciones inmunológicas. En laboratorio: defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
- Síntomas neurológicos. La ferropenia altera la síntesis y catabolismo de las monoaminas, dopamina y noradrenalina, implica en el control del movimiento, el metabolismo de la serotonina, los ciclos del sueño y actividad así como las funciones de memoria y aprendizaje (20).

### 2.2.6 Fisiopatología

En la fisiopatología de la deficiencia de hierro intervienen tres factores fundamentales que regulan el balance del hierro en el organismo. La ruptura de este por alteración de dichos factores puede producir deficiencia de hierro.

**a. Depósitos de hierro.** El recién nacido tiene un depósito de hierro directamente proporcional a su peso; es decir, a mayor peso, mayor cantidad de hierro corporal total. El almacenamiento de hierro es independiente de si la madre tiene o no deficiencia de hierro, ya que el transporte del elemento al feto es preferencial. En el recién nacido a término, el almacén corporal de hierro es suficiente para mantener la eritropoyesis cuatro a seis meses; después debe darse un aporte de hierro suficiente para evitar la anemia. En el recién nacido prematuro las reservas de hierro están disminuidas; por lo tanto, la anemia se puede presentar con mayor rapidez e intensidad.

**b. Requerimientos de hierro.** Los requerimientos normales varían con edad, género y algunas condiciones fisiológicas normales en la mujer: ciclo menstrual, embarazo y lactancia. En el desarrollo y crecimiento del niño hay varias etapas de aceleración en las cuales el requerimiento del hierro aumenta de 1.5 a 2 veces. La primera etapa de

crecimiento acelerado se observa en el primer año de vida, durante el cual el recién nacido triplica su peso al nacimiento, triplica su volumen sanguíneo y duplica su hemoglobina corporal. Esta velocidad de crecimiento es aún mayor en el prematuro y en la etapa de recuperación del paciente desnutrido. Un segundo periodo de crecimiento rápido que aumenta los requerimientos se observa en la adolescencia. En la edad adulta los requerimientos aumentan en las mujeres embarazadas y durante la lactancia (19).

### 2.2.7 Diagnóstico

- Clínico. Identificación de signos y síntomas a través de la anamnesis y examen físico complete.
- La clínica depende del grado de deficiencia y de la rapidez con la que se instaura la anemia. Las situaciones de carencia de hierro y de anemia leve o moderada, pueden cursar con sintomatología escasa o incluso de forma asintomática.
- Laboratorio. El diagnóstico de anemia por criterio de laboratorio se establece determinado la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa (21).

### 2.2.8 Tratamiento

Esquema de tratamiento con multimicronutrientes y hierro para niños(as) de 6 a 35 meses con anemia de grado leve y moderada (22).

Grados de anemia		Tiempo	Observación
Leve	Hb:10-10.9 g/dl	Administración diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)	El micronutriente: Hierro elemental 12,5mg Vitamina: A 300ug Vitamina: C 30 mg Znc:5mg Acido fólico:160 ug
Moderada	Hb:9-9.9 g/dl	Administración diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)	El micronutriente: Hierro elemental 12,5mg Vitamina: A 300ug Vitamina: C 30 mg Znc:5mg Acido fólico:160 ug

<b>Severa</b>	Hb:7-8.9 g/dl	Administración diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)	<p>Agregar una dosis complementaria de 15 a 25 mg. De hierro elemental:</p> <p>25 gotas de sulfato ferroso (1mg fe elemental / gota)</p> <p>ó</p> <p>7-12 gotas de hierro polimaltosado (2 mg fe elemental / gota)</p> <p>ó</p> <p>5 ml -7.5 ml (1- 1.5cdta.) de sulfato ferroso en jarabe (15 mg fe elemental / cdta.de 5 ml)</p> <p>ó</p> <p>2.5 ml (1/2 cdt.) de hierro polimaltosado en jarabe ( 50 mg elemental / cdta.de 5 ml )</p>

### 2.2.9 Intervenciones de enfermería

- Conocer qué grupos de personas están más predispuestas a padecer una anemia ferropénica (pre menopáusicas, embarazadas, personas de estado socioeconómico bajo, ancianos, etc.).
- Informar sobre una dieta correcta, indicando que alimentos son ricos en hierro.
- Informar sobre las pruebas diagnósticas para establecer la causa de la anemia.
- Determinación de la hemoglobina y recuento de eritrocitos para valorar la respuesta del tratamiento (23).
- La labor de la enfermera es brindar un cuidado al paciente con principios científicos por lo cual al saber todo lo referente con la anemia se puede realizar las intervenciones cuando la persona se encuentra hospitalizada como: Educar al paciente acerca de su patología.
- Suministrar oxígeno ya que el nivel de hemoglobina ha bajado y esto quiere decir que no hay suficiente oxigenación en los tejidos.
- Administración de medicamentos: ácido fólico, sulfato ferroso y vitamina b 12.

- Explicar los efectos adversos de estos como en el caso específico del sulfato ferroso, que ocasiona que haya un cambio en el aspecto de las heces ya que se cambian su color normal por un negro.
- Vigilar el peso corporal diario
- Vigilar la ingesta de líquidos administrados y eliminados
- Cuidados con la piel
- Cuidados con la transfusión de sangre si es necesaria (24).

### **2.2.10 Complicaciones**

Por investigaciones realizadas desde varias décadas atrás se comprobó que los niños con este tipo de anemia y que sufrieron la misma en los primeros años de vida pueden quedar con déficits en su desarrollo mental. Asimismo, considerando que el hierro interviene en otros procesos metabólicos celulares, su déficit crónico puede facilitar trastornos inmunológicos y así el paciente es susceptible a contraer infecciones oportunistas o potencialmente letales (25).

### **2.2.11 Prevención**

La anemia por deficiencia de hierro podría prevenirse o atenuarse en su grado de severidad según los tres grupos etiológicos de la misma, o sea: Déficit en el aporte necesario de hierro, corrigiendo prontamente regímenes dietéticos con pocos alimentos ricos en ese metal, aplicando programas de control y recuperación de la desnutrición severa, indicando suplementos de hierro en niños prematuros, adolescentes, mujeres embarazadas y quienes brindan lactancia. En lactantes con seno materno exclusivo en el segundo semestre de vida, se dará hierro suplementario en proporción de 1 mg/kg/d.

Trastornos en la absorción intestinal, con protocolos terapéuticos que corrijan dicha anomalía de absorción según la causa primaria. Pérdidas excesivas de hierro, con el tratamiento oportuno de úlceras gastro-duodenales ó de helmintiasis intestinal, con la detección y control especializado de neoplasias en tracto gastrointestinal (25).

### **2.3.Marco conceptual**

- **Características.** La característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al temperamento, la personalidad o lo simbólico, pero también al aspecto físico (26).
- **Sociales.** Es aquello perteneciente o relativo a la sociedad. Recordemos que se entiende por sociedad al conjunto de individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad (27).
- **Prevalencia.** Es el número de casos de anemia en una población determinada y circunscrita en un área geográfica (28).
- **Queilitis angular.** También conocida como boquera o perleche, es una herida dolorosa que se produce en el canto de la boca. La boquera es una dermatosis común, caracterizada por inflamación y fisura del ángulo de los labios (29).
- **Polifenoles.** son fitoquímicos, es decir, compuestos que abundan en los alimentos vegetales naturales con propiedades antioxidantes (30).

CAPÍTULO III

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.Hipótesis**

##### **3.1.1 Hipótesis general**

Las características socioculturales influyen en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.

##### **3.1.2 Hipótesis específicas**

- El nivel de educación de las madres influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.
- El tipo de Familia constituida influye en la prevalencia de anemia ferropénica es en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.
- El hábito de consumo de sustancias nocivas de las madres influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.

- El tipo de familia funcional influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.
- La procedencia de la madre de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.

### **3.2 Método**

Guzmán Villena Angelito (31) Inductivo, deductivo y Fideas G. Arias (32)explicativo.

### **3.3 Tipo de investigación**

Leidy Catherine Sánchez A (33)Aplicativo

### **3.4 Nivel o alcance de investigación**

Nivel de investigación Arnaldo Martínez M (34) Descriptivo, Daniela Valencia Gomez (35)prospectivo y (36)Hernández transversal.

### **3.5 Diseño de la investigación**

Santa Palella y Feliberto Martins (37) No experimental.

### **3.6 Operalización de variable**

Variables	Dimensiones	Indicadores
-----------	-------------	-------------

Variable Independiente	Niveles de educación de las madres	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa
Características socioculturales	Tipos de familia constituida	Monoparental Nuclear Extensa
	Consumo de sustancias nocivas	Alcohol, Hoja de coca y ninguno
	Tipos de familia funcional	Armónico y Conflictivo
	Procedencia de las madres	Rural y Urbano
Variable Dependiente Prevalencia de la anemia ferropénica	N° de Casos	N° de casos Nuevos N° de casos antiguos

### 3.7 Población, muestra y muestreo

Estuvo conformada por 100 madres de familia que tenía niña(o) menores que acudían a la atención de enfermería de Control de Crecimiento y Desarrollo y la muestra no probabilística de 80 madres de familia, cuyo niña(o) padecían de anemia ferropénica y recibían tratamiento antianémico.

### 3.8 Técnica e instrumentos

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizó a 10 madres del consultorio de CRED del Centro de Salud de Kishuara, las cuales participaron del estudio; luego con los resultados se realizó la prueba del Alfa de Crombach, obteniéndose como resultado que  $ALFA=0.75$  este valor indica que el instrumento tiene una confiabilidad de 0.75 con un error de 0.25.

### 3.9 Consideraciones éticas

Antes de comenzar el trabajo de investigación se aplicó el consentimiento informado a todas las madres con niños menores de 6 a 35 meses, aceptaron estar incluidos en el trabajo de investigación; aplicando en ellos los instrumentos mencionados, brindando la información necesaria y dándoles a conocer la gran importancia de su participación que tendrá como fin

determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre la anemia ferropénica y así mismo se les dio a conocer que no existirá represalia ante su persona al no querer participar en el estudio.

### **3.10 Procesamiento de datos**

Una vez tenido los datos necesarios se procedió a utilizar el Paquete Estadístico de SPSS Versión 24 y Programa de Excel 2013. Luego se aplica el ritual de la hipótesis: Previa formulación de las respuestas tentativas, determinación de nivel de significancia, se procede aplicar la estadística no paramétrica de la Chi cuadrada, hallar el P valor y la toma de decisión.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSION

#### 4.1 Resultados

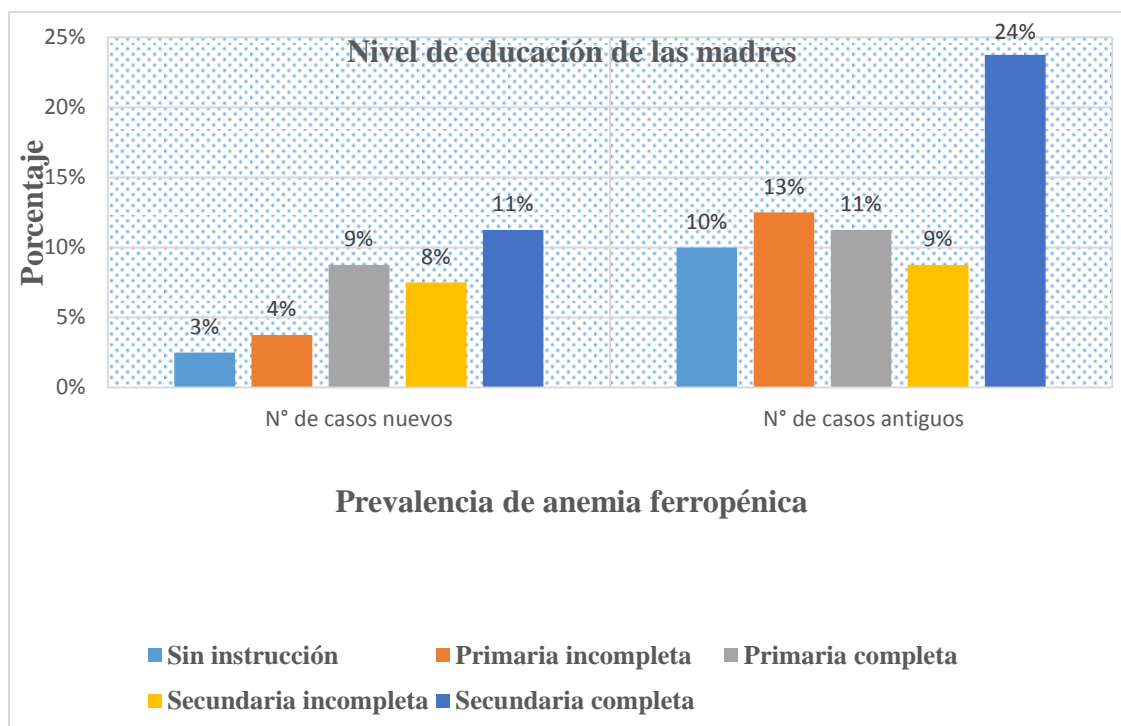
**Tabla 01.**

Prevalencia de anemia ferropenica	N°	
	N°	%
N°de casos nuevos	27	34
N° de casos antiguos	53	66
Total	80	100

**Tabla 02.**

#### Nivel de educación de las madres que influye en la prevalencia de anemia

Nivel de educación de las madres de familia	Prevalencia de anemia ferropénica					
	N° de casos nuevos		N° de casos Antiguos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin instrucción	2	3	8	10	10	13
Primaria incompleta	3	4	10	13	13	16
Primaria completa	7	9	9	11	16	20
Secundaria incompleta	6	8	7	9	13	16
Secundaria completa	9	11	19	24	28	35
Total	27	34	53	66	80	100



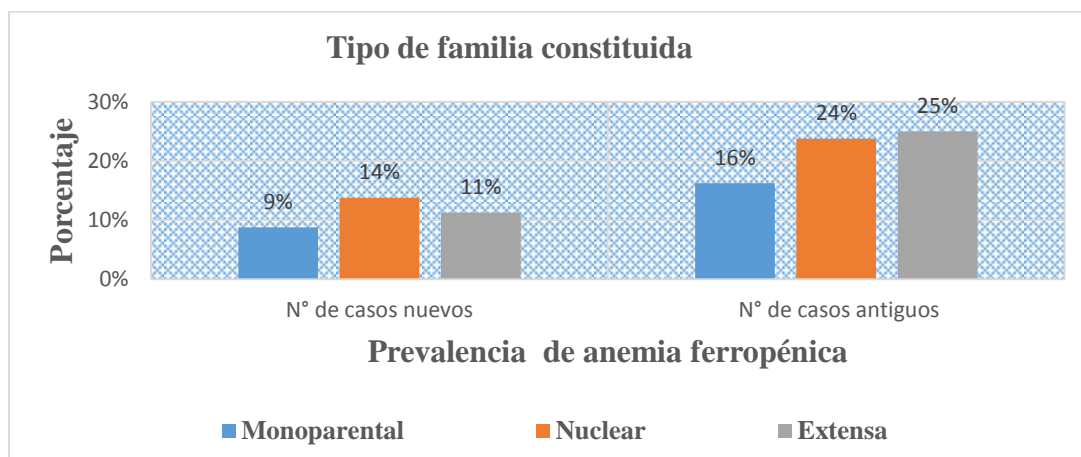
A la descripción en la tabla y el gráfico N° 02 del 100% de la muestra de la prevalencia de anemia ferropénica en niños, el 66% son atendidos como casos antiguos y el 34% como casos nuevos. De los cuales, respecto a nivel de educación de las madres de familia, cuyo niño(o) en tratamiento como casos antiguos, el 24% tienen secundaria completa, el 13% tienen primaria incompleta, el 11% primaria completa, el 10% tienen sin instrucción y 9% tienen secundaria completa y el nivel de educación de las madres de familia, cuyo niño(o) en tratamiento como casos nuevos, el 11% tienen secundaria completa, el 9% tienen primaria incompleta, el 8% secundaria incompleta, el 4% tienen primaria completa y 3% tienen sin instrucción.

Al interpretación el mayor porcentaje de los madres de familia tienen nivel de educación con secundaria completa, cuyos niños padecen de anemia ferropénica y están en tratamiento como casos antiguos.

**Tabla 03.**

**Tipo de familia que influye en prevalencia de anemia**

Tipo de familia constituida	Prevalencia de anemia ferropénica					
	N° de caso nuevo		N° de caso continuadores		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Monoparental	7	9	13	16	20	25
Nuclear	11	14	20	25	31	39
Extensa	9	11	20	25	29	36
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>34</b>	<b>53</b>	<b>66</b>	<b>80</b>	<b>100</b>



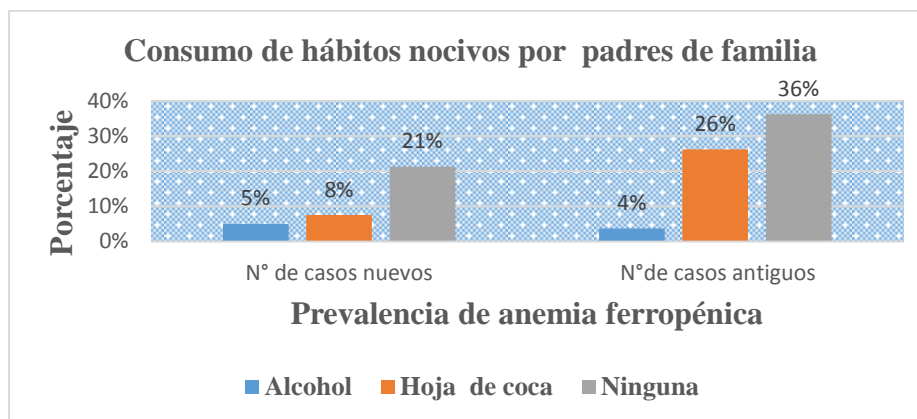
A la descripción en la tabla y el gráfico N° 03 del 100% de la muestra de la prevalencia de anemia ferropénica en niños, el 66% son atendidos como casos antiguos y el 34% como casos nuevos. De los cuales respecto al tipo de familia constituida, cuyo niño(a) están en tratamiento como casos antiguos, el 25% son familias que corresponde a familia nuclear y familia extensa, el 16% es de familia monoparental y el tipo de familia constituida, cuyo niño(a) están tratamiento como casos nuevos el 14% son familias nuclear, el 11% son familias extensa y 9% son familias monoparental.

A la interpretación, el mayor porcentaje es de familias nucleares y extensas por hogar, cuyos niños padecen de anemia ferropénica y están en tratamiento como casos antiguos.

**Tabla 04.**

**Hábito de consumo de sustancias nocivas por las madres que influye en la prevalencia de anemia**

Hábito de consumo de sustancias nocivas.	Prevalencia de anemia ferropénica					
	N° de casos nuevos		N° de casos continuador		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alcohol	4	5	3	4	7	9
Hoja de coca	6	8	21	26	27	34
Ninguna	17	21	29	36	46	58
Total	27	34	53	66	80	100



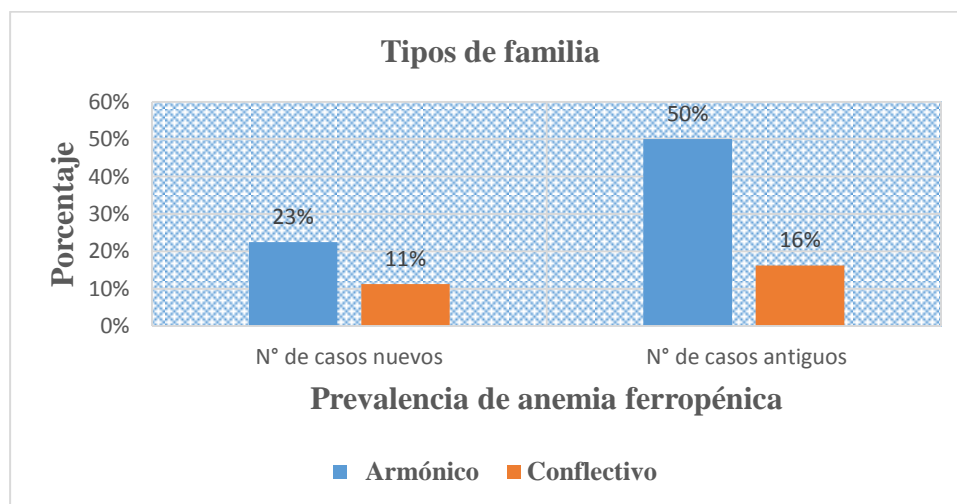
A la descripción en la tabla y el gráfico N° 04 del 100% de la muestra de la prevalencia de anemia ferropénica en niños, el 66% son atendidos como casos antiguos y el 34% como casos nuevos. De los cuales al respecto de hábito de consumo de sustancias nocivas de las madres de familia cuyo niños están en tratamiento como casos antiguos, el 36% que no consumen ninguna sustancia nociva, y el 26% consume hoja de coca, el 4% consumen alcohol y el hábito de consumo de sustancias de las madres de familia cuyo niños en tratamiento como casos nuevos el 21% que no consumen ninguna sustancia nociva y el 8% consume hoja de coca, el 5% consumen alcohol.

Al interpretación, el mayor porcentaje de madres de familia refieren no tener ningún hábito de consumo de sustancias nocivas, cuyos niños padecen de anemia ferropénica y están en tratamiento como casos antiguos.

**Tabla 05.**

**Tipo de familia funcional que influye en la prevalencia de anemia**

Tipo de familia funcional	Prevalencia de anemia ferropénica					
	N° de casos nuevo		N° de casos continuador		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Armónico	18	23	40	50	58	73
Conflictivo	9	11	13	16	22	28
Total	27	34	53	66	80	100

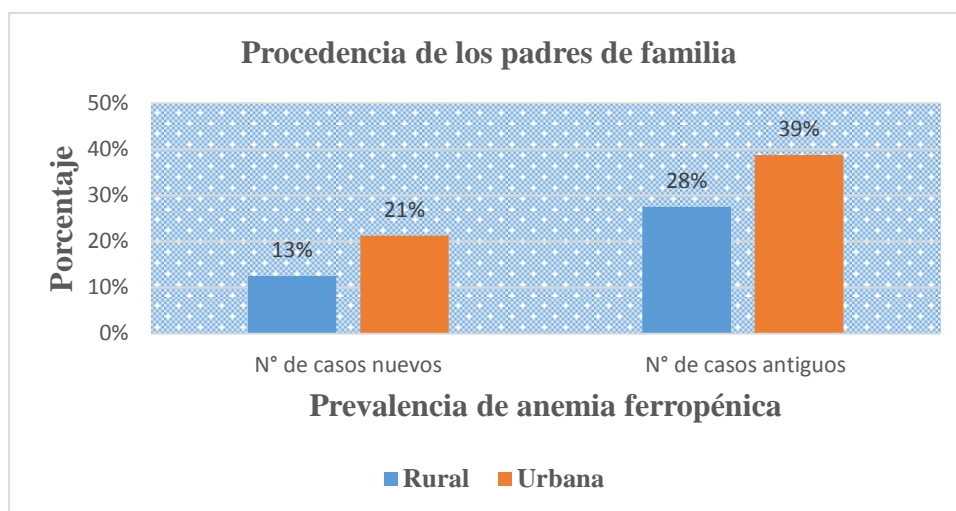


A la descripción en la tabla y el gráfico N° 05 del 100% de la muestra de la prevalencia de anemia ferropénica en niños el 66% son atendidos como casos antiguos y el 34% como casos nuevos. De los cuales al respecto tipo de familia funcional cuyo niño está en tratamiento como casos antiguos el 50% son familias armónicas y el 16% son familias conflictivas y el tipo de familia funcional cuyo niño están en tratamiento como casos nuevos el 23% son familias armónicas y el 11% son familias conflictivas.

A la interpretación, el mayor porcentaje son familias armónicas, cuyos niños padecen de anemia ferropénica y están en tratamiento como de casos antiguos.

**Tabla 06****Procedencia de las madres de familia que influye en la prevalencia de anemia**

Procedencia de las madres de familia	Prevalencia de anemia ferropénica					
	N° de casos nuevo		N° de casos continuador		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Rural	10	13	22	28	32	40
Urbana	17	21	31	39	48	60
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>34</b>	<b>53</b>	<b>66</b>	<b>80</b>	<b>100</b>



A la descripción en la tabla y el gráfico N° 06 del 100% de la muestra de la prevalencia de anemia ferropénica en niños, el 66% son atendidos como casos antiguos y el 34% como casos nuevos. De los cuales, respecto de la procedencia de las madres de familia cuyo niño en tratamiento como casos antiguos el 39% de procedencia urbana y el 28% de la procedencia rural y la procedencia de las madres de familia cuyo niños están en tratamiento como casos nuevos el 21% de la procedencia urbana y el 13% de la procedencia rural.

A la interpretación, el mayor porcentaje de las madres de familias son de procedencia urbana, cuyos niños padecen de anemia ferropénica y están en tratamiento como casos antiguo.

## **4.2 Prueba de hipótesis**

### **Hipótesis 1**

A la formulación de hipótesis, el nivel de educación de las madres influye en la prevalencia de anemia ferropénica de casos antiguos en niños, con nivel de significancia de 0.05, se aplica la prueba estadística no paramétrica de la Chi cuadrada, cuyo resultado es 3.150 y el p valor es mayor a 0.05. A la contrastación de la hipótesis estadísticamente no es significativa. Entonces, la hipótesis nula se acepta y la hipótesis alterna se rechaza.

### **Hipótesis 2**

A la formulación de hipótesis el tipo de familias constituida influye en la prevalencia de anemia ferropénica de casos antiguos en niños, con nivel de significancia de 0.05, se aplica la prueba estadística no paramétrica de distribución libre la Chi cuadrada, cuyo resultado es 0.151 y el p valor es mayor a 0.05, A la contrastación de la hipótesis estadísticamente no es significativa. Entonces, la hipótesis nula se acepta y la hipótesis alterna se rechaza.

### **Hipótesis 3**

A la formulación de hipótesis, el hábito de consumo de sustancias nocivas de las madres influye en la prevalencia de anemia ferropénica de casos antiguos en niños, con nivel de significancia de 0.05, se aplica la prueba estadística no paramétrica de distribución libre, la Chi cuadrada, cuyo resultado es 3.529, el p valor es mayor a 0.05 A la contrastación de la hipótesis estadísticamente no es significativa. Entonces La hipótesis nula se acepta y la hipótesis alterna se rechaza.

### **Hipótesis 4**

A la formulación de hipótesis, el tipo de familias funcional influye en la prevalencia de anemia ferropénica de casos antiguos en niños, con nivel de significancia de 0.05, se aplica la

prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrada, cuyo resultado es 0.696 y el p valor es mayor a 0.05, A la contrastación de la hipótesis estadísticamente no es significativa. Entonces, la hipótesis nula se acepta y la hipótesis alterna se rechaza.

### **Hipótesis 5**

A la formulación de hipótesis, la procedencia de las madres de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica de casos antiguos en niños, con nivel de significancia de 0.05, se aplica la prueba estadística no paramétrica de distribución libre la Chi cuadrada, cuyo resultado es 0.149 y el p valor es mayor a 0.05. A la contrastación de la hipótesis estadísticamente no es significativa. Entonces, la hipótesis nula se acepta y la hipótesis alterna se rechaza.

### **4.3 Discusión**

- **Nivel de educación de las madres de familia**

Estos resultados no guardan relación .Fernández Contreras, Dermalý, el título: Factores Socioculturales Del Cuidador Familiar Relacionados Con El Estado Nutricional del Niño de 1 A 5 Años en el Sector Magllanal- Jaén 2013 - Cajamarca- Perú. Uno de los resultados. La mayoría de cuidadores familiares de niños con algún tipo de desnutrición tienen nivel de instrucción primaria (100% D. aguda, 80,8% D. crónica, 64,3% D. global).

El resultado de las dimensiones entre nivel de educación y la prevalencia resalta que, el 24% de los madres de familia su nivel de educación es secundaria completa cuyos niños, padecen de anemia ferropénica y está en tratamiento como casos antiguos, comparando con los estudios precedentes: los cuidadores familiares con algún tipo de desnutrición tienen el nivel de primaria incompleta, a mayor nivel educativo de la madre se observa menor porcentaje

de desnutrición y a mayor sea la preparación académica de la persona a cargo del niño(a) menor preparados están para la crianza.

A la explicación, el nivel de educación de las madres no es determinante en el estado de Salud de los niños. Entonces, a la toma de decisión, la característica sociocultural de nivel de educación de las madres de familia no influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños.

- **Tipo de familia constituida**

Estos resultados si guardan relación. Alarcón M, García J, Romero P, Cortés A, cuya investigación titulada: "Prácticas alimentarias: Relación con el Consumo y el Estado Nutricional Infantil en niños de 5 a 27 meses el año 2008". La proporción de familias nucleares y extensas fue similar (53,1% y 46,9% respectivamente). Con los indicadores de longitud y peso para la edad, se clasificó a los niños según su estado nutricional, encontrando que 48,7% y 19,9% de los niños evaluados presentaron, desmedro o bajo peso según la norma.

Isidoro Quispe Usnayo en su trabajo de investigación Titulado: "Condiciones Institucionales y Sociales para la Formulación y Aplicación de Políticas de Ayuda para las Familias Numerosas de Escasos Recursos Económicos en la Circunscripción 11 del Departamento la Paz 2010 – Bolivia". Uno de los resultados describe que, no existe ayuda para las familias numerosas de escasos recursos económicos, ya que el 62.5% argumenta que no existe ayuda mientras el 37.5% dice que la ayuda es poca, esto haciendo referencia a los bonos que emite el gobierno, lo cual nos da a interpretar que la importancia a este sector es casi inexistente.

El resultado de las dimensiones entre el tipo de familia constituida y la prevalencia resalta que, el 25% son familias nucleares cuyos niños, padecen de anemia ferropénica y está en

tratamiento como casos antiguos, comparando con los estudios precedentes: a mayor porcentaje de familias nucleares y extensas, a la evaluación a niños presentaron desmedro o bajo peso y la no existencia de ayuda para las familias numerosas de escasos recursos económicos. A la explicación, la conformación de familias extensas no es determinante en el estado de Salud de los niños. Entonces, a la toma de decisión, la característica sociocultural de tipo de familia constituida no influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños.

- **El hábito de consumo de sustancias nocivas de las madres.**

El resultado de las dimensiones entre el consumo de sustancias nociva y la prevalencia resalta que, el 36% de las madres de familia refieren no consumir ninguna sustancia nociva cuyos niños, padecen de anemia ferropénica y está en tratamiento como casos antiguos, no se ubica estudio o estudios para comparar y en consecuencia el resultado se considera como un hallazgo nuevo. a la toma de decisión, la característica sociocultural de habitó de consumo de sustancias nocivas por las madres de familia no influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños.

- **Tipo de familia funcional**

Estos resultados no guardan relacion. Carmen Vallejo Juscamaita, cuyo Título: Familias Saludables y su Influencia en la Calidad de Vida, en la Población del Distrito de Iguainhuanta - Ayacucho – 2012. Uno de los resultados, el porcentaje de familias Saludables 36% (18) y menor porcentaje de familias no Saludables 24% (12), correspondiente a la Comunidad de Huayhuas. Sin embargo en la comunidad de Antarumi del 40% (20) mayor porcentaje 24%(12) familias no Saludables y 16% (8) familias Saludables. La valoración de familias Saludables, en resumen respondieron a la existencia de características tales como: organización y gestión familiar, políticas públicas, prácticas Saludables, entornos Saludables, reorientación de los servicios; los cuales responden a los determinantes sociales de la Salud.

El resultado de las dimensiones entre el tipo de familia y la prevalencia resalta que, el 50% de madres de familia son armónicas, cuyos niños padecen de anemia ferropénica y está en tratamiento como casos antiguos. Para realizar comparaciones con estudios similares no se encuentra, solo hay un antecedente de estudio: el predominio de familias Saludables en relación a familias no Saludables. Además, las familias Saludables respondieron a la existencia de características tales como: organización y gestión familiar, políticas públicas, prácticas Saludables, entornos Saludables y otros.

La armonía en las familias se expresa en organización, prácticas Saludables y entornos Saludables. Sin embargo, las prácticas Saludables no es determinante en el estado de Salud de los niños.

Entonces, a la toma de decisión, la característica sociocultural de tipo de familia funcional de las madres familia no influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños.

- **Procedencia de las madres**

Estos resultados guardan relación. Según, Instituto Nacional Demográfico y Estadístico ( ENDES ) del año 2014 la anemia en el área urbana afectó al 55.6% de los niños, en el área rural al 44.4% y a nivel nacional afectó al 35.6% de la población de 6 a 35 meses de edad, solo el 14.4% de niños de 6 a 35 meses de las área urbana cubren sus recomendaciones nutricionales de hierro y el 10.9% de niños lo hacen en el área rural, lo que indicaría que sin importar el área de residencia, la anemia afecta por igual a los niños en este grupo de edad. Según Instituto Nacional de Estadística E Informática, Ministerio de Economía y Finanzas (INEI-MEF) del año 2014. Datos estadísticos recientes cinco de cada diez niños, o el 50% de todos los niños menores de tres años de edad sufre de 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. El resultado de las dimensiones entre la procedencia de los padres la prevalencia resalta que, el 39% de los padres son de área urbana cuyos niños, padecen de anemia ferropénica y está en tratamiento como casos antiguos, comparando con los estudios precedentes: la anemia en niños es mayor en área urbana que rural y el otro estudio que la anemia en niños afecta tanto en área urbana y rural. A la explicación, la procedencia de las madres no es determinante en el estado de Salud de los niños. Entonces, a la toma de decisión, la característica sociocultural de procedencia de las madres de familia no influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños.

## CONCLUSIONES

1. La característica sociocultural en el nivel de educación de las madres no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017.
2. La característica sociocultural de tipo de familia constituida no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017.
3. La característica sociocultural de habitó de consumo de sustancias nocivas de las madres de familia no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017.
4. La característica sociocultural de tipo de familia funcional no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017.
5. La característica sociocultural de procedencia de las madres no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las acciones educativas respecto a la prevención y consecuencias de la anemia ferropénica, mediante un programa de promoción y prevención hacia a las madres de familia y otros actores sociales. Dicho accionar sea generada y monitorizada por la responsable de Área Niño del Establecimiento de Salud de Kishuara.
2. Remitir los resultados y conclusiones del estudio al responsable de Establecimiento de Salud de Kishuara, para que se socialice y genere compromisos del personal de Salud y autoridades de la localidad. Además, permita establecer estrategias e intervenciones.
3. Al responsable de Área Niño del Establecimiento de Salud Kishuara realizar visitas domiciliarias, a los niños que reciben suplementación de hierro y multimicronutriente, que padecen de anemia ferropénica, para efectos incremento de la cobertura de seguimiento nutricional a niños y la atención personalizada.
4. Al responsable de Promoción de la Salud del Establecimiento de Salud propiciar educación alimentaria nutricional, para incentivar el consumo de alimentos con una alta biodisponibilidad de hierro en todos los grupos etarios de la comunidad.
5. Impulsar campañas de educación a nivel de atención primaria sobre alimentación adecuada a los niños y sobre todo impulsando lactancia materna exclusiva.

## BIBLIOGRAFIA

1. Moreira VF. Anemia ferropénica. Tratamiento. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2009 enero; 101(01).
2. MARTIN C. ONMEDA.ES. [Online].; 2016 [cited 2017 ENERO 02. Available from: <http://www.onmeda.es/enfermedades/anemia.html>.
3. Ministerio de Salud INdS.  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%2520FINAL\\_v.03mayo2015.pdf](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%2520FINAL_v.03mayo2015.pdf). [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 21. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%2520FINAL\\_v.03mayo2015.pdf](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%2520FINAL_v.03mayo2015.pdf).
4. Arias GS. Prevalencia de anemia ferropénica de 1 mes a 4 años con 11 meses. pos grado. universidad de azuay, Ecuador; 2010.
5. Santos ljc. prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la universidad de cuenca. pre grado. ecuador: facultad de ciencias médicas escuela de tecnología médica carrera de nutrición y dietética , ecuador; 2016.
6. Leyva fv. presencia de anemia en niños menores de 6 años en 4 ciudades del estado de chihuahua y su relación con el estado de chihuahua y su relación con el. pos grado. universidad autónoma de ciudad de juarez, juarez; 2010.
7. Dianderas CF. Relación del estado nutricional y anemia ferropénica en niños menores de dos años evaluados en el Centro de Salud Materno infantil Miguel Grau 2012. pos grado. universidad peruana unión, peru; 2015.
8. Ramirez Ep. “Conocimientos Sobre Anemia Ferropénica En madres De Niños Menores De 1 Año Que Acuden Al consultorio Cred, Hospital Tingo Maria, Enero –Marzo 2016”. Pos Grado. Huanuco: Universidad De Huanuco, Tingo Maria; 2016.
9. Contreras F. factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en el sector magllanal- jaén, 2013. pos grado. universidad nacional de cajamarca, jaen; 2014.
- 10 Cortez R. El gasto social y sus efectos en la nutrición infantil. Tesis pregrado. Lima: . Universidad del Pacífico; 2009.
- 11 Instituto Nacional de Estadística (. [Online].; 2008 [cited 2017 Octubre 22. Available from: . <http://www.inei.gob.pe/>.
- 12 Merino JPPyM. Definición de familia (<https://definicion.de/familia/>). [Online].; 2012 . [cited 2017 Agosto 05. Available from: <https://definicion.de/familia/>.

- 13 Pinillos W. En Familia. 2009..
- 14 Quiroz FLHA. El concepto de familia hoy. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá . • Facultades de Filosofía y Teología. 2011 Diciembre; LIII(156).
- 15 Medina v. Incidencia y causas de anemia ferropenica. Tesis pre grado. Guayaquil: . Universidad de Guayaquil ; 2013.
- 16 I A. Incidencia de la anemia ferropenica en relacion al tipo de alimentacion. Tesis pre grado. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2011.
- 17 Anyhy I. Incidencia de anemia ferropenica en relacion al tipo de alimentacion. Tesis pre grado. Universida nacional de Loja; 2011.
- 18 Dianderas CF. Relación del estado nutricional y anemia ferropénica en niños menores de dos años evaluados en el Centro de Salud Materno infantil Miguel Grau 2012. Lima: Universidad Peruana Unión, Ciencias de la Salud; 2015. Report No.: tesis pre grado.
- 19 Glendy Anahí VF. Influencia de la anemia ferropenica enel desarrollo psicomotor en niños de 6 A 24 meses en el puestode salud de San Juan Bautista, Arequipa 2015. Tesis pre grado. Lima: Universida Catolica de Santa Maria, Facultade enfermeria; 2015.
- 20 Guía de practica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la. - Minsa. [Online].; 2015 . [cited 2017 Octubre 20. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>.
- 21 Minsa. Guía de practica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la. - Minsa. [Online].; . 2015 [cited 2017 octubre 20. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>.
- 22 Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia. [Online].; 2015 . [cited 2017 Octubre 20. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM028-2015-MINSA\\_guia.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM028-2015-MINSA_guia.pdf).
- 23 García MCG. Cuidados de enfermería en la anemia ferropénica. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2016 junio; 20(07).
- 24 Jiménez EP. Cuidados de Enfermería en pacientes con anemia. Revista Médica Electrónica . PortalesMedicos.com. 2017 Setiembre; 20(05).
- 25 Aranda DAE. Guías de diagnóstico y tratamiento. Anemia por deficiencia de hierro. . Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2004 junio; 43(02).
- 26 Gardey JPPyA. Definición de característica (<https://definicion.de/caracteristica/>). . [Online].; 2011 [cited 2017 agosto 24. Available from: <https://definicion.de/caracteristica/>.
- 27 Merino JPPyM. Copyright © 2008-2017. [Online].; 2009 [cited 2017 agosto 08. Available . from: <https://definicion.de/social/>.

- 28 Msc. sfs. prevalencia de anemia ferropénica en niños menores de 4 años atendidos ... en consulta externa del centro de salud deportovelo 2013. postgrado. guayaquil: universidad de guayaquil, portovelo-guayaquil; 2013.
- 29 Pedro P. Md saude. [Online].; 2018 [cited 2018 Marzo 15. Available from:  
. <https://www.mdsaude.com/es/2017/12/queilitis-angular.html>.
- 30 Mercola. Mercola. [Online].; 2015 [cited 2018 Marzo 14. Available from:  
. <https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2015/12/14/beneficios-de-los-polifenoles.aspx>.
- 31 Angelito GV. [Online].; 2006 [cited 2018 marzo 12. Available from:  
. <http://guzmanci.blogspot.pe/2006/10/metodo-inductivo.html>.
- 32 Arias FG. Emirarismendi. [Online].; 2012 [cited 2018 Marzo 05. Available from:  
. <http://planificaciondeproyctosemirarismendi.blogspot.pe/>.
- 33 A LCS. Estudio aplicativo. [Online].; 2013 [cited 2018 marzo 05. Available from:  
. <https://prezi.com/yfwcfwogdfvh/que-es-el-estudio-aplicativo/>.
- 34 Arnaldo Martínez M. Niveles de investigacion. [Online]. [cited 2017 Enero 08. Available  
. from: [http://www.arnaldomartinez.net/enfermeria/niveles\\_de\\_investigacion.pdf](http://www.arnaldomartinez.net/enfermeria/niveles_de_investigacion.pdf).
- 35 GOMEZ DV. [Online].; 2011 [cited 2018 Marzo 20. Available from:  
. <https://es.slideshare.net/8831837/investigaciones-9345191>.
- 36 Hernández. Metodología. [Online].; 2003 [cited 2018 Marzo 03. Available from:  
. [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/garcia\\_m\\_f/capitulo4.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/garcia_m_f/capitulo4.pdf).
- 37 Martins Spyf. [Online].; 2010 [cited 2017 Diciembre 13. Available from:  
. [http://planificaciondeproyctosemirarismendi.blogspot.pe/2013/04/tipos-y-diseno-de-la-investigacion\\_21.html](http://planificaciondeproyctosemirarismendi.blogspot.pe/2013/04/tipos-y-diseno-de-la-investigacion_21.html).

# ANEXO

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuáles son las características socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b> ¿Cómo el nivel de educación de las madres influye en la Prevalencia de la Anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?</p> <p>¿Cómo el tipo de familias constituidas influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?</p> <p>¿Cómo el hábito de consumo de sustancias nocivas por las madres de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?</p> <p>¿Cómo la familia funcional influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?</p> <p>¿Cómo la procedencia de las madres de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017?</p>	<p><b>OBJETIVO GENRAL</b> Determinar las características socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> Identificar el nivel de educación de las madres que influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p>Identificar el tipo de familia constituida que influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p>Identificar el hábito de consumo de sustancias nocivas por las madres de familia que influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p>Identificar tipo de familia funcional que influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p>Identificar procedencia de las madres de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b> Las características socioculturales influyen en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017</p> <p><b>HIPOTESIS ESPECIFICOS</b> El nivel de educación de las madres influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p>El tipo de familia constituida influye en la prevalencia de anemia ferropénica es en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p>El hábito de consumo de sustancias nocivas de las madres influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p>El tipo de familia funcional influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p> <p>La procedencia de las madres de familia influye en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara enero a marzo 2017.</p>	<p><b>CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES</b></p> <p>Nivel de educación de las madres Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa</p> <p>Tipos de familia constituida Monoparental Nuclear Extensa</p> <p>consumo de sustancias nocivas Alcohol Hoja de coca Ninguno</p> <p>Tipos de familia funcional Armónico Conflictivo</p> <p>Procedencia Rural Urbano</p> <p><b>PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPENICA</b></p> <p>Nºde casos Nuevos Nºde casos Casos antiguos</p>	<p>Método Inductivo, deductivo y explicativo.</p> <p><b>1.6. Tipo de investigación</b></p> <p>Aplicativo</p> <p>Nivel o alcance de investigación</p> <p>Descriptivo, prospectivo y transversal.</p> <p><b>1.7. Diseño de la investigación</b></p> <p>No experimental.</p>



## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

### FICHA DE ACOPIO

Amiga(o), la presente es anónima tiene el objetivo de **identificar niñas(os) con anemia ferropénica, cuyas edades estén entre 6 y 35 meses atendidos en el Establecimiento de Salud de Kishuara**. Lea atentamente las proposiciones y consigne el dato según el Registro de Seguimiento de Niñas(os). Su contribución permitirá la lucha contra la anemia en niños de la comunidad.

### Proposiciones

1. Edad de la **niña** o **niño** en meses que está encuentra consignada en el **Registro Seguimiento de Niñas(os)**:.....
2. **Niña** o **niño** con **anemia ferropénica que pertenece como caso:**
  - a) N° de caso Nuevo
  - b) N° de caso Antiguo

**Gracias por su apoyo...**

### CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Amiga(o), el presente es anónima tiene el objetivo de identificar las características socioculturales de los padres de familia que acompaña a niña(o) con anemia ferropénica, cuyas edades estén entre 6 y 35 meses atendidos en el Establecimiento de Salud de Kishuara. Lea atentamente las proposiciones y consigne el dato según el Registro de Seguimiento de Niñas(os). Su contribución permitirá la lucha contra la anemia en niños de la comunidad.

### PREGUNTAS

1. **¿Desde dónde viene usted?**
  - a) caserío
  - b) ciudad
2. **¿Cuál es su estudio cursado que tiene usted?**
  - a) Sin instrucción
  - b) Primaria incompleta
  - c) Primaria completa

- d) Secundaria completa
  - e) Secundaria incompleta
- 3. ¿Quiénes viven en su hogar?**
- a) madre con un o dos hijos
  - b) Mamá, papá, hijo y dos hijos
  - c) Mamá, papá y más de tres hijos.
- 4. ¿Cómo es la convivencia entre miembros de la familia en su hogar?**
- a) Nos llevamos bien entre todos nosotros
  - b) No nos llevamos bien entre todos nosotros
- 5. ¿Alguna sustancia de manera constante consume usted?**
- a) Alcohol
  - b) Hoja de coca
  - c) Ninguna

**Gracias por su apoyo**

## BASE DE DATOS

Datos para Chi cuadrada corregida.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

72 :

	Identificador	Educación	Número	Habitos	Familia	Procedencia	Prevalencia	var	var	var
1	1	1	1	1	1	2	1			
2	2	5	3	2	2	2	2			
3	3	5	3	2	1	2	2			
4	4	5	3	2	1	2	2			
5	5	5	3	3	1	2	2			
6	6	4	3	3	1	2	2			
7	7	5	3	2	1	2	2			
8	8	5	3	2	2	2	2			
9	9	5	3	2	2	2	2			
10	10	1	1	1	2	1	2			
11	11	3	1	1	1	2	1			
12	12	3	1	3	1	1	1			
13	13	5	1	3	1	2	1			
14	14	5	1	3	1	2	2			
15	15	3	2	3	1	1	2			
16	16	4	2	1	1	2	2			
17	17	2	2	3	1	1	2			

Datos para Chi cuadrada corregida.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

44 : Identificador 44

	Identificador	Educación	Número	Habitos	Familia	Procedencia	Prevalencia	var	var	var
23	23	5	1	3	1	2	2			
24	24	2	2	3	1	1	2			
25	25	5	1	3	1	2	2			
26	26	4	2	1	1	2	1			
27	27	2	3	2	1	2	2			
28	28	1	2	3	1	1	2			
29	29	2	3	3	2	2	1			
30	30	3	3	1	2	2	1			
31	31	5	2	2	1	1	1			
32	32	4	2	3	1	2	1			
33	33	3	2	2	1	1	1			
34	34	4	2	2	2	2	1			
35	35	3	3	3	2	2	1			
36	36	1	3	3	1	2	2			
37	37	4	2	2	2	2	2			
38	38	2	2	2	2	1	2			
39	39	5	2	3	1	2	2			

Datos para Chi cuadrada corregida.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

65 :

	Identificador	Educación	Número	Habitos	Familia	Procedencia	Prevalencia	var	var	var
44	44	5	2	2	1	1	2			
45	45	5	1	3	1	2	2			
46	46	3	3	2	1	1	2			
47	47	3	2	2	1	2	2			
48	48	2	2	3	2	2	1			
49	49	2	2	3	1	2	2			
50	50	4	3	3	1	2	1			
51	51	5	1	3	1	1	1			
52	52	5	2	3	1	2	1			
53	53	3	3	3	2	2	1			
54	54	3	2	1	1	1	2			
55	55	5	1	3	1	1	2			
56	56	1	1	2	1	2	2			
57	57	4	2	3	1	1	2			
58	58	1	3	2	2	1	2			
59	59	2	3	2	2	2	2			
60	60	2	1	3	1	1	2			

Datos para Chi cuadrada corregida.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

63 :

	Identificador	Educación	Número	Habitos	Familia	Procedencia	Prevalencia	var	var	var
63	63	5	1	3	1	2	2			
64	64	4	3	3	1	2	2			
65	65	4	1	3	1	1	1			
66	66	3	2	3	1	2	2			
67	67	4	2	3	1	1	2			
68	68	5	1	3	1	1	2			
69	69	5	3	3	1	2	1			
70	70	4	2	3	1	2	1			
71	71	5	3	2	2	1	1			
72	72	5	3	2	2	1	1			
73	73	5	3	3	1	2	1			
74	74	3	2	2	2	1	1			
75	75	4	1	3	1	1	2			
76	76	1	3	3	1	1	2			
77	77	5	3	3	1	1	2			
78	78	2	3	3	1	1	2			
79	79	5	3	3	2	2	2			
80	80	2	2	2	1	1	2			

## PRUEBA DE PILOTO

Validez y confiabilidad con Alfa Cronbach corregido.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado  
Tiítulo  
Fiabilidad  
Notas  
Escala: ALL VARIABLES  
Tiítulo  
Resumen de Estadísticas  
Tiítulo  
Fiabilidad  
Notas  
Escala: ALL VARIABLES  
Tiítulo  
Resumen de Estadísticas  
Registro  
Frecuencias  
Tiítulo  
Notas  
Conjunto de datos  
Estadísticos  
Tabla de frecuencias  
Tiítulo  
Identificador  
Número de p

### Fiabilidad

**Escala: ALL VARIABLES**

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,748	6

