

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo - Lampa 2016

Por:

Dina Mamani Cahuapaza

Noemí Soledad Checmapoco Calsina

Asesora:

Lic. Daissy Marlene Calisaya Sana

Juliaca, octubre de 2017

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TEF 2 M21 2017	<p>Mamani Cahuapaza, Dina</p> <p>Eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo - Lampa 2016 / Autoras: Dina Mamani Cahuapaza y Noemí Soledad Checmapoco Calsina; Asesora: Lic. Daissy Marlene Calisaya Sana - Juliaca, 2017.</p> <p>119 páginas: anexos, tablas.</p> <p>Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Enfermería, 2017.</p> <p>Incluye referencias y resumen.</p> <p>Campo del conocimiento: Enfermería</p> <p>1. Nivel de conocimientos.</p>
-----------------------------------	---

DECLARACION JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Lic. Dayssi Marlene Calisaya Sana, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: EFICACIA DEL PROGRAMA "NIÑO NUTRIDO, NIÑO SANO" PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANEMIA FERROPÉNICA, EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ANTONIO BARRIONUEVO- LAMPA 2016. constituye la memoria que presentan las bachilleres Noemí Soledad Checmapoco Calsina y Dina Mamani Cahuapaza para aspirar al título Profesional de Licenciada en Enfermería ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Juliaca a los veintitres días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete.



Lic. Dayssi Marlene Calisaya Sana

Eficacia del Programa "Niño nutrido, Niño sano" para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo - Lampa 2016

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

JURADO CALIFICADOR



Mg. Della Luz León Castro
Presidenta



Lic. Martha Rocío Vargas Yucra
Secretaria



Mg. Francis Gamarra Bernal
Vocal



Lic. Ruth Yenny Chura Muñuico
Vocal



Lic. Daissy Marlene Calisaya Sana
Asesora

Juliaca, 17 de octubre del 2017

Dedicatoria

A mis padres Nicolás David Mamani Ochochoque y Bertha Cahuapaza León con mucho amor, porque creyeron en mí, quienes a lo largo de mi vida velaron por mi bienestar y educación, gracias por el infinito amor, apoyo y confianza en el deseo de superación por haber hecho posible este sueño de (Dina.)

A mis padres Andrés Checmapoco Alata y Nelly Concepción Calsina Garate con mucho amor, porque creyeron en mí, quienes a lo largo de mi vida velaron por mi bienestar y educación, gracias por el infinito amor, apoyo y confianza en el deseo de superación por haber hecho posible este sueño de (Noemi.)

Agradecimiento

A nuestro Dios por el inmenso amor, protección y bendiciones derramadas sobre nuestros hogares, por brindarnos sabiduría y paciencia para terminar nuestras metas, por darnos fuerzas y voluntad por terminar este trabajo de investigación. Y por acompañarnos durante todo el periodo de estudio.

A nuestra casa de estudios Universidad Peruana Unión, por abrirnos las puertas y brindarnos una educación diferente a las demás, e inculcarnos el amor de Dios en nuestros corazones, por llevarnos a concluir una de nuestras metas.

A nuestra asesora Lic. Daissy Marlene Calisaya Sana por su apoyo incondicional y paciencia por creer en nosotras y brindarnos su apoyo en la experiencia científica, con una gran confianza, afecto y amistad que son fundamentales para la culminación de este trabajo de investigación.

A todos los que conforman la gran familia del “Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa” a las licenciadas en enfermería y nutrición, por el gran apoyo en los pasos de nuestro trabajo y en la ejecución del trabajo de investigación.

Tabla de contenido

	Pág.
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de tablas	ix
Índice de anexos	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
Capítulo I	15
El Problema.....	15
1. Planteamiento del problema	15
2. Formulación del problema.....	20
3. Objetivos	20
3.1. Objetivo general	20
3.2. Objetivo específicos	20
4. Justificación	21
5. Presuposición filosófica.....	23
Capítulo II.....	26
Marco Teórico	26
1. Antecedentes	26
2. Marco teórico	30
2.1. Anemia ferropénica.....	30
2.1.1. Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica	35
2.1.2. Activadores o inhibidores de la absorción del hierro	36
2.1.3. Función del hierro:.....	38
2.1.4. Medidas Preventivas de la anemia ferropénica:.....	38
2.1.5. Alimentos ricos en hierro: Fuentes de origen animal o hierro hémico .	39
2.1.6. Alimentación complementaria de los niño de 6 a 12 meses:.....	40
2.1.7. Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica:.....	42
2.1.8. Conocimientos.	46
2.1.9. Madre.....	46

2.2. Modelo teórico de enfermería: Nola Pender	46
2.3. Definición de Términos	48
Capítulo III	49
Materiales y Métodos	49
1. Diseño y tipo de estudio.....	49
2. Descripción del lugar de ejecución	49
3. Población y muestra	50
3.1. Población.....	50
3.2. Muestra	50
4. Hipótesis de la investigación.....	50
4.1. Hipótesis General	50
4.2. Hipótesis específicas.....	51
5. Identificación de variables.....	51
5.1. Operacionalización de variables.....	52
6. Técnicas de recolección de datos.....	54
6.1. Instrumento.....	54
7. Proceso de recolección de datos	55
8. Procesamiento y análisis de datos:.....	55
9. Consideraciones éticas:.....	55
Capítulo IV.....	57
Resultados y discusión.....	57
1. Resultados.....	57
2. Análisis y Discusión	69
1. Conclusiones	72
2. Recomendaciones:	72
Referencias	74
Anexos	80

Índice de tablas

Tabla 1	
Valores normales de concentración de hemoglobina y grado de anemia en niños y niñas de 6 a 11 años (hasta 1000 msnm).....	33
Tabla 2	
Contenido de hierro en 100 gramos de alimento de origen animal.....	40
Tabla 3	
Aplicación de las 5 reglas para una alimentación Nutritiva.....	42
Tabla 4	
Operacionalización de las variables de investigación.....	52
Tabla 5	
Resultado de conocimiento sobre anemia ferropénica antes y después del Programa “Niño nutrido, Niño sano” aplicado a las madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.....	57
Tabla 6	
Estadísticas de muestras emparejadas de conocimientos sobre la anemia ferropénica antes y después de la intervención del Programa “Niño nutrido, Niño sano” del Pre- Test y Post-Test aplicado a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.....	58
Tabla 7	
Prueba de hipótesis de muestras emparejada de Conocimientos sobre la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano” a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.....	59
Tabla 8	
Nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016, antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, niño sano”	60

Tabla 9

Comparativo entre puntajes de la dimensión conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano”61

Tabla 10

Comparativo entre puntajes de la dimensión conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano”.....62

Tabla 11

Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.....63

Tabla 12

Comparativo entre puntajes de la dimensión Medidas preventivas de la anemia ferropénica. Antes y después de la intervención en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.....64

Tabla 13

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica, antes y después de la aplicación del Programa en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.....65

Tabla 14

Nivel de Conocimientos sobre la consecuencia de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016 antes y después de la aplicación del programa “Niño Nutrido, Niño Sano”66

Tabla 15

Comparativo entre puntajes de la dimensión de consecuencia de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de

Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016 antes y después de la aplicación del programa “Niño Nutrido, Niño Sano”.....67

Tabla 16

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la consecuencia de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016 antes y después de la aplicación del Programa “Niño Nutrido, Niño Sano”.....68

Índice de anexos

Anexo A. Ficha Técnica	81
Anexo B. Cuestionario sobre conocimientos de anemia ferropénica.....	82
Anexo C. Programa : “Niño nutrido, Niño sano”.....	87

Resumen

Objetivo: Determinar la eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016. **Metodología:** Este trabajo de investigación responde al diseño pre-experimental por que se aplica primero la prueba de entrada, luego el experimento y finalmente la prueba de salida, no hay control de variables extrañas. La población estuvo confirmada de 79 madres con niños menores de dos años que cumplieron los criterios de inclusión establecidos, se ejecutó el instrumento validado por: Julia Esperanza Márquez León 2008 un formulario de tipo cuestionario el cual permitió obtener información acerca del nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica. La primera parte viene a ser la introducción donde se menciona el título, los objetivos, confidencialidad, la importancia de la participación y el agradecimiento. La segunda parte corresponde a los datos generales del informante. La tercera parte consta de 16 preguntas, las cuales son cerradas con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las madres de niños menores de 2 años. La confiabilidad fue la prueba del Alfa de Crombach, obteniendose como resultado 0.75. La validez estadística del conocimiento se realizó a través del Ítem tes-r- Pearson, cuyo resultado de correlación fue $R > 0.70$ son aceptables. **Resultado:** se aprecia que del 100% de las madres en el pre- test, obtuvieron: donde el 83,5% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 15,2% con nivel de conocimiento Medio, mientras que el 1,3% presenta conocimiento alto. Después de la intervención y aplicación del post- test en el grupo experimental se observa que la mayor parte de las madres presentan: el 0,0% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 1,3% con nivel de conocimiento medio, mientras que el 98,7% presenta conocimiento alto. **Conclusión:** El nivel de conocimiento es alto y el Programa es efectivo, indicando de esta manera que el Programa es efectivo.

Palabras clave: Nivel de conocimientos.

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of the educational program "Child Nourished, Healthy Child" to improve knowledge about iron deficiency anemia in mothers of children under two years of age who attend the Antonio Barrionuevo-Lampa 2016 Health Center. **Methodology:** This research work is of pre-experimental design because they differ from the pure experiments in the degree of safety or reliability that can be had on the initial equivalence of the groups. The population was confirmed by 79 mothers with children younger than 2 years who met the established inclusion criteria, the instrument was validated by: a questionnaire type form which allowed to obtain information about the level of knowledge about anemia Ferropenic. The first part comes to be the introduction where it mentions the title, the objectives, confidentiality, the importance of participation and appreciation. The second part corresponds to the general data of the informant. The third part will consist of 16 questions, which are closed with multiple alternatives about the knowledge that mothers have of children under 2 years. Reliability was the Cronbach alpha test, resulting in ALFA = 0.75. The statistical validity of the knowledge was performed through the item test-r-Pearson, whose correlation result was $R > 0.70$ are acceptable. **Result:** it can be seen that of the 100% of the mothers in the pre-test, they obtained: where 83.5% have low knowledge; Followed by 15.2% with an average level of knowledge, while 1.3% presented high knowledge. After the intervention and application of the post-test in the experimental group it is observed that the majority of mothers present: 0.0% presents a low knowledge; Followed by 1.3% with average level of knowledge, while 98.7% presented high knowledge. **Conclusion:** The level of knowledge is high and the educational program is adequate, indicating in this way that the mothers are conscientious.

Keywords: Level of kno.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del problema

La anemia por carencia de hierro es donde el número de hematíes es insuficiente para compensar las necesidades del organismo en el envío de oxígeno a todos los organismos de nuestro cuerpo. Las insuficiencias fisiológicas del cuerpo humano específicas varían según los requerimientos del organismo en función de edad, género, la altitud donde habitan los seres humanos, las diferentes etapas del embarazo. La insuficiencia de hierro en el torrente sanguíneo es uno de los principios más comunes de anemia y la más grave, pero también pueden originar otras carencias nutricionales (entre ellas la vitamina B12 ayudan a sanar las neuronas y los glóbulos sanguíneos, que ayuda en la creación de energía y vitamina A), la inflamación aguda y crónica, como enfermedades respiratorias, las parasitosis y las enfermedades transitorias u obtenidas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la fabricación o la subsistencia de los glóbulos rojos. La concentración de hemoglobina por sí sola no puede utilizarse para diagnosticar la insuficiencia de hierro. Sin embargo, debe evaluarse, aunque no todos los tipos de anemias estén causadas por la deficiencia de hierro. La prevalencia de anemia es un indicador sanitario importante y cuando se utiliza con otros valores del estado nutricional con respecto al hierro, la agrupación de hemoglobina puede proporcionar información sobre la falta de hierro en la sangre (OMS, 2011).

Durante la etapa de crecimiento puede originarse mayor cantidad de requerimiento de hierro ya que es un componente de la hemoglobina, si las demandas no cubren las necesidades se producirá una anemia ferropénica, debido al crecimiento acelerado que se da en esta etapa, ya que el hierro está almacenado en el músculo y que se supone el aumento de la masa muscular (la mioglobina, y la

hemoglobina, ambas tienen hierro). Es importante saber que recién nacido y el lactante son más susceptibles a la disminución de la hemoglobina por el acelerado desarrollo y crecimiento, en especial si recibe fórmula y no lactancia materna exclusiva. Según los estudios desde los 18 meses de edad se originan colapso de las reservas, desde los dos años de edad, el ritmo de crecimiento disminuye, así el almacenamiento de hierro ya es de menor demanda y el riesgo de anemia disminuye paulatinamente. La disminución de hierro en la sangre es la anemia más común. En el planeta entre el 66 y el 80% de la población puede ser deficientes de hierro y el 30% presenta anemia ferropénica. Esta situación conlleva a un importante problema de salud pública que afecta a los seres humanos, independientemente del grado de desarrollo de cada país, aunque la prevalencia es mayor en los países subdesarrollados (51% vs 8%). Las etapas críticas del ser humano son los niños y mujeres en edad fértil, según estudios realizados han demostrado que la anemia ferropénica oscila entre el 50% en países en desarrollo y el 10% en aquellos países con programas de prevención establecidos por el gobierno. Se define anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina. Ya que así podemos definir a los pacientes en anémicos o no anémicos. La anemia generalmente los glóbulos rojos presentan de menor tamaño. En la anemia ferropénica es el descenso en la cantidad de hierro en la sangre del organismo, la cual refleja en un perfil férrico deficitario (Abos et al., 2004).

La disminución de hierro es una de las causas más comunes de deficiencia nutricional pese a los objetivos del milenio para su disminución, se aprecia que en el globo terráqueo existen aproximadamente 2000 millones de seres humanos con anemia y que cerca del 50% son a causa de la disminución de hierro (OMS, 2011).

Países en desarrollo, la disminución de hierro se aprecia en el 40% al 60% de la población vulnerable que son los niños. En los países latinos el estado nutricional por deficiencia de hierro y la ferropenia crónica y anemia muestran datos que el 52.55% de la población, siendo más grave el problema en la primera infancia. Según los estudios las madres son las primeras educadoras de las familias las cuales inculcan los hábitos y patrones de alimentación del niño y consecuentemente afecta al estado nutricional de los niños y que a su vez afecta en su desarrollo y crecimiento durante esta etapa y describe la estimación global de la prevalencia de la anemia en

niños en edad preescolar (6-59 meses), mujeres en edad reproductiva (15-49 años), por estado del embarazo, por región y por país (OMS, 2011).

Según las encuestas nacionales de demografía y salud, la anemia ferropénica en nuestro país en niños de 6 a 35 meses desde el año 2000 presentó una desplome de 19.3 puntos porcentuales en 11 años, pasando de 60.9% en el año 2011, sin embargo desde el 2011 y contrario a la tendencia anterior, las cifras se han aumentado paulatinamente hasta llegar a 46.4 % en el año 2013 (MINSa, 2015).

El primer origen de la anemia ferropénica es por el aporte insuficiente de hierro en los estados nutricional y/o en la dieta conlleva a la deficiencia de hierro por causas de alimentación con mezquino contenido de hierro, y consecuente a la disminución de la absorción de hierro por procesos infecciosos intestinales, como las diarreas, el cual produce la disminución de la absorción de hierro por consiguiente no se cubren los requerimientos en las etapas de crecimiento acelerado en menores de 2 años y adolescentes (MINSa, 2015).

En nuestro país, la anemia ferropénica es una dificultad de gran magnitud y la más importantes de salud pública; luego que las encuestas demostraran una pequeña depreciación en los datos estadísticos de la prevalencia a nivel de nuestro territorio nacional de anemia en niños menores de 59 meses, se ha percibido que las informaciones que en los últimos tres años ha habido un aumento sostenido de ésta. Los datos estadísticos y epidemiológicos de la anemia ferropénica en la primera infancia de los niños peruanos, ha creado mucha preocupación en diversos ámbitos de la vida del desarrollo de los niños y en el personal que imparte la primera barrera que es la promoción de la salud y bienestar de la población peruana. La anemia en la primera etapa de vida tiene graves consecuencias e irreversibles que perduran a lo largo de la vida de los niños y de cada individuo. Las consecuencias de la anemia ferropénica se aprecia principalmente en las áreas del desarrollo cognitivo deficiente que se establece a muy temprana edad y que por ello, trascenderá en la adquisición de las capacidades durante la infancia y que todas las personas van aprendiendo y desarrollando desde la infancia. Así, la anemia ferropénica en la infancia se ha visto demostrada que los niños no adquieren los mismos conocimientos o tardan en adquirirlos con pobres logros educativos y deficiencia en el área psicomotor, pero también con un aumento de la mortalidad y morbilidad a consecuencia de las bajas

defensas debido a enfermedades infecciosas, causadas por la depresión del sistema inmunológico e incluso pobres desenlaces en el embarazo en aquellas mujeres que de niñas padecieron de anemia (Román, Rodríguez, Ericson, & Aparco., 2015).

El período nutricional de los niños está relacionado al proceso cognitivo, psicomotor, un período nutricional defectuoso tiene obstáculos en el aprendizaje y el rendimiento escolar del niño. Asimismo, la nutrición está relacionado directamente en el sistema inmunológico y a la capacidad de combatir las enfermedades, una incorrecta alimentación conlleva a un mal período nutricional que aumenta los datos estadísticos de morbimortalidad en la temprana infancia. El condición de vida de un mala alimentación en las familias peruanas en la primera etapa de la niñez se extienden a lo largo de la vida, ya que es la base y una etapa fundamental para la alimentación y ayuda al incremento de padecer enfermedades crónicas como: las enfermedades prevalentes como el sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras y está asociado a que los menores no desarrollen sus competencias adecuadamente en los logros educativos y que repercutan en la etapa de la adultez con menores ingresos económicos (Román et al., 2015).

El 35,6% de los niños peruanos menores de 59 meses, sufrió de anemia ferropénica, con una reducción ligera en los datos estadísticos del año 2009 (37,2%). Por tipo, el 23,6% tuvo anemia leve, 11,6% anemia moderada y el 0,4% anemia severa. A diferencia del año 2009, se evidencia mayor reducción en la anemia moderada (2,6 puntos porcentuales), al pasar de 14,2% en el año 2009 a 11,6% en el 2014. La anemia ferropénica aquejó al 60,7% de los niños lactantes de seis a ocho meses de edad y al 63,1% menores de 1 año de edad, siendo aún superior en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (63,0%) y de 18 a 23 meses de edad (47,9%); mientras, que en los niños en su primera infancia de 24 a 59 meses de edad los datos porcentuales fueron menores: 24 a 35 meses (31,5%), 36 a 47 meses (23,6%) y de 48 a 59 meses de edad, el porcentaje baja a 21,8%. El porcentaje de anemia ferropénica fue mayor en los niños que pertenecen a las familias de extrema pobreza, (45,8%), continuado de quienes consumieron agua hervida de fuente distinta a la red pública agua sin tratamiento (45,0%). Los niños menores de 4 años con (44,6%) y/o con intervalo de nacimiento de 24 a 47 meses (42,2%). Según área de morada fue mayor en el área rural (44,4%) y por departamento, Puno se encuentra entre las

regiones liderando con la anemia ferropénica, presentó la más alta proporción (63,5%), como segundo lugar Loreto (54,7%), Junín (51,6%), Madre de Dios (51,3%) y Huancavelica (49,0%). Los menores porcentajes se presentaron en Lambayeque (25,8%) e Ica (25,9%). (INEI, 2014).

La prevalencia de la anemia ferropénica en niños menores de 59 meses, en nuestro país por regiones de los años 2009,2011 y 2013 el departamento de Puno encabeza el primer puesto con niños con anemia, en el año 2009 con un (52%) para el 2011(59.8 %) sin embargo para el año 2013 tenemos un aumento de (65.3%) (Instituto Nacional de Salud, 2015).

Los datos estadísticos del año 2015, el 32,6% de los niños menores de 59 meses de edad padeció de anemia, se observa el incremento a comparación de años anteriores en 2011 (30,7%). Por tipo, el 22,0% tuvo anemia leve, 10,3% anemia moderada y el 0,3% anemia severa. En comparación con el año 2011, se observa un mayor aumento en la anemia leve (3,0 puntos porcentuales), al pasar de 19,0% a 22,0%. La anemia se dio principalmente a los niños menores de 18 meses de edad: 59,7% de 9 a 11 meses de edad, 59,4% de seis a ocho meses de edad y 58,4% de 12 a 17 meses de edad. En los infantes de 18 a 23 meses de edad fue 43,6%. Mientras que en los niños de mayor edad fueron menores: 29,7% entre 24 y 35 meses de edad, 21,3% de 36 a 47 meses de edad y 16,7% de 48 a 59 meses de edad (ENDES, 2015).

Los datos estadísticos de las REDES Lampa refieren que en el 2012, el 71.0%, de los niños menores de 59 meses de edad presentaron un diagnóstico de anemia ferropénica, en el 2013 se presentó el 52.0% y en el año 2014 el 62.0% según evaluación del Centro de Identificación de Estado Nutricional. Así mismo las observaciones subjetivas realizadas en el Hospital Antonio Barrionuevo, se aprecia que algunos niños tomaban suplementación de Sulfato Ferroso, y los micronutrientes. Se evidencia que el conocimiento de las madres sobre una alimentación adecuada, balanceada de sus hijos no es lo correcto, ya que no proporcionan una adecuada e equilibrada alimentación rica en hierro, también el incorrecto uso de los alimentos en la preparación y combinación, para así evitar la anemia. Al relacionarse con el personal de salud como la enfermera, se comprueban que del 100% de niños que

acuden al consultorio, el 70% de niños menores de 59 meses de edad presenta algún tipo de anemia o sea de 10 niños 7 tienen anemia. (CIEM-LAMPA, 2015)

La enfermera como soporte y defensora los derechos del niño y adolescente, en la labor de su trabajo e interacción en el crecimiento y desarrollo de los niño está comprometida al logro de los objetivos del Desarrollo del Milenio (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia) tomando énfasis en disminuir la morbimortalidad infantil con las acciones de la prevención y promoción de la salud. La anemia, en estos días es la primera carencia nutricional en esta región, por lo cual es necesario incrementar en las madres los conocimientos para que apliquen en la vida diaria y así disminuir la anemia ferropénica que afecta fundamentalmente a lactantes y niños preescolares en crecimiento (Arnillas, Merino, Del Águila, & Serrano, 2013).

Es por eso que en este estudio de investigación de planteo la siguiente pregunta: ¿Es eficaz el Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos hacia la anemia ferropénica y sus consecuencias, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016?

2. Formulación del problema

¿Es eficaz el Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos hacia la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016?

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar la eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016

3.2. Objetivo específicos

Determinar la eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre anemia ferropénica en su dimensión de diagnóstico y tratamiento, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

Determinar la eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre anemia ferropénica en su dimensión de medidas preventivas, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

Determinar la eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre anemia ferropénica en su dimensión de consecuencias, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

4. Justificación

La carencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en los niños, dando los datos estadísticos que en edad preescolar, infancia y especialmente entre los 6 y los 24 meses de edad, los recién nacido a término tiene reservas adecuadas de hierro adquiridos de la madre en la etapa prenatal, hasta los 4 a 6 meses de edad. La reserva proviene fundamentalmente de la madre durante la vida intrauterina y en menor medida, ya que los eritrocitos tienen un tiempo de vida 120 días en los tres primeros meses de vida. Dando al lactante mayores oportunidades Como el hierro de la madre es incorporado en la vida intrauterina al feto durante el tercer trimestre del embarazo. A diferencia del niño pre término nace con menores reservas de hierro por consiguiente es susceptible a desarrollar anemia ferropénica y adquirir otras enfermedades. Lo más grave es que hay evidencia que el déficit psicomotor no es corregible si la anemia ferropénica ocurre en los dos primeros años de vida La cantidad de hierro en el organismo demuestra un balance o equilibrio entre las demandas fisiológicas y la cantidad ingerida. Hay determinadas etapas donde el requerimiento de hierro aumenta y este balance es negativo y Por lo cual el organismo debe adquirir más depósitos de hierro para poder conservar una eritropoyesis adecuada. Sin embargo, durante dichas etapas una dieta con insuficiente o escasa cantidad o baja biodisponibilidad de hierro. La cual agrava el riesgo de desarrollar una anemia ferropénica en los niños. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2009)

La anemia ferropénica se define como una disminución del volumen de hematíes 30% o de la concentración de la hemoglobina y hierro que transportan el oxígeno que es por debajo de los valores normales. La anemia ferropénica es la más común de

las anemias, y se produce por deficiencia de hierro, el cual es necesario para la formación de los hematíes en ausencia de esta produce menos glóbulos rojos o glóbulos demasiado pequeños. (OMS, 2011)

Tendrá un aporte teórico. Actualmente la anemia en nuestra región encabeza el primer lugar, las cuales se dan por muchos factores, el Programa se realizó con la intención de conocer el nivel de conocimiento sobre la anemia ferropénica que tienen las madres para combatir la anemia, prevenirlas, identificarlas y tratarlas., además se presentó información actualizada profunda y sistematizada sobre anemia ferropénica: signos, síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención. Esta investigación da luces para conocer la prevalencia de anemia en diversos departamentos para así determinar si los conocimientos de las madres son adecuados, porque es el primer eslabón para poder actuar como profesionales de enfermería.

La investigación desde el punto de vista social genera aportes para dar soluciones a los problemas como el desconocimiento de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años, porque ellas son las principales cuidadoras de los niños y responsables de su alimentación, ya que los datos estadísticas demuestran que el departamento de Puno es uno de los líderes de anemia ferropénica con los más altos porcentajes (61,8%). Este trabajo de investigación es de gran importancia porque proporciona información actualizada y objetiva que contribuye, motiva y promueve en las familias de las comunidades urbanas las costumbres y los hábitos de vida saludable. Existe una falta de conocimientos sobre la alimentación balanceada y rica en hierro, por lo cual hay una gran brecha entre el conocimiento y la falta de interés de las madres, para resolver el problema que aqueja a la población vulnerable. A corto y a largo plazo se necesitan muchos esfuerzos por parte del personal de salud y el interés de la familia, para motivar y mejorar el conocimiento sobre la alimentación, por lo cual el profesional de salud y especialmente el personal de enfermería debe implementar programas para combatir este problema ya que se encuentra en el primer nivel de atención, que aqueja más a las personas vulnerables como los niños, esto podría solucionarse con la comunicación y la educación vigorosa hacia la comunidad.

Tendrá un aporte social ya que los niños son parte fundamental del futuro, el capital humano de un país, cuya salud se ve complicada por la anemia. La anemia ferropenia, anemia infantiles tiene un alcance de gran magnitud mundial, producida por una inadecuada ingesta de hierro o una menor reserva de hierro en la alimentación es uno de las principales causas nutricionales de nuestro país. Durante la periodo del crecimiento y desarrollo, del niño las consecuencias de la disminución de hierro conduce a la disminución de las defensas a nivel de la inmunidad celular, trayendo como consecuencias, infecciones intestinales, respiratorias disminución del rendimiento físico, conductual, el metabolismo de los cambios químicos y biológicos de las catecolaminas, termogénesis o regulación de la temperatura y a nivel del sistema nervioso central, donde los daños son permanentes e irreversibles a largo plazo. (Abos et al., 2004)

La enfermera como profesional de la salud en el primer nivel de atención, en sus actividades dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de CRED, es responsable de la promoción y prevención de la salud, también en la participación como educadora, e impartir conocimientos científicos a las madres con el objetivo que se motiven en los cambios en el estilo de vida y su conducta, frente a la anemia ferropénica, entonces la enfermera debe impartir conocimientos reales objetivos de este problema. De esta manera contribuirá al personal de salud que los resultados pueda permitir a las enfermeras, autoridades del centro de salud, que los resultados obtenidos de la presente investigación es de carácter verídico de los conocimiento es aprobado científicamente de la situación actual para así fortalecer la estrategia sanitaria nacional CRED con el fin de disminuir las tasas estadísticas de anemia ferropénica. (Arnillas, Merino, Del Águila, & Serrano, 2013)

5. Presuposición filosófica

El niño crecía en sabiduría y en estatura y en gracia par a Dios y con los hombres Somos creados a imagen y semejanza de Dios, que nos brindó el aliento de vida y por el pecado somos seres caídos en un mundo caído ,como tales susceptibles a todo tipo de enfermedad, dolor y muerte, al final el único que nos redimirá será Jesús en su segunda venida nos traerá completa restauración y sanidad en tanto nuestro autodesarrollo en nuestra responsabilidad con Dios y nuestros semejantes , es que Dios nos concedió toda facultad de alcanzar la plenitud en nuestras capacidades y

que podamos cultivar y preservar nuestra salud física y mental, Dios nos trajo a esta tierra con una meta: para que disfrutáramos de la creación en toda su plenitud y riqueza, y para conocer y difundir el amor de Dios en toda su esplendor. Santa Biblia, (1960)

El cuerpo debe tener suficiente nutrición alimentos producto de nuestra naturaleza y la tierra. El Dios que concede el sueño a sus amados los ha provisto también de alimentos adecuados para sostener el sistema físico en una condición saludable, dándonos consejos saludables para una adecuada nutrición, Para tener buena salud, debemos tener buena sangre, pues la sangre es la corriente de la vida. Repara los desgastes y nutre el cuerpo. Provista de los elementos convenientes y purificada y vitalizada por el contacto con el aire puro, da vida y vigor a todas las partes del organismo. Cuanto más perfecta sea la circulación, mejor cumplida quedará aquella función. todo esto puede lograrse con la alimentación de acuerdo a lo establecido (White, 1905).

Instruye al niño en su camino y aun cuando fuere viejo no se apartara el (proverbios 22:6).

“La debida preparación de los alimentos es uno de los trabajos más importantes. Especialmente donde la carne no constituye el principal artículo de la alimentación, la buena preparación de los alimentos es un requisito esencial. Algo debe prepararse para ocupar el lugar de la carne, y estos sustitutos deben estar bien preparados, de tal manera que no se desee la carne” (White, 2007c).

La alimentación en la primera infancia toma un gran énfasis por lo que los niños están en una etapa de crecimiento y desarrollo de su organismo, por lo tanto sus requerimientos nutricionales aumentan en manera considerable, a diferencia de un adulto. El primer alimento que el ser humano recibe cuando nace es la leche materna, en especial el calostro el cual contiene enorme cantidad de nutrientes, hasta los 6 meses de edad de los niños, luego de esto ya empieza la alimentación complementaria. Se recomienda que en la primera infancia se eduque el paladar de los niños a comer alimentos saludables ricos en proteínas minerales para la satisfacción de sus necesidades (IASD, 2016)

“Sólo cuando demostremos ser inteligentes tocante a los principios de una vida sana, podremos discernir los males que resultan de un régimen alimenticio impropio”.
(White, 2007c, p. 45)

Muchos han esperado que Dios los preservara de la enfermedad meramente porque le han pedido que lo hiciera. Pero Dios no atendió sus oraciones, porque su fe no fue perfeccionada por las obras. Dios no obrará un milagro para preservar de la enfermedad a los que no se cuidan a sí mismos, sino que están constantemente violando las leyes de la salud y no hacen esfuerzos para prevenir la enfermedad
(White, 2007a)

Un estilo de vida en los seres humanos puede encaminarnos en buen o mal camino en nuestra dieta diaria y esto afecta a nuestras actividades diarias, como los malos hábitos que se adquieren a lo largo de nuestras vidas como el fumar o el alcoholismo, o la actividad de ejercitarse al día el descanso y lo más primordial la alimentación , se han encontrado estudios de que una buena alimentación y un estilo de vida adecuado aumenta los años de vida de las personas y por lo tanto el estado de salud mejora. La salud depende mucho de cada ser humano, de cómo eduquemos a nuestro hijos y las enseñanzas que se les inculca (IASD, 2016).

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes

Zamora (2012) realizó el trabajo de investigación titulado “Caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica” cuyo objetivo fue a fin de caracterizar los lactantes menores de 1 año con anemia ferropénica. La metodología fue un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de niños diagnosticados con anemia, pertenecientes al Policlínico Universitario “Josué País García” de Santiago de Cuba, desde diciembre de 2011 hasta febrero de 2012 y obtuvieron resultados que: Al relacionar la edad y el sexo de los lactantes con anemia ferropénica se aprecia un predominio de los varones 11 para (68,7 %) y 9-11 meses de edad 10 para (62,6 %). Se muestra también que 4 niños (25 %) eran hijos de madres que presentaron anemia en el II trimestre del embarazo y la progenitora de 5 (31,3 %) sufrió de esta afección durante el III trimestre y con respecto al tipo de lactancia, se halló una prevalencia de la complementada en 11 casos (68,7 %) y no se cumplió con la exclusiva hasta el sexto mes, sin embargo, Según las enfermedades padecidas por los lactantes las infecciones respiratorias agudas altas no complicadas en 10 casos, para 62,5 % Tal como se ha visto, en los niños predominaron las infecciones respiratorias altas no complicadas, por lo tanto, los lactantes con anemia son más vulnerables a las enfermedades infecciosas, entre las cuales figuran: respiratorias, estos son factores importantes que contribuyen a la alta prevalencia de anemia.

Becerril y Mendigure (2013) realizaron el trabajo de investigación titulado “Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamellín, provincia Antonio Raimondi, Ancash” Ancash es una región de la sierra

peruana caracterizado por los elevados niveles de anemia infantil. La metodología fue de diseño preexperimental, se seleccionaron en total 100 niños; las estadísticas nacionales de INEI (2010), Al inicio del programa el 3.6% tenía anemia severa, 50.9% anemia moderada, 16.4% anemia leve y el 29.1% estuvo libre de anemia; es decir, que en global el 70.9% de los niños de Llamellín tenía anemia. En el distrito de San Juan de Rontoy, el 6.7% tenía anemia severa, 26.7% anemia moderada, 33.3% anemia leve y el 33.3% sin anemia; por tanto, el 66.7% presenta algún grado de anemia. Durante la intervención la media de la hemoglobina entre los niños de Llamellín que recibieron ferrón, se incrementó de 8.1 a 10.7 gr/dl, ha quedado demostrada la eficacia del sulfato ferroso para revertir la anemia ferropénica en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de Llamellín y San Juan de Rontoy fueron eficaces, juntamente con otras acciones de brindar educación, comunicación a las madres con la cual queda demostrado la eficacia de la intervención con suplemento de sulfato ferroso de 1mg/kg/ día de Ferrán.

Medina (2014) realizó el trabajo de investigación titulado “Eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco. Pueblo-Perú 2014” cuyo objetivo fue determinar la eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco Pueblo- Lima 2014. La metodología de la investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo de nivel experimental y de corte longitudinal. El diseño es cuasi experimental, con un grupo de control y un grupo experimental, para el abordaje de la captación de datos. Como resultado se obtuvo que las edades de las personas participantes es de un 60% (46) con edades de 21 a 30 años. El 99%(76) son de sexo femenino, por el grado de instrucción el 47%(36) tienen secundaria incompleta. Por su ocupación el 61%(47) solo son amas de casa. El nivel de conocimientos fue bajo después de la aplicación del programa en el grupo de control siendo de 42%(14) y en el grupo experimental fue de nivel alto en un a 42% (14), siendo la diferencia de medias de (-5,82), con lo cual en el momento después hubo un mejor resultado debido a la aplicación del programa educativo supervisado. En el momento antes de la aplicación del programa supervisado el 56%(5) de las docentes tenían un nivel de conocimiento bajo, pero en el momento después obtuvieron el nivel alto en un 67%(6). Existen diferencias

significativas en la regularidad de la administración de los multimicronutrientes en los momentos antes y después de la aplicación del programa educativo con una diferencia de (-13,3). En la concentración de hemoglobina hubo una diferencia de (-0,85) y en la cantidad de sobres una diferencia de (-12). Se llegó a la conclusión que el programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco Pueblo-Lima 2014, es altamente eficaz.

Manrique (2013) realizó el trabajo de investigación titulado “Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 - 36 meses que asisten al programa “sala de educación temprana” Lima-Cercado” con el objetivo de “Determinar la efectividad del programa educativo en el incremento de los conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 - 36 meses que acuden al programa “Sala de Educación Temprana”, Lima - Cercado.” La investigación es de tipo cuantitativo, porque permitió medir y cuantificar numéricamente la variable dependiente, de nivel aplicativo porque parte de la realidad para transformarla; el método es cuasi-experimental de un solo diseño, ya que permitió establecer asociación causal entre las variables; porque hubo manipulación de la variable independiente, permitiendo presentar la información tal y como se obtiene antes y después de la aplicación de la variable independiente, que está dado por el programa educativo. Se llegó a la Conclusión que: El programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica fue efectivo en el incremento de conocimientos de los cuidadores, luego de la aplicación del programa educativo, demostrado a través de la prueba de t de Student, obteniéndose un t calc 12.4, con un nivel de significancia de α : 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; donde estos estudios demuestran la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en niños.

Arohuanca (2011) realizó el trabajo de investigación titulado “Intervención educativa en la prevención de anemia en madres de niños menores de 36 meses de edad en el establecimiento de salud Ajoyani, 2011”, cuyo objetivo fue determinar el efecto de la intervención educativa, la metodología de la investigación fue de tipo experimental, con diseño de pre y post test de un solo grupo, la muestra estuvo

constituida por 25 madres, para obtener la muestra se utilizó el muestreo probabilístico. En conclusión la investigación demostró que el 52% de las madre presentan un nivel de conocimiento medio, el 44% nivel de conocimiento bajo y el 4 % nivel de conocimiento alto, 25 días después de la aplicación de la intervención educativa con técnica demostrativa el 56% presenta un nivel de conocimiento medio, el 44% presento un nivel de conocimiento alto y ninguno presento un nivel de conocimiento bajo. Donde los resultados demuestras que la intervención sobre la prevención de la anemia es eficaz.

Márquez (2008) realizo el trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007” llegaron a la conclusión de: El nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la Anemia Ferropénica es de nivel medio (62.5%), lo cual nos demuestran que, las madres no están muy capacitadas ni debidamente informadas sobre la alimentación rica en hierro, para prevenir la anemia, exponiendo a los niños a esta enfermedad y a las consecuencias en su vida futura en su salud y desarrollo cognitivo, psicomotor en su futuro; El 68.75% de Madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a adquirir enfermedades debido al poco conocimiento; El 66.07% de madres tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia. Lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño frente a casos de anemia; El 86.61% (97) (suma de conocimiento medio y bajo) de las madres, tienen un conocimiento medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas de su vida, sobre todo al daño permanente en el desarrollo cognitivo, psicomotor, limitando las oportunidades de desarrollo en su vida futura. Las recomendaciones son fortalecer las acciones educativas acerca de la Prevención y Programa de Promoción y Prevención orientado a las madres que asisten a la consulta de la ESNCREED y a la comunidad en general, Realizar estudios similares de conocimientos y su relación con el estado de la Hb en los niños en zonas urbanas y zonas urbano marginales con el fin de comparar resultados.

Gutiérrez (2016) realizo el trabajo de investigación titulado “Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash,

Perú: Periodo mayo 2010–marzo 2011 con el Objetivo de Conocer la incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en la gestación en el distrito de Rapayan, Ancash, Perú la metodología utilizada tipo de estudio prospectivo, analítico y longitudinal en 39 gestantes del distrito de Rapayán, provincia de Huari, departamento de Ancash, Perú durante el periodo comprendido entre mayo 2010 y marzo del 2011. Se procedió a tomar muestras de sangre del total de la muestra n= 39 gestantes, durante los tres trimestres con el fin de controlar los niveles de hemoglobina y forma de los eritrocitos. Además se evaluaron los siguientes factores: edad de las gestantes, número de gestaciones y ganancia de peso durante los tres trimestres. Resultados: de las 39 gestantes estudiadas el 15,3% presentó anemia en los dos primeros trimestres y el 10,2% en el tercer trimestre, presentando todos estos niveles leves de anemia. El 83,33% de las gestantes con anemia mostraron eritrocitos normocíticos y el 16,67% mostraron eritrocitos microcíticos. Las edades de las gestantes anémicas comprendían entre los 19 a 43 años, el número de gestaciones no muestra significancia estadística y con respecto a la ganancia de peso se evidencia que la anemia se presenta en gestantes que ganaron menos de 9 kg durante la gestación y obtuvieron como resultado que el sistema de creencias de la población, genera una gran desadherencia en las recomendaciones acerca del cuidado que debe tener una gestante durante el embarazo, estando entre estas, la buena alimentación y el consumo de los suplementos férricos y de ácido fólico que son repartidos gratuitamente por el MINSA.

2. Marco teórico

2.1. Anemia ferropénica

Los primeros los 3 años, de vida de un ser humano es de suma importancia para desarrollo de las conexiones cerebrales del niño ya que en esta etapa se forman 700 conexiones neuronales por segundo y a partir de los 5 años el desarrollo cerebral va en aumento durante la infancia hasta alcanzar los niveles del adulto tras la primera infancia y la pubertad, con ello implica diversos procesos del sistema nervioso entonces la anemia ferropénica puede ocasionar diversos cambios en el desarrollo cognitivo, motor y conductuales, existen estudios incluso que relacionan el déficit de atención con la hiperactividad con el síndrome de las piernas inquietas, desajuste del patrón sueño, Accidente Cerebro Vascular, existen diversos estudios que sostienen que la anemia ferropénica causa en el lactante y el niño menor de dos años desarrolla

alteraciones en el desarrollo madurativo del sistema nervioso presentándose deterioro en la área cognitiva y comportamiento así como deterioro fisiológico auditivo y visuales (MINSA, 2015).

La anemia es el descenso del nivel de hemoglobina y del número de glóbulos rojos o hematies por debajo del nivel estimado como normal para una persona. Es la enfermedad por deficiencia nutricional de alimentos de abundante hierro, más comunes en niños de 6m–a 3 años de edad (OMS, 2011).

La insuficiencia de hierro es el causante más habitual de la anemia ferropénica en los niños, especialmente en la primera infancia, y niños menores de 2 años ya que un recién nacido normal a término tiene reservas adecuadas de hierro en su organismo esto gracias a su madre, esto es suficiente para recubrir la necesidad de hierro en el organismo del lactante hasta los 4 a 6 meses de edad antes de empesar la abalactancia. Estas son derivadas fundamentales del aporte de hierro materno durante la etapa prenatal y en menor medida existe destrucción de los eritrocitos por envejecimiento durante los primeros 3 meses de vida. A partir de los 4–6 meses de vida iniciando la abalactancia, el niño dependerá en gran medida de la ingesta adecuada de alimentos que contengan hierro para mantener un equilibrio adecuado de hierro en el organismo, la cual determina que la anemia ferropénica en el lactante y en la primera infancia generalmente está definida por una dieta deficiente en hierro o mal balanceada (Donato, 2009).

La anemia es un estado en el cual la sangre necesita de suficientes glóbulos rojos y la concentración de hemoglobina está disminuida a diferencia de los valores normales y de referencia según edad, sexo y altura que se encuentre. La hemoglobina es un grupo de proteína que contiene hierro. Su producción es en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica que existe una deficiencia de hierro, se ha identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional ha sido especialmente la más resaltante debido a la falta de cantidad de hierro en la alimentación diaria y esto constituye a la mitad de número de casos de anemia. La anemia ferropénica con valores de una hemoglobina por debajo de 11,0 g/dl* al nivel del mar, está relacionada con una disminución del transporte de oxígeno a los tejidos y las células y la disminución de capacidad física y mental y con alto riesgo de adquirir enfermedades y seguida de resistencia contra las infecciones (ENDES, 2015).

La anemia en los recién nacidos sus niveles de hematíes y su producción son menores y el crecimiento del recién nacido va en aumento. Las causas de anemia en los Recién Nacidos pueden ser: hemorragias en las placentas (Placenta previa, desprendimiento `placentario); hemorragias del cordón (Ruptura de vasos aberrantes, hematomas del cordón); Hemorragias fetales (Arca & X, 2008).

El pinchamiento tardío del cordón umbilical para la prevención de la anemia ferropénica, tardío ayuda al recién nacido a prevenir riesgos de hemorragias intraventriculares y aumenta las reservas de hierro en el neonato. Los estudios realizados indican que el pinchamiento tardío del cordón aporta hasta 75mg de hierro en el neonato que le durara durante sus 3,5 meses de vida y complementado con la lactancia materna aporta aún más este nutriente en el recién nacido se recomienda que el pinchamiento del cordón sea de 3-5 minutos después del nacimiento (OMS, 2013).

Según la Academia Americana de Pediatría sustenta que para definir que es anemia ferropénica deben determinarse por los valores de hemoglobina, hematocrito, presencia de microcitosis, hipocromía. La disminución de hierro tiene 3 etapas bien definidas. La anemia ferropénica promueve una anemia hipocrómica microcítica. Que quiere decir que los glóbulos rojos son de menor tamaño que lo normal y que el contenido de la hemoglobina es menor. Simultáneamente, la disminución de enzimas esenciales del organismo que contienen hierro puede causar otras complicaciones, incluyendo la alopecia, dificultad para el lenguaje y en la mucosa gástrica y mala absorción intestinal del hierro y los nutrientes. Al inicio de la disminución de las reservas de hierro y hemosiderina pueden ocasionar que los niveles normales de hematíes disminuyan, así como los de hierro sérico y de transferrina. Durante este periodo, existe un acrecentamiento de la acción de los eritrocitos de la médula ósea. Después de no compensar los requerimientos del organismo y las células en el transporte e intercambio de nutrientes en el organismo, aparece anemia microcítica e hipocrómica (Sociedad Argentina de Pediatría, 2009).

Tabla 1

Valores normales de concentración de hemoglobina y grado de anemia en niños y niñas de 6 a 11 años (hasta 1000 msnm)

Grados de anemia en niños de 6 a 59 meses	Hemoglobina (g/dl)
	Altitud < 1000
Normal	11.0-14.0
Leve	10-10.9
Moderada	7-9.9
Severa	<7

Fuente: Resolución Ministerial 028-2015 MINSA

El nivel demandado de hemoglobina en el torrente sanguíneo depende de la presión parcial de oxígeno de atmósfera. Como en nuestro territorio nacional es un país donde un gran de personas viven a más de 4000 msnm en altura donde la presión de oxígeno es mínima en comparación con la del nivel del mar, se requiere un ajuste a las mediciones de hemoglobina para poder evaluar el fase de anemia, es decir, el nivel mínimo requerido de hemoglobina dada la disponibilidad de oxígeno en la atmósfera. Hay dos formas de ajuste para la evaluación del estado de anemia: cambiando los límites de los niveles mínimos de hemoglobina según la elevación sobre el nivel del mar o llevando a nivel del mar la medición observada. Esto se hace restando de la medición el incremento que se observa en la hemoglobina como resultado de vivir a mayores alturas (ENDES, 2015).

La disminución del elemento de hierro en torrente sanguíneo, la cual tiene una función indispensable del transporte de nutrientes y oxígeno para todo el organismo, una de las causas más frecuentes de anemia por deficiencia de hierro, el limitado contenido de hierro en los alimentos. La anemia tiene 3 periodos: Disminución de hierro en la hemoglobina la cual afecta para el transporte de oxígeno al torrente sanguíneo; el segundo la disminución de la producción de glóbulos rojos, la cual evidenciamos por las bajas reservas de hierro y seguido de una mala alimentación deficiente en hierro, por la cual el organismo no absorbe bien los nutrientes, la cual no compensa las necesidades del organismo y la etapa de crecimiento la cual es acelerado, la cual afecta los niveles de hemoglobina; la tercera es la insuficiente cantidad de hierro en las células sanguíneas, estas afectan de modo que las

funciones de síntesis de proteínas dentro de la hemoglobina no es la adecuada y en consecuencia bajan los niveles (Garibay, 2012).

El hierro es un mineral fundamental para el adecuado funcionamiento de los organismos, ya que se encuentran en cantidades pequeñas, pero cumplen una función indispensable. El cuerpo las utiliza para el transporte y almacenamiento de oxígeno junto a la hemoglobina, y a la adecuada respiración a nivel celular, y que la sangre circule de una manera adecuada y ayuda al sistema inmunológico y la resistencia física por que ayuda a la oxidación de la glucosa convirtiéndola en energía, y a la formación de las proteínas que contiene los músculos, las células sanguíneas y los huesos. Y hierro es el que transporta el oxígeno, para el cerebro la proteína usada es la transferina la cual está encargada de llevar dicho elemento del organismo al cerebro, ya durante la etapa de crecimiento hasta los dos años son fundamentales, algunas investigaciones llegaron a la conclusión de que el hierro es esencial para la formación de mielina y esta acelera la comunicación del cerebro, los niveles disminuidos del hierro durante la infancia puedan que acarren consecuencias ya que las reservas no sean lo suficiente en la etapa de la adolescencia y estén propensos a enfermedades como el envejecimiento y el Alzheimer. Los datos estadísticos en el año 2009 muestran un (37,2%) de anemia ferropénica .por tipo el 23,6% tuvo anemia leve, 11,6% anemia moderada y el 0,4% anemia severa. En relación con el año 2009, puede apreciarse mayor disminución en la anemia moderada (2,6 puntos porcentuales), al pasar de 14,2% en el año 2009 a 11,6% en el 2014. La anemia afectó al 60,7% de niñas y niños de seis a ocho meses de edad y al 63,1% de 9 a 11 meses de edad, siendo aún más alta los porcentajes en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (63,0%) y de 18 a 23 meses de edad (47,9%); mientras que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores: 24 a 35 meses (31,5%), 36 a 47 meses (23,6%) y de 48 a 59 meses de edad, el porcentaje baja a 21,8%. El porcentaje de anemia fue mayor en niñas y niños que pertenecen al quintil inferior de riqueza (45,8%), seguido de quienes consumieron agua hervida proveniente de otra fuente distinta a red pública (45,0%) y/o que consumieron agua sin tratamiento (44,6%) y niñas y niños con intervalo de nacimiento de 24 a 47 meses (42,2%). Según área de residencia fue mayor en el área rural (44,4%) y por departamento, Puno presentó la más alta proporción (63,5%), seguido por Loreto (54,7%), Junín (51,6%), Madre de Dios (51,3%) y Huancavelica. La carencia de hierro en el organismo de los

niños y a nivel del Sistema Nervioso Central, trae irreversibles consecuencias a lo largo de la vida de los niños (MINSA, 2015)

Durante la etapa de crecimiento existe incremento de las necesidades nutricionales por lo cual existen déficit de hierro y otros micronutrientes de gran importancia para el organismo de los niños. Además la maduración del cerebro del niño se da en la etapa prenatal y hasta los dos años de vida es fundamental que los niños adopten la cantidad necesaria de hierro y una de las causas más comunes de la anemia es la prematuridad y bajo peso al nacer y estos son propensos a padecer cualquier tipo de enfermedades por la deficiencia de hierro (Gaitán, Olivares, Arredondo, & Pizarro, 2006)

El hierro se divide en dos el HIERRO NO HEMO la cual es la que se encuentra en todos los vegetales y su absorción se da en el estómago y su conversión es a hierro ferroso su absorción se da en el intestino delgado en el duodeno y transportado a todo el organismo, en cambio el HIERRO HEMO es la que encontramos en todos los alimentos de origen animal, se absorben a nivel del duodeno, y en menor medida en la parte alta del yeyuno proximal (Abos, et al., 2004).

2.1.1. Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica

Según la Resolución Ministerial 028-2015 del Ministerio de Salud (MINSA), los factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica son:

2.1.1.1. Factores de riesgo relacionados a la persona

- Recién nacido prematuro o con bajo peso al nacer
- Niñas y niños pequeños para la edad gestacional
- Niñas y niños menores de dos años.
- Alimentación complementaria deficiente en hierro.
- Niños y niñas con infecciones recurrentes.
- Niños y niñas menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva.
- Hijos de madres con embarazo múltiple
- Hijos de madres anémicas

2.1.1.2. Factores de riesgo relacionados al medio ambiente.

- Zonas con alta inseguridad alimentaria.

- Zonas endémicas con malaria.
- Zonas con saneamiento ambiental deficiente.
- Zonas endémicas con parásitos.
- Población expuesta a contaminación con metales pesados.
- Familiares con limitado acceso a información nutricional.

2.1.2. Activadores o inhibidores de la absorción del hierro

2.1.2.1. Activadores

El ácido ascórbico o vitamina c: estos ácidos tienen la cualidad de aumentar la velocidad y cantidad de hierro para que sea absorbido en el organismo, ya que estos compuestos tienen la facilidad de reducir el hierro no hemo y así aumentar el hierro soluble en el duodeno el cual es más sencillo y puede atravesar la mucosa intestinal del sistema digestivo. El ácido ascórbico en comparación de 10 a 1 con respecto al hierro a aumentado la absorción de forma directa del hierro cuya función del ácido ascórbico es disminuir la cantidad de metales de que cada producto para una buena absorción en el organismo, los alimentos combinados con hierro y vitamina c evidencias que hay una mejor absorción de este mineral. Las carnes las cuales contienen hierro aumentan la capacidad de absorción de hierro no hemo, al ser ingeridos en conjunto, las carnes son ricas en aminoácidos y proteínas y esta última evita la degradación con los jugos gástricos manteniéndolo como hierro y así aumenta la biodisponibilidad. La vitamina A es uno de los complementos de hierro, esta ayuda a la movilización de las reservas hierro y la reutilización en la hematopoyesis.

2.1.2.2. Inhibidores

En los países subdesarrollados por la economía se consume más legumbres que carnes. Uno de los componentes de las legumbres son los fitatos al cual se le atribuye ser la causante de anemia por deficiencia de hierro, a pesar que las legumbres y cereales contienen altas cantidades de hierro no hemo, no son buenas fuentes de metal, tiene el mecanismo de unir varios metales en el duodeno y así disminuyen la absorción de este metal. Los minerales como el Calcio, Zinc, Cobre, Magnesio en el organismo interfieren en el metabolismo del hierro y compiten por los transportadores de hierro de los eritrocitos y por consiguiente existe una disminución de la biodisponibilidad. El calcio es una sustancia que detiene la absorción de hierro ya que son sustancias alcalinizantes las cuales neutralizan los jugos gástricos del

estómago en este proceso conlleva a que el hierro este en estado ferroso y no se absorba, cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hémico la cuales podemos encontrarlas en la leche, lacteos ya que estos minerales al ser introducidos al organismo juntos dentro de las células no hay una buena absorción y transporte por los transportadores en los eritrocitos por lo cual no hay una buena absorción (Licata, 2015)

El hierro es el elemento esencial de la vida, ya que es uno de los elementos más importantes para la formación de la hemoglobina de más está decir que transporta el oxígeno en sangre, y es pieza fundamental para el almacenamiento, y transporte de oxígeno a cada rincón del organismo desde los pulmones en el intercambio alveolo capilar hasta la última célula de cerebro. El hierro en el organismo forma dos comportamientos: Funcional ya se encuentra las enzimas de la Hemoglobina, mioglobina y transferrinas ya que están necesitan necesariamente el hierro para su mecanismo de acción en el organismo en el lumen distal del duodeno donde el Ph acido ayuda a la solubilidad del fierro y la oxidación del hierro, en el duodeno proximal de la membrana apical de los eritrocito, el hierro disminuye su concentración y es transportado con hidrogeno a través del transportador de los eritrocitos. Y que constituyen las reservas de este metal. El hierro es el 4 elemento más abundante de esta tierra se encuentran en el mundo en hierro oxidado o férrico la cual es muy insoluble y reducido o ferroso. La anemia en los niños afecta en el desarrollo cognitivo de las personas a lo largo de la vida trae irreversibles consecuencias como disminución de capacidad productiva ya sea en los ámbitos laborares y personales. Durante el embarazo las mujeres están propensa a tener anemia y esto lleva a que los niños sean propensos a nacer con bajo peso y a adquirir otras infecciones por la disminución del sistema inmunológico y muerte materna durante el parto ya que los datos estadísticos muestran que en países subdesarrollados el 40% son madres con anemia. Y al cumplir un año el 10% tienen anemia y el 50 % de niños con anemia en países desarrollados (Mengolé, 2013).

El hierro se excreta mediante distintas funciones como por ejemplo: la descamacion de la piel, de las celulas epiteliales, transtornos gastrointestinales microsangramientos intentinales, en los niños en el rapido crecimiento y las mujeres con la menstruacion. Los seres humanos almacenamos 4g de hierro en el organismo

almacenados en el hígado 1g; y de estas: la hemoglobina contiene 2,5g; otras enzimas 0,3 g y diariamente el ser humano adulto pierde entre 0,025 g de su hierro total. (Gaitán et al., 2006)

2.1.3. Función del hierro:

Trasporte y almacén de oxígeno en los tejidos: El grupo hemo o no hemo que es parte importante de la hemoglobina y mioglobina está compuesto por hierro. Estas son proteínas que transportan y almacenan oxígeno en nuestro organismo. La hemoglobina, proteína de la sangre, transporta el oxígeno desde el sistema respiratorio hacia el resto de los tejidos del organismo. La mioglobina tiene un papel elemental en el transporte y la acumulación de oxígeno en las células musculares, regulando el oxígeno de acuerdo a la demanda de las fibras musculares cuando entran en acción o en alguna actividad ya sea física o mental. En el Sistema nervioso: El hierro tiene un papel importante en sistema nervioso central ya que participa en la regulación los mecanismos bioquímicos del cerebro, en la elaboración de neurotransmisores y otras funciones encefálicas relacionadas al aprendizaje y la memoria como así también en ciertas funciones motoras y la regulación de temperatura. Sistema Autoinmune: La enzima mieloperoxidasa está presente en los neutrófilos que forman parte de las células de la sangre. Encargadas de defender al organismo contra las infecciones o materiales extraños. Esta enzima, que presenta en su composición un grupo hemo (hierro), produce sustancias (ácido hipocloroso) que son usadas por los neutrófilos, las células de la sangre para destruir las bacterias y otros microorganismos que atacan a nuestro organismo. Metabolismo de Energía: Interviene en el envío de energía en todas las células a través de unas enzimas llamadas citocromos que tienen al grupo hemo o hem (hierro) en su composición (Licata, 2015).

2.1.4. Medidas Preventivas de la anemia ferropénica:

La prevención es la anticipación a un daño que se hace anticipadamente para evitar un riesgo. La ciencia de la salud clasifica a esta palabra como el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad del proceso de salud. Real Academia Española

Una actitud preventiva es aquella guía moral que nos mantiene alertas ante los eventuales riesgos. Es la estrategia primaria que hace efectiva en el cuidado integral

a las personas esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocioespiritual e interrelaciona la promoción, prevención, el tratamiento y la rehabilitación. La prevención es una labor de todos y todas.

2.1.5. Alimentos ricos en hierro: Fuentes de origen animal o hierro hémico

Hígado: el hígado se considera dentro de las menudencias la más sabrosa y nutritiva aportando gran cantidad de vitamina A, del complejo de vitamina B, de proteínas y hierro. El hígado de carne vacuna, así como la morcilla elaborada a base de sangre roja, son excelentes fuentes alimenticias de hierro de fácil absorción ya que contienen alrededor de 8 mg % y 14mg %, respectivamente .Como verán estos alimentos contienen tanto hierro, por la sangre de origen animal que contiene hemoglobina, lo cual provee un hierro listo para ser absorbido (Donato, 2009)

Sangrecita: como ingrediente principal combinado con cereales autóctonos y altamente nutritivos, la quinua y la kiwicha. La sangre de pollo y cereales andinos representan y ventaja comparativa por su costo y contienen 8 veces más hierro que la carne de res, el consumo en pequeñas cantidades de “sangrecita” permite cubrir las cifras recomendadas de hierro, además de prevenir y luchar la anemia infantil. (Donato, 2009).

Carne: la carne vacuna, de pollo, pescado, pavo y otras contienen hierro en cantidades que rodean los 2mg por cada 100 gramos aproximadamente, es un hierro de fácil absorción (Garibay, 2012).

Tabla 2

Contenido de hierro en 100 gramos de alimento de origen animal

Alimento	Mg de Hierro
Sangres de pollo cocida	29.5
Bazo	28.7
Hígado de pollo	8.5
Riñon	6.8
Pulmón (Bofe)	6.5
Pavo pulpa	3.8
Carne de Res pulpa	3.4
Pescado	2,5 a 3.5
Pollo pulpa	1.5
Carnero pulpa	2.2

Fuente: Resolución Ministerial 028-2015 MINSA

2.1.6. Alimentación complementaria de los niño de 6 a 12 meses:

2.1.6.1. Lactancia Materna

La leche materna contiene nutrientes esenciales como proteínas de buena calidad, vitaminas y ácidos grasos que no se halla en ningún otro tipo de alimento ya sean de origen animal y vegetal, indispensables para formar bloques de construcción cerebral, permitiendo que el cerebro humano se desarrolle así en su máxima extensión en esta etapa de la vida. También tiene2 sustancias que van a inmunizar y proteger al niño contra infecciones y contaminaciones que se presenta a esta edad, haciendo que crezca sano, protegido, inteligente, despierto y lleno de vida (Donato, 2009).

2.1.6.2. Alimentación complementaria o ablactancia

Es el proceso que se inicia con la inducción gradual y paulatina de los alimentos en forma de papillas en conjunto con la lactancia materna para satisfacer las necesidades nutricionales y no necesariamente para destetarla, hasta integrarlos a la dieta de la familia. Los niños particularmente, durante los 12 meses de vida constituyen una población muy vulnerable, su alimentación depende de los adultos influenciados por el personal de salud. De acuerdo a los lineamientos de nutrición

materna infantil a partir del medio año de edad el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamoras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar, también es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, manteca, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética del niño (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2010)

2.1.6.3. Alimentación de Niño entre 6-12 meses de edad

La alimentación complementaria papillas en combinación de hierro hem y hemo el alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere por estas razones el niño debe comer preparaciones balanceadas combinando diferentes alimentos, ya que estos proporcionan energía, proteínas, vitaminas y minerales. **Cantidad necesaria de los alimentos:** a partir de los 6 meses la cantidad necesaria de alimentos empezara con 2 a 3 cucharadas de comidas dos veces al día entre los 7 y 8 meses, se aumentara a media taza (100 mg o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y dos adicionales entre los 9 y 12 meses se incrementa a un cuarto de taza (150 gr o 5 a 7 cucharadas) tres veces al día y dos adicionales. **Consistencia de las comidas:** En esta etapa aparecen los primeros dientes y empieza a poder masticar y deglutir los alimentos, gradualmente a medida que el niño crece incrementa la consistencia y la cantidad de los alimentos. Él bebe a partir de los 6 meses a 8 meses puede comer alimentos semisólidos en forma de papilla, sopa espesa o purés; a partir de los 8-9 meses el puré puede tener una consistencia más gruesa, hasta que el niño empiece a comer alimentos picados en trozos pequeños. Al año la mayoría de los niños pueden comer alimentos enteros puesto que aparecen los segundos molares (MINSa, 2015).

2.1.6.4. Frecuencia de las comidas

La cifra apropiada de las comidas depende de la estabilidad energética de los alimentos locales y la cantidad consumida en cada comida. Los niños pequeños tienen estomago pequeño y deberían comer con frecuencia y aumentar el número de comidas a medida que el niño crece a media mañana incorporar los alimentos o refrigerios. En tal forma la frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser recubierta por los alimentos complementarios,

asumiendo una capacidad gástrica de 30 gr/Kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0.8 Kcal/gr de alimento. La alimentación del niño debe distribuirse en varias raciones al día de comida en comida que irán aumentando paulatinamente (MINSA, 2015).

Tabla 3

Aplicación de las 5 reglas para una alimentación Nutritiva.

Edad	Consistencia	Cantidad	Frecuencia
6 meses	Alimentos aplastados (papilla o purés, mazamorras)	2 a 3 cucharadas	2 comidas al día y leche materna
7 a 8 meses	Alimentos triturados	3 a 5 cucharadas	3 comidas al día y 1 refrigerio y leche materna
9 a 11 meses	Alimentos picados chiquitos como para la boquita del bebe	5 a 7 cucharadas	3 comidas al día y 1 refrigerio y leche materna
2 a 3 años	3 comidas principales: desayuno, almuerzo y cena + 2 refrigerios. Agregar a la comida del niño o niña leche fresca, evaporada o leche en polvo. Conforme va creciendo, el niño o niña debe comer más.		

Fuente: Ministerio de salud, (2015)

2.1.7. Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica:

2.1.7.1. Signos y diagnóstico

Los niveles o valores de la hemoglobina en el cuerpo se diferencian de acuerdo a la edad, sexo, estado del embarazo y especialmente en la altura donde habitan los pobladores de la sierra, ya que esto se puede medir con una simple prueba de hemoglobina en un centro de salud y de acuerdo a la altura se usa la fórmula de descuento. También se puede obtener información sobre los signos y síntomas, los hábitos alimenticios de las familias y así también en las manifestaciones conductuales que pueda tener el niño en la escuela o en los hogares:

- Sistemas Generales: hiporexia, anorexia, sueño incrementado, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, vértigo, mareos, cefalea, y alteraciones en el crecimiento.
- Alteraciones Digestivas: Queilitis angular, glotis entre otros.
- Alteraciones en Piel y Faneras: piel y membranas mucosas pálidas y pelo ralo y uñas quebradizas.
- Alteraciones de conducta y alimentarias: Pica (Tendencia a comer tierra geofagia, o hielo (pagofagia).
- Sistema cardiopulmonar: taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo a Hemoglobina menor de 5 gr/dl.
- Alteraciones Inmunológicas: En laboratorio defectos de la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
- Sistema Neurológico: altera la síntesis y los catabolismos de la monoaminas, dopamina y noradrenalina, implicadas en el control del movimiento, el metabolismo de la serotonina los siglos del sueño y la actividad y así como las funciones de memoria y aprendizaje (MINSA, 2015).

Se debe realizar la evaluación cefalocaudal y la historia clínica adecuada una buena anamnesis, la cual nos darán datos e indicios de los factores de riesgo de la anemia, así también preguntar sobre sus hábitos alimenticios que tiene la madre hacia sus hijos en casa, así como preguntar sobre sus hábitos y conductas en el colegio, las cuales debemos realizar y pedir la hemoglobina y hematocrito, la cual nos dará un diagnóstico para llegar a una conclusión sobre el grado de anemia que tienen los niños (University of Maryland Medical Center, 2015).

2.1.7.2. Causas de la anemia ferropénica:

Una de las causas más comunes es el aumento de requerimiento de hierro, asociada al aceleramiento de la velocidad de crecimiento de los niños. También se considera a la disminución de hierro en la dieta como una de las principales causas, la absorción disminuida, la mala combinación de los alimentos, el aumento de las necesidades y las pérdidas crónicas de sangre en las edades de 6 a 12 meses. El hierro se acaba aproximadamente el 4 mes de vida en lactantes nacidos a término y a los 2-3 meses de vida en lactantes prematuros (Sociedad Argentina de Pediatría, 2009).

Los procesos de disminución de eritropoyesis, infecciones, procesos donde el intercambio de oxígeno a nivel alveolocapilar sea deficiente es decir la concentración de oxígeno en la sangre no sea lo adecuado, esta disminuye la velocidad de absorción y movilización de hierro en la sangre. (Gaitán et al., 2006)

2.1.7.3. Tratamiento:

- Recomendaciones nutricionales para garantizar el aporte adecuado de hierro, vitaminas y oligoelementos.
- Administración oral de preparados de hierro (sulfato ferroso, gluconato de hierro).
- Una dosis de 3 mg / Kg de peso corporal de hierro elemental, fraccionando esta dosis en 2 o 3 tomas. Hasta que el niño empiece a consumir alimentos (6 meses)
- Anemia Leve: multimicronutrientes, administración diaria durante 12 meses equivalente a 360 sobres.
- Anemia Moderada: 9 -9.9 mg/dl, multimicronutrientes, administración diaria durante 12 meses equivalente a 360 sobres; de 7 -8.9 mg/dl multimicronutrientes y agregar una dosis complementaria de hierro elemental de 15 a 25mg: se 15 a 25 gotas de sulfato ferroso y hierro polimatizado 7 a 12 gotas.
- No darse junto con leche, pues disminuye su absorción.
- La hemoglobina y el hematocrito deberán controlarse a los 15 y 30 días, de iniciado el tratamiento la respuesta se evalúa cuando hay un aumento de la hemoglobina de 1g/dl ó 3% de hematocrito por mes.
- El tratamiento se prolongará tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser evaluados mensualmente, motivar a la madre continuamente.
- Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia (MINSA, 2015).
- Es importante brindar consejería clara, precisa y oportuna a la madre sobre los posibles efectos colaterales, que los lactantes pudieran presentar en el lapso del tratamiento los cuales son benignos y pasajeros, como: dolor de

estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y raramente vómito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomendaría que se tome las tabletas o las gotas después de cada comida del día o fraccionar la dosis en dos tomas al día. Si persisten las molestias, disminuir la dosis a la mitad y luego aumentarla a los 15 días. También el hierro se puede administrar por inyección intramuscular o endovenosa en casos de estar comprometida la vía oral. Se monitorea bien y se pasa al esquema de suplementación con hierro (MINSA, 2015).

2.1.7.4 Consecuencias de la anemia ferropénica.

- Las consecuencias no solo repercuten en la salud actual sino también en el futuro, afectara de manera súbita la inmunidad celular, la función intestinal y el crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual, metabolismo de las catecolaminas y termogénesis.
- Inmunidad, la ribonucleotidilreductasa demanda de hierro al igual que la hidrógeno- peroxidasa del fagocito, estudios invitro y invivo demuestran la disminución en la capacidad bactericida de los neutrofilos .
- A nivel del tracto gastrointestinal muestra alteraciones de la mucosa oral y esofágica, anorexia, aclorhidria y mala absorción por disminución enzimática y enteropatía exudativa acompañada de sangrado microscópico.
- La deficiencia de hierro disminuye el aporte de oxígenos a nivel de los tejidos, entre ellos el músculo esquelético, observándose debilidad muscular, fisiológicamente la adaptación es el declive de la afinidad por el oxígeno y el aumento del rendimiento cardiaco, pero no podrá funcionar adecuadamente si se demanda mayor esfuerzo físico.
- En el sistema a nervioso se puede apreciar: irritabilidad, apatía. Según Thomas Walter “El hierro es necesario para el buen funcionamiento de las conexiones neuronales, así como para el buen funcionamiento de los neurotransmisores.”
- La madurez de cada una de las estructuras cerebrales que se opta en el desarrollo en los primeros años y la disminución de hierro en el cerebro

estimula la disfunción del sistema dopaminérgico e hipomielinización, con llevando alteraciones del lenguaje, disminución de la atención, concentración, significativo compromiso del desarrollo psicomotor y coeficiente intelectual”. El tratamiento con hierro corrige el déficit de hemoglobina, pero la disminución del coeficiente intelectual persiste en la edad escolar.

- La temperatura corporal es el encargado de poder adaptar nuestro organismo a ambientes fríos, esto parece tomar relación a la disminución de la secreción de la hormona estimulante del tiroides y de la hormona tiroidea (MINSA, 2015).

2.1.8. Conocimientos.

Conocimientos son datos e información que se adquiere a lo largo de la vida almacenados en la memoria que nosotros los manipulamos de acuerdo a la situación, también se apoya en las experiencias y la práctica que se adquiere mediante los sentidos, con las cosas que nos rodean; el conocimiento pueden ser grupales o individuales, ya que cada ser humano lo interpreta de acuerdo a las experiencias vividas. El Conocimiento puede dividirse en Priori y Posteriori, el primero se asocia a las situaciones ya pasadas o experiencias, ya adquiridas y/o observadas u ocurridas, y el segundo depende de las experiencias vividas y esta no es tan confiable; Conocimiento vulgar, se refiere al conocimiento que se adquiere por comunicaciones interpersonales o cambios de ideas entre individuos y se transmite de generación en generación; Conocimiento Científico, conocimiento empírico y crítico utilizando la lógica en y el método científico (Ecured, 2017).

2.1.9. Madre.

“Después de Dios, el poder de la madre en favor del bien es el más fuerte que se conozca en la tierra” (White, 2007b)

Madre es un ser idóneo e indispensable en la sociedad, encargada de la descendencia y cuidado de sus hijo.

2.2. Modelo teórico de enfermería: Nola Pender

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el

potencial del ser humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

Se usa el modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables, tanto en la familias como en la comunidad. Modelos y Teorías de Enfermería., (2013)

Nola Pender sustenta que es importante los procesos cognitivos en la conducta de los seres humanos que se van desarrollando a los largo de la vida y esto de incorpora al quehacer diario que señala como cuatro requisitos: La atención, retención, reproducción y la motivación aspectos claves. Su segundo sustento teórico es cuando los seres humanos tiene una intención de conseguir algo su gran motivación es la intencionalidad, gracias a ello el ser humano puede llegar a completar sus objetivos: Pender indica que las características personales o experiencias abarca a la conducta de previa relacionada y los factores personales refiriéndose a nuestras experiencia personales que las guardamos; el segundo enfoca al ser humano Biopsicosocial y cultural y el tercer concepto se refiere a la autoeficacia percibida que cada ser humano va desarrollando para cumplir sus metas; el cuarto es el efecto relacionado con el comportamiento que van relacionadas con el comportamiento, sentimientos ya sean positivos o negativos; El quinto las influencias personales indican cómo influye en el ser humano las situaciones de sus semejantes así llegan a comprometerse con sus prójimos y todos estos componentes nos lleva a que el ser humano adopte comportamiento de compromiso para desarrollar un plan de acción y así el ser humano desarrolla conductas de promoción de la salud. Fortalece nuestras disciplinas y los hábitos orientando al personal de salud por un buen camino para así resolver las necesidades de la población. (Hoyos, Borjas, Ramos, & Meléndez, 2011)

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria de la sociedad. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable tomando como primera opción la de la promoción de la salud. Según Nola Pender: “hay que

promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (Hoyos et al., 2011).

El modelo intenta ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que se relacionan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud, de distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el Modelo de la Promoción de la Salud tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de salud está dirigida para el aumento del bienestar y mejorar el potencial humano. En su primer libro, *Health Promotian in Nursing Practice*, Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a las personas para el compromiso con las conductas destinadas al fomento de la salud (Londoño, 2013).

2.3. Definición de Términos

Nivel de conocimientos que tienen las madres sobre anemia ferropénica:

Es toda información que poseen las madres que acuden al Centro de Salud sobre la Anemia Ferropénica. Con respecto a las medidas preventivas, tratamiento y consecuencias de la Anemia Ferropénica en las madres de los niños esto se medirá aplicando un cuestionario que tendrá como valor final: alto, medio y bajo.

Madres de niños menores de 2 años:

Mujer que se encarga del cuidado del niño y acude al Centro de Salud para la atención del mismo.

Programa Educativo: “Niño nutrido, Niño sano”

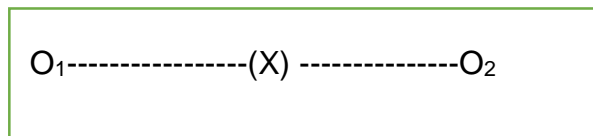
Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de estudio

Este trabajo de investigación responde al diseño pre- experimental con un sólo grupo, se llaman así porque su grado de control es mínimo; consiste en aplicar una prueba inicial antes de la aplicación del tratamiento, después se le aplica el tratamiento (en el presente caso, el programa educativo), y finalmente se le aplica la prueba posterior al tratamiento. En los diseños pre-experimentales los sujetos no se asignan al azar, si no dichos grupos ya están formados antes del experimento (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

La presente investigación es de tipo cuantitativo, de diseño pre experimental, pues se trata de medir de manera numérica los resultados de investigación, donde se escoge una muestra siguiendo determinados criterios, donde no hay control de variables extrañas (Charaja, 2004).



2. Descripción del lugar de ejecución

La Provincia de Lampa está ubicada al Noreste y a 75 kms de Puno y a 21 kms de Juliaca. Pertenece a la Región Suni, a 3800 metros sobre el nivel del mar; en las proximidades de la capital, comprendiendo la cadena occidental de la Cordillera de los Andes están ubicados los picos tutelares "Pilinco Coachico" y "Pirhuani". Lampa posee una flora muy diversificada donde predominan las "keñuas" y los "kollis" donde se desarrolla una fauna muy variada. Lampa se encuentra al pie del cerro calvario,

rodeada por los de más cerros que ostentan una maravillosa flora de queñuales y pajonales, flanqueada por las lagunas Pucacocha y Livichaco. Lampa está situada a 3,892 msnm.

3. Población y muestra

3.1. Población

Está conformado por 110 madres registradas en el Programa Articulado de Nutrición “Juntos” del Centro de Salud “Antonio Barrionuevo de Lampa”, conformado por madres de niños menores de 2 años que acuden para el control de crecimiento y desarrollo del niño, así como la evaluación del estado nutricional.

3.2. Muestra

Para la determinación de la muestra se utilizó el diseño muestral no probabilístico intencional, considerando criterios de inclusión y exclusión (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

Criterios de inclusión:

- Madres con niños menores de 2 años
- Madres que deseen participar voluntariamente del presente estudio.

Criterios de Exclusión:

- Madres con niños mayores de 2 años.
- Madres que no desean participar voluntariamente del estudio

Luego de considerar los criterios de inclusión y exclusión la muestra quedó conformada por 79 madres que residen en la provincia de Lampa, con diferentes grados de instrucción.

4. Hipótesis de la investigación

4.1. Hipótesis General

Hi: El Programa “Niño nutrido, Niño sano” es eficaz para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016

Ho: El Programa “Niño nutrido, Niño sano” no es eficaz para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

4.2. Hipótesis específicas

El Programa “Niño nutrido, Niño sano” es eficaz para mejorar los conocimientos sobre anemia ferropénica en su dimensión de diagnóstico y tratamiento, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

El Programa “Niño nutrido, Niño sano” es eficaz para mejorar los conocimientos sobre anemia ferropénica en su dimensión de medidas preventivas, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

El Programa “Niño nutrido, Niño sano” es eficaz para mejorar los conocimientos sobre anemia ferropénica en su dimensión de consecuencias, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

5. Identificación de variables

Variable Dependiente: Conocimientos sobre anemia ferropénica

Variable Independiente: Programa “Niño nutrido, Niño Sano.

5.1. Operacionalización de variables

Tabla 4

Operacionalización de las variables de investigación

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Conocimientos sobre anemia ferropénica.	La carencia de hierro en el organismo es la deficiencia por alimentos más frecuente en el mundo y conduce a la anemia por deficiencia de hierro. Esta afección tiene tres estadios: 1) la depleción de hierro, que está caracterizada por la disminución de las reservas de hierro del organismo, 2) la deficiencia de hierro con disminución de la eritropoyesis, que se observa cuando hay depleción de las reservas de hierro y simultáneamente una insuficiente absorción alimentaria, de	Son hechos y principios que adquieren las madres a lo largo de la vida, en el día a día sobre la Anemia Ferropénica. En los aspectos: Medidas preventivas, con diagnóstico y tratamiento de la Anemia y consecuencias en el niño.	Medidas Preventivas	<ol style="list-style-type: none"> ¿Según UD. qué es la anemia? ¿Cuál es el alimento ideal que Ud. daría a un niño durante los 6 primeros meses para evitar la anemia? y ¿Por qué? ¿Qué otros alimentos daría Ud. a un niño después de los 6 meses? ¿Cuántas veces al día se le da de comer a un niño mayor de 6 meses – 1 año? ¿Cuál de los siguientes alimentos se debe dar a los niños y con qué frecuencia? ¿Conoce usted qué alimentos están aumentados en hierro? ¿Para Ud. cuál de los niños está con más riesgo a sufrir de anemia? 	<p>Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6.</p> <p>Bajo: 0-9.9 Medio: 10-13.5 Alto: 13.6-16.</p> <p>Ítems: 7, 8, 9, 10, 11.</p> <p>Bajo: 1-3.4 Medio: 3.5-5.6 Alto: 5.7-6.</p>
			Diagnóstico y tratamiento:		

manera que no se logra contrarrestar las pérdidas corporales normales y se ve afectada la síntesis de hemoglobina, 3) la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro), que es el caso más grave y se caracteriza por la reducción de la síntesis de hemoglobina. (Garibay, 2012)

Consecuencia.

8. ¿Un niño que sufre de anemia, presenta la piel de color:
9. ¿Sabe usted a qué lugar se debe acudir cuando un niño está enfermo de anemia?
10. ¿Qué prueba para confirmar el diagnóstico de la anemia conoce Ud.?
11. ¿Cuál es la causa de la anemia en los niños?
- Consecuencias:
12. ¿Cuál de las siguientes medicinas sirven para el tratamiento de la anemia?
13. Algunos efectos que podría observar al tomar preparados de hierro son
14. ¿Conoce usted que el jugo de naranja ayuda a aprovechar el hierro de los alimentos vegetales o verduras?
16. ¿Sabe usted cómo afecta la anemia en el crecimiento y desarrollo del niño?

Ítems:
12, 13, 14, 15, 16
Bajo: 0-4
Medio: 5-7
Alto: 8.

6. Técnicas de recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta, aplicando el cuestionario del nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica, elaborado por Márquez (2008).

6.1. Instrumento

El instrumento utilizado fue el “Cuestionario sobre Conocimientos de anemia Ferropénica”, elaborado por Márquez (2008). El cuestionario consta de 3 partes: La primera parte viene a ser la introducción donde se menciona el título, los objetivos, confidencialidad, la importancia de la participación y el agradecimiento; la segunda parte corresponde a los datos generales del informante, y finalmente la tercera parte consta de 16 preguntas, las cuales constan de preguntas de selección múltiple acerca de los conocimientos sobre anemia ferropénica que presentan las madres de niños de 1- 24 meses que acuden al Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa.

La validez del instrumento se realizó mediante el Juicio de expertos, los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial encontrándose que la concordancia es significativa, para la confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizó a 15 madres del consultorio de CRED del Centro de Salud de Micaela Bastidas, las cuales no participaron del estudio; luego con los resultados se realizó la prueba del Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.75, quedando así el instrumento válido y confiable (Márquez, 2008)

Los valores para determinar los niveles de conocimientos sobre anemia ferropénica y sus dimensiones se presentan a continuación:

Conocimientos generales

Conocimiento alto 13.6 - 16 puntos

Conocimiento medio 10 - 13.5 puntos

Conocimiento bajo 9.9 - 0 puntos

Conocimiento sobre medidas preventivas de anemia ferropénica:

Conocimiento alto 5.7 - 6 puntos

Conocimiento medio 3.5 - 5.6 puntos

Conocimiento bajo 1 - 3.4 puntos

Conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de anemia ferropénica

Conocimiento alto 8 puntos

Conocimiento medio 5 - 7 puntos

Conocimiento bajo 4 - 0 puntos

Conocimiento sobre las consecuencias de la anemia ferropénica

Conocimiento alto 2 puntos

Conocimiento medio 1.08 -1 puntos

Conocimiento bajo 0.9 - 0 punto

7. Proceso de recolección de datos

Luego de realizar las coordinaciones con la autoridades competentes del Centro de Salud Antonio Barrionuevo de Lampa, se procedió a informar sobre el consentimiento informado a las madres de familia, para luego recoger la información inicial sobre el conocimiento de anemia ferropénica (pre test) que presentaban las madres, posteriormente se trabajó con 79 madres que desearon participar voluntariamente en la investigación.

Los módulos constan de 8 sesiones educativas, que se realizaron en un periodo de dos meses, terminado las sesiones educativas, se procedió a evaluar los conocimientos sobre anemia ferropénica (post test).

8. Procesamiento y análisis de datos:

Después de calificados los datos se procedió a la elaboración de los cuadros estadísticos y la interpretación respectiva. Los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencias, las hipótesis se probaron mediante la comparación de medias para muestras relacionadas; los datos se analizaron mediante el programa SPSS versión 22.

9. Consideraciones éticas:

La Universidad Peruana Unión presento una solicitud de autorización para la recolección de datos al jefe de Centro de Salud, donde se dio a conocer los objetivos del estudio así como el tiempo requerido para el desarrollo de las sesiones educativas y la recolección de datos.

De esta manera se contó con la autorización para la ejecución del presente programa que consta de 8 sesiones educativas; se aplicó el cuestionario sobre

conocimientos de anemia ferropénica, con el consentimiento de los participantes de la población elegida (madres de niños menores de 2 años).

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Realizado la recolección de datos se procedió la calificación y la tabulación de las 79 encuestas aplicadas a madres menores de dos años del Centro de Salud Antonio Barrio Nuevo de la Ciudad de Lampa, realizado el análisis a través del paquete estadístico SPSS 22.0 se presenta los siguientes resultados.

1.1 En relación al objetivo general

Tabla 5

Resultado de conocimiento sobre anemia ferropénica antes y después del Programa “Niño nutrido, Niño sano” aplicado a las madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

		Test			
		Pre	Post	Total	
Conocimientos sobre la anemia ferropénica		Recuento	66	0	66
	Bajo	% dentro de Test	83,5%	0,0%	41,8%
		% del total	41,8%	0,0%	41,8%
		Recuento	12	1	13
	Medio	% dentro de Test	15,2%	1,3%	8,2%
		% del total	7,6%	0,6%	8,2%
		Recuento	1	78	79
	Alto	% dentro de Test	1,3%	98,7%	50,0%
		% del total	0,6%	49,4%	50,0%
Total	Recuento	79	79	158	
	% dentro de Test	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

En la tabla 5 se muestran los resultados del nivel de conocimientos hacia la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al

Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa; se aprecia que del 100% de las madres en el pre- test, el 83,5% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 15,2% con nivel de conocimiento medio, mientras que sólo el 1,3% presenta conocimiento alto. Después de la intervención del Programa “Niño nutrido, Niño sano”, se aplicó el post- test, donde se aprecia que el 98,7% un nivel de conocimiento alto sobre anemia ferropénica, seguido de un 1,3% con un nivel de conocimiento medio y ninguna madre presentó un nivel de conocimiento bajo.

Tabla 6

Estadísticas de muestras emparejadas de conocimientos sobre la anemia ferropénica antes y después de la intervención del Programa “Niño nutrido, Niño sano” del Pre- Test y Post-Test aplicado a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Conocimientos sobre la anemia ferropénica (pre)	6,9199	79	3,03109	,34102
Par 1				
Conocimientos sobre la anemia ferropénica (post)	15,7489	79	,52632	,05922

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016

En la Tabla 6 se observa que la media de conocimientos sobre anemia ferropénica antes de la intervención educativa del Programa “Niño nutrido, Niño sano” fue 6,9199 puntos con una desviación estándar de 3,03109, luego de la intervención educativa (post test) la media se incrementó a un valor de 15,7489 con una desviación estándar de ,52632, observándose una diferencia significativa.

Tabla 7

Prueba de hipótesis de muestras emparejada de Conocimientos sobre la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano” a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Conocimientos sobre la anemia ferropénica (pre) - Conocimientos sobre la anemia ferropénica (post)	8,82899	3,07699	,34619	-9,51820	-8,13978	-25,503	78	,000

Fuente: Encuesta aplicada a *madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.*

En la Tabla 7 se puede observar la aplicación de la prueba T Student pareado a los puntajes del pre y post test de la intervención con el programa educativo, el cual nos permite demostrar que existen diferencias significativas entre ambos puntajes, debido a que la significancia fue de 0,000, es decir, la intervención educativa fue efectiva en la mejora de los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

1.1.1. En relación al primer objetivo específico

Tabla 8

Nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016, antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, niño sano”

			Test		Total
			Pre	Post	
Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica	Bajo	Recuento	65	0	65
		% dentro de Test	82,3%	0,0%	41,1%
		% del total	41,1%	0,0%	41,1%
	Medio	Recuento	14	6	20
		% dentro de Test	17,7%	7,6%	12,7%
		% del total	8,9%	3,8%	12,7%
	Alto	Recuento	0	73	73
		% dentro de Test	0,0%	92,4%	46,2%
		% del total	0,0%	46,2%	46,2%
Total	Recuento	79	79	158	
	% dentro de Test	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a *madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.*

En la tabla 8 se aprecian los resultados del nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica en su dimensión de diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño

sano” se aprecia que del 100% de las madres en el pre- test, el 82,3% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 17,7% con nivel de conocimiento regular, mientras que ninguna madre presenta conocimiento alto. Después de la intervención y aplicación del post- test, el 92,4% presenta conocimiento alto, seguido de un 7,6% con nivel de conocimiento regular y finalmente ninguna madre presenta un conocimiento bajo.

Tabla 9

Comparativo entre puntajes de la dimensión conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano”

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica (pre)	3,0000	79	1,67179	,18809
	Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica (post)	7,8987	79	,37876	,04261

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

En la tabla 9 se observa que dimensión conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica mediana antes de la intervención educativa de enfermería fue de 3,0000 con una desviación estándar de 1,67179. Luego de la intervención educativa (post test), la mediana se incrementó a un valor 7,8987 y presentó una desviación estándar de ,37876 demostrándose un incremento significativo de los conocimientos sobre Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica después de la intervención educativa.

Tabla 10

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano”

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica (pre) - Conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica (post)	4,89873	1,69913	,19117	-5,27932	-4,51815	-25,625	78	,000

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

La tabla 10 muestra la prueba de hipótesis para muestras relacionadas, existiendo una mejora significativa conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica (sig=,000) presentando una mejora en la dimensión conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento en la post-prueba de la aplicación del programa educativo.

1.1.2. En relación al segundo objetivo específico

Tabla 11

Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

		Test			
		Pre	Post	Total	
Conocimientos sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica	Bajo	Recuento	55	0	55
		% dentro de Test	69,6%	0,0%	34,8%
		% del total	34,8%	0,0%	34,8%
	Medio	Recuento	24	7	31
		% dentro de Test	30,4%	8,9%	19,6%
		% del total	15,2%	4,4%	19,6%
	Alto	Recuento	0	72	72
		% dentro de Test	0,0%	91,1%	45,6%
		% del total	0,0%	45,6%	45,6%
Total	Recuento	79	79	158	
	% dentro de Test	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

En la tabla 11 muestra los resultados del nivel de en su dimensión sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano” se aprecia que del 100% de las madres en el pre- test, obtuvieron: donde el 69,6% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 30,4% con nivel de conocimiento Medio, mientras que el 0,0% presenta conocimiento alto. Después de la intervención y aplicación del post- test en el grupo experimental se observa que la mayor parte de las madres presentan: el 0,0%

presenta un conocimiento bajo; seguido de un 8,9% con nivel de conocimiento regular, mientras que el 91,1% presenta conocimiento alto.

Tabla 12

Comparativo entre puntajes de la dimensión Medidas preventivas de la anemia ferropénica. Antes y después de la intervención en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	Conocimientos sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica (pre)	2,9329	79	1,20859	,13598
	Conocimientos sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica (post)	5,8785	79	,25903	,02914

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

En la tabla 12 se observa que dimensión conocimientos sobre Medidas preventivas de la anemia ferropénica mediana antes de la intervención educativa de enfermería fue de 2,9329 con una desviación estándar de 1,20859. Luego de la intervención educativa (post test), la mediana se incrementó a un valor 5,8785 y presentó una desviación estándar de ,25903. demostrándose un incremento significativo de los conocimientos sobre Conocimientos medidas preventivas de la anemia ferropénica después de la intervención educativa.

Tabla 13

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica, antes y después de la aplicación del Programa en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	Diferencias emparejadas		t	gl	Sig. (bilateral)
				95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1	-2,94557	1,25788	,14152	-3,22732	-2,66382	-20,813	78	,000

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

La tabla 13 muestra la prueba de hipótesis para muestras relacionadas, existiendo una mejora significativa conocimientos sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica, (sig=,000) presentando una mejora en la dimensión conocimientos sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica, en la post-prueba de la aplicación del programa educativo.

1.1.3. En relación al tercer objetivo específico

Tabla 14

Nivel de Conocimientos sobre la consecuencia de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo-Lampa 2016 antes y después de la aplicación del programa “Niño Nutrido, Niño Sano”

		Test			
		Pre	Post	Total	
Conocimientos sobre las consecuencia de la anemia ferropénica	Bajo	Recuento	36	0	36
		% dentro de Test	45,6%	0,0%	22,8%
		% del total	22,8%	0,0%	22,8%
	Medio	Recuento	41	5	46
		% dentro de Test	51,9%	6,3%	29,1%
		% del total	25,9%	3,2%	29,1%
	Alto	Recuento	2	74	76
		% dentro de Test	2,5%	93,7%	48,1%
		% del total	1,3%	46,8%	48,1%
Total	Recuento	79	79	158	
	% dentro de Test	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

En la tabla 14 muestra los resultados del nivel de en su dimensión de consecuencia de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano” se aprecia que del 100% de las madres en el pre- test, obtuvieron: donde el 45,6% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 51,9% con nivel de conocimiento Medio, mientras que el 2,5% presenta conocimiento alto. Después de la intervención y aplicación del post- test en el grupo

experimental se observa que la mayor parte de las madres presentan: el 0,0% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 6,3% con nivel de conocimiento regular, mientras que el 93,7% presenta conocimiento alto.

Tabla 15

Comparativo entre puntajes de la dimensión de consecuencia de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016 antes y después de la aplicación del programa “Niño Nutrido, Niño Sano”.

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	Conocimientos sobre las consecuencia de la anemia ferropénica (pre)	,9752	79	,48713	,05481
	Conocimientos sobre las consecuencia de la anemia ferropénica (post)	1,9716	79	,13058	,01469

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

La tabla 15 se observa que dimensión conocimientos sobre consecuencia de la anemia ferropénica mediana antes de la intervención educativa de enfermería fue de ,9752 con una desviación estándar de ,48713. Luego de la intervención educativa (post test), la mediana se incrementó a un valor 1,9716 y presentó una desviación estándar de ,13058 demostrándose un incremento significativo de los conocimientos sobre consecuencia de la anemia ferropénica después de la intervención educativa.

Tabla 16

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la consecuencia de la anemia ferropénica en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016 antes y después de la aplicación del Programa “Niño Nutrido, Niño Sano”

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Conocimientos sobre las consecuencia de la anemia ferropénica (pre) - Conocimientos sobre las consecuencia de la anemia ferropénica (post)	-,99646	,49104	,05525	-1,10644	-,88647	-18,037	78	,000

Fuente: Encuesta aplicada a madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.

La tabla 16 muestra la prueba de hipótesis para muestras relacionadas, existiendo una mejora significativa conocimientos sobre la consecuencia de la anemia ferropénica, ($\text{sig}=,000$) presentando una mejora en la dimensión conocimientos sobre las la consecuencia de la anemia ferropénica, en la post-prueba de la aplicación del programa educativo.

2. Análisis y Discusión

Respecto al objetivo general la cual es Determinar la eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años, en los resultados observamos que al aplicar el pre test se obtuvieron los siguientes resultados: que el 83,5% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 15,2% con nivel de conocimiento Medio, mientras que el 1,3% presenta conocimiento alto. Después de la intervención y aplicación del post- test en el grupo experimental se observa que la mayor parte de las madres presentan: el 0,0% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 1,3% con nivel de conocimiento medio, mientras que el 98,7% presenta conocimiento alto. corroborando con Márquez (2008) llegaron a la conclusión de: El nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la Anemia Ferropénica es de nivel medio (62.5%), lo cual nos demuestran que, las madres no están muy capacitadas ni debidamente informadas sobre la alimentación rica en hierro, para prevenir la anemia, exponiendo a los niños a esta enfermedad y a las consecuencias en su vida futura en su salud y desarrollo cognitivo, psicomotor en su futuro; El 68.75% de Madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a adquirir enfermedades debido al poco conocimiento; El 66.07% de madres tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia. Lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño frente a casos de anemia; El 86.61% (97) (suma de conocimiento medio y bajo) de las madres, tienen un conocimiento medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas de su vida, sobre todo al daño permanente en el desarrollo cognitivo, psicomotor, limitando las oportunidades de desarrollo en su vida futura. Al obtener estos resultados llegamos a la conclusión de la importancia de los programas educativos.

En la tabla 3 de la prueba de hipótesis de muestras emparejada de conocimientos sobre la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano” a madres de niños menores de dos años, se puede observar la aplicación de la prueba T Student pareado a los puntajes del pre y post test de la intervención con el programa educativo, el cual nos permite demostrar que existen diferencias significativas entre ambos puntajes, debido a que la significancia fue de 0,000, es decir, la intervención educativa fue efectiva en la mejora de los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016. Corroborando con Manrique (2013) quien llegó a la conclusión de que el programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica fue efectivo en el incremento de conocimientos de los cuidadores, luego de la aplicación del programa educativo, demostrado a través de la prueba de t de Student, obteniéndose un t calc 12.4, con un nivel de significancia de α : 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; donde estos estudios demuestran la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en niños.

Respecto al primer objetivo específico se muestra los resultados del nivel de en su dimensión conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano” se aprecia que del 100% de las madres en el pre- test, obtuvieron: donde el 82,3% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 17,7% con nivel de conocimiento regular, mientras que el 0,0% presenta conocimiento alto. Después de la intervención y aplicación del post- test en el grupo experimental se observa que la mayor parte de las madres presentan: el 0,0% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 7,6% con nivel de conocimiento regular, mientras que el 92,4% presenta conocimiento alto así mismo guarda una relación con Manrique (2013) se observa que de un total de 100% (30) cuidadores encuestados, 80% (24) cuidadores conocen sobre la importancia del consumo de alimentos ricos en hierro y 57% (17) cuidadores conocen sobre la definición de la anemia y las causas de la anemia ferropénica.

Respecto al segundo objetivo específico se muestra los resultados del nivel de en su dimensión sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica antes y

después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano” se aprecia que del 100% de las madres en el pre- test, obtuvieron: donde el 69,6% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 30,4% con nivel de conocimiento Medio, mientras que el 0,0% presenta conocimiento alto. Después de la intervención y aplicación del post- test en el grupo experimental se observa que la mayor parte de las madres presentan: el 0,0% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 8,9% con nivel de conocimiento regular, mientras que el 91,1% presenta conocimiento alto, en comparación con la investigación de Manrique (2013) En cuanto al incremento de conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica se observó una variación positiva del 43%. Podemos citar modelos y teorías que permitan explicar el incremento de conocimientos y cambio de comportamiento a través de un programa educativo impartido.

Respecto al tercer objetivo específico se muestra los resultados del nivel de en su dimensión de consecuencia de la anemia ferropénica antes y después de la aplicación del Programa “Niño nutrido, Niño sano” se aprecia que del 100% de las madres en el pre- test, obtuvieron: donde el 45,6% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 51,9% con nivel de conocimiento Medio, mientras que el 2,5% presenta conocimiento alto. Después de la intervención y aplicación del post- test en el grupo experimental se observa que la mayor parte de las madres presentan: el 0,0% presenta un conocimiento bajo; seguido de un 6,3% con nivel de conocimiento regular, mientras que el 93,7% presenta conocimiento alto. En comparación con la investigación de Manrique (2013) según los hallazgos encontrados, que son 30 podemos deducir que después de la ejecución del programa educativo, la totalidad de cuidadores (100%) conocen sobre las creencias erradas de la anemia, mientras que, la mayoría de cuidadores (93%) conocen sobre las consecuencias de la anemia y los alimentos que disminuyen la absorción del hierro en las comidas; (90%) conoce sobre la combinación de alimentos, la importancia del consumo de alimentos ricos en hierro, la definición de anemia y los alimentos de origen animal con alto aporte de hierro; contribuyendo al cuidado de la salud del niño y a la prevención de futuras complicaciones.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Primero.- A un nivel de significancia del 5%, el Programa “Niño nutrido, niños sano” es eficaz para mejorar de los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa (sig.=.000).

Segundo.- A un nivel de significancia del 5%, el Programa “Niño nutrido, niños sano” es eficaz para mejorar de los conocimientos sobre la anemia ferropénica en su dimensión de diagnóstico y tratamiento, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa (sig.=.000).

Tercero.- A un nivel de significancia del 5%, el Programa “Niño nutrido, niños sano” es eficaz para mejorar de los conocimientos sobre la anemia ferropénica en su dimensión de medidas preventivas, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa (sig.=.000).

Cuarto.- A un nivel de significancia del 5%, el Programa “Niño nutrido, niños sano” es eficaz para mejorar de los conocimientos sobre la anemia ferropénica en su dimensión de consecuencias, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa (sig.=.000).

2. Recomendaciones:

Las sesiones educativas aportan en la población junto con las prácticas conocimientos que son inculcados y así la retención de conocimientos se recomienda que usen métodos en las estrategias de los programas en crecimiento y desarrollo del niño en las comunidades con más énfasis en niños menores de 3 años a los Centro de Salud.

Realizar estudios sobre el control de hemoglobina según las regiones de nuestro país y monitorización continua.

Realizar estudios similares con programas educativos, aplicando cartillas educativas en quechua, sobre conocimientos, actitudes y prácticas en madres con niños menores de dos y realizar comparaciones con las demás regiones.

Referencias

- Abos, E., Cortés, M. T., Franco-García, E., García, S., Giraldo, P., Giralt, M., . . . Solano, V. (Febrero de 2004). *Guía Clínica de actuación, Diagnóstica y Terapéutica en la Anemia Ferropénica*. Zaragoza. Recuperado el 14 de Febrero de 2017, de http://www.fehha.org/pub/publicaciones/docs/guia_AF.pdf
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Scielo*, 16-21.
- Arnillas, F., Merino, M. I., Del Águila, I., & Serrano, L. C. (Octubre de 2013). *El estado y la protección de la niñez y la adolescencia*. Recuperado el 26 de enero de 2017, de http://www.wvi.org/sites/default/files/el_estado_y_la_proteccion_de_la_ninez_y_adolescencia_-_world_vision_peru.pdf
- Arohuanca, R. (2011). *"Intervención educativa en la prevención de anemia en madres de niños menores de 36 meses de edad en el establecimiento de salud Ajoyani, 2011"*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería, Puno, Perú. Recuperado el 13 de 12 de 2016, de <https://es.scribd.com/document/335416658/tesis-nery>
- Becerril, N., & Mendigure, J. (2013). Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamallín, provincia Antonio Raymondi, Ancash. *Revista Científica Ciencias de la Salud*, 6(1). Recuperado el 1 de Febrero de 2017, de http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/190
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (2010). *Resultado de los Indicadores del Programa Articulado Nutricional, según Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) 2008-2010*. Ministerio de Salud. Recuperado el 22 de Enero de 2017, de Programa Articulado Nutricional:

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indicadores%20PAN%20_180111.pdf

Charaja, F. (2004). *Manual de investigación científica*. Lima - Perú: San Marcos.

CIEM-LAMPA. (2015). *Datos Estadísticos Lampa*. Lampa.

Donato, H. (2009). Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. *Scielo*.

Obtenido de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000400014

Ecured. (2017). *Conocimientos de todos y para todos*. Obtenido de

<https://www.ecured.cu/Conocimiento>

ENDES. (2015). *Lactancia y nutrición en niños, niñas y madres*. Obtenido de

Encuesta demográfica y de salud familiar:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html

Freire, V. B. (Marzo-Abril de 1998). La Anemia por Deficiencia de Hierro estrategia de la OPS/OMS para combatirla. *Redalyc*, 199-205. Recuperado el 15 de 03 de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10640212.pdf>

Gaitán, D., Olivares, M., Arredondo, M., & Pizarro, F. (2006). Biodisponibilidad de hierro en humanos. *Scielo*, 142-148. Obtenido de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200003

Garibay, E. M. (2012). *La anemia en la infancia*. Obtenido de

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000500001

Gutiérrez, F. Y. (2016). Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del. *Scielo*.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw - Hill Interamericana.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metología de la Investigación (Sexta edición)*. México: Editorial: Mc Graw Hill.
- Hoyos, G. P., Borjas, D. M., Ramos, A. S., & Meléndez, R. M. (2011). *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión*. Obtenido de El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>
- IASD. (2016). *Minutos de Salud: El plan de Dios para la nutrición*. Obtenido de Minutos de Salud: El plan de Dios para la nutrición:
<http://adventistassantaclara.info/recursos/salud/minutos-de-salud-el-plan-de-dios-para-la-nutricion#tema7>
- INEI. (Abril de 2012). <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>. Obtenido de Encuesta Demografica y de salud familiar :
<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
- INEI. (2014). *Lactancia y Nutrición de Niños , Niñas y Madres*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (mayo de 2015). *Anemia en la poblacion infantil del Perú: aspectos clave para su afronte*. Recuperado el 22 de febrero de 2017, de
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf
- Licata, M. (2015). *El hierro en la nutrición*. Obtenido de zonadiet.com:
<http://www.zonadiet.com/nutricion/hierro.htm#Funciones>
- Londoño, S. (Mayo de 2013). *Teorias en enfermería*. Obtenido de Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 21.:
<http://teoriasenenfermeria.blogspot.pe/2013/05/modelo-de-promocion-de-salud-capitulo-21.html>

- Manrique, J. M. (2013). *Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12-36 meses que asisten al Programa "Sala de Educación Temprana" Lima - Cercado, 2011*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima, Perú. Recuperado el 17 de 01 de 2017, de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1038>
- Márquez, J. E. (2008). *Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Lima, Perú. Recuperado el 23 de Enero de 2017, de file:///C:/Users/Dina/Desktop/TESIS/http___cybertesis.edu.pe_sdx_sisbib_e_nvoi_dest=file__D__cybertesis_tesis_production_sisbib_2008_marquez_lj_xml_.._pdf_marquez_lj.pdf
- Medina. (2014). *“Eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco*.
- Medina, J., Meza,, A., & Roque, J. (2014). Eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco. Pueblo- Perú 2014. 1-29.
- Mengolé, P. (2013). *Prevalencia de anemia y deficiencia de hierro en niños en etapa pre escolar y escolar en un Centro Educativo Nacional Distrito de Villa Maria del triunfo,Lima-Perú*. Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado Daniel A. Carrión, Lima, Perú. Recuperado el 5 de Febrero de 2017, de <http://www.acarrion.edu.pe/documentos/Prevalencia-de%20anemia-y-deficiencia-de%20hierro-ni%C3%B1os-en-etapa-escolar-%20escolar-un-centro%20educativo.pdf>
- MINSA. (Enero de 2015). *Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Ninas, Adolescentes en*

Establecimientos de Salud de primer nivel de Atención. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM028-2015-MINSA_guia.pdf

Modelos y Teorías de Enfermería. (Domingo de Noviembre de 2013). Recuperado el jueves de Febrero de 23, de <http://saveyo.blogspot.pe/2013/11/kathryn-ebernard-interaccion-para-la.html>

OMS. (2011). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. *VMNIS Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales*, 1.

OMS. (29 de Junio de 2015). Obtenido de SCALING UP NUTRITION: <http://scalingupnutrition.org/es/news/la-oms-comparte-la-prevalencia-mundial-de-la-anemia-en-2011#.Vtjb0PnhDIV>

Real Academia Española. (2014). *Asociación de Academias de la Lengua Española.* (E. d. tricentenario, Editor) Recuperado el 15 de 02 de 2017, de Diccionario de la Lengua Española: <http://dle.rae.es/?id=U9Cow1J>

Román, Y., Rodríguez, G., Ericson, & Aparco., J. P. (2015). Anemia en la población. *Unidad de Análisis y Generación de evidencias en salud pública*, 1-7.

Santa Biblia. (1960). Reina Valera.

Sociedad Argentina de Pediatría. (2009). *Anemia Ferropénica : Guía de Diagnóstico y Tratamiento.* Obtenido de <http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/v107n4a13.pdf>

Sosa, M., Suárez, D., Núñez, A., González, Y., & Salas, S. R. (2012). Caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica. *MEDISAN*, 1-7.

University of Maryland Medical Center. (2015). *Anemia Ferropénica.* Recuperado el 23 de Febrero de 2017, de University of Maryland Medical Center: <http://www.umm.edu/health/medical/spanishency/articles/anemia-ferropenica>

- Vite, F. Y. (2010-2011). Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash, Perú: Periodo mayo 2010 – marzo 2011. *Scielo*. Recuperado el 2 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172011000400002&script=sci_arttext
- White, E. G. (1905d). *Ministerio de curación*. Asociacion Casa Editorial Sudamerica.
- White, E. G. (2007a). *Consejos sobre el Régimen Alimenticio*. Argentina: Asociacion Casa Editorial Sudamerica.
- White, E. G. (2007b). *Hogar Cristiano*. Asociacion Casa Editorial Sudamerica.
- White, E. G. (2007c). *Joya de los Testimonios*. Argentina: Asociacion Casa Editora Sudamerica.
- Zamora, S. (2012). Caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica. *Caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica*. Santiago de cuba, Cuba.

Anexos

Anexo A

Ficha técnica del cuestionario sobre conocimientos de anemia ferropénica

Nombre: Cuestionario de conocimientos sobre anemia ferropénica

Autores: Julia Esperanza Márquez León

Año: 2008

Objetivo: Determinar la eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos que presentan las madres de niños de menores de 2 años sobre la anemia ferropénica y sus consecuencias

Nivel de aplicación: Madres con niños menores de 2 Años.

Forma de Aplicación: Individual.

DIMENSIONES	INDICADORES
Medidas preventivas de la anemia ferropénica	Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6.
	Bajo: 0-9.9 Medio:10-13.5 Alto: 13.6-16.
Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica	Ítems: 7, 8, 9, 10, 11.
	Bajo: 1-3.4 Medio:3.5-5.6 Alto: 5.7-6.
Consecuencia de la anemia ferropénica	Ítems: 12, 13, 14, 15, 16
	Bajo: 0-4 Medio:5-7 Alto:8.

Anexo B

Cuestionario sobre conocimientos de anemia ferropénica

Fecha:.....

Introducción

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos sobre la anemia ferropénica, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa 2016.”. Habiendo sido informado(a) del propósito de la investigación, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

DATOS GENERALES DE LA MADRE

Edad: _____

Grado de Instrucción:_____

Dirección: _____

Edad de su niño: _____

Ocupación_____

Procedencia_____

Estado civil_____

Número de hijo_____

III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANEMIA FERROPENICA

A cada pregunta formulada marque con un aspa (X) la respuesta que usted considera correcta o llene los espacios punteados en el caso que sea necesario.

1. ¿Según UD. qué es la anemia?

- a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa.
- b) Es una enfermedad donde el niño se pone muy flaco.
- c) Es una enfermedad en la que disminuye la hemoglobina de la sangre.

2. ¿Cuál es el alimento ideal que Ud. daría a un niño durante los 6 primeros meses para evitar la anemia? y ¿Por qué?

	Hace Crecer	Evita que se Enfermen	Aporta todos los Nutrientes	Hace Engordar	Favorece La relación
Leche de vaca					
Leche evaporada					
Leche Materna.					

3. ¿Qué otros alimentos daría Ud. a un niño después de los 6 meses?

a) Papillas espesas.

b) Sopas-Caldos.

c) Solo leche materna.

4. ¿Cuántas veces al día se le da de comer a un niño mayor de 6 meses – 1 año?

a) Dos veces al día.

b) Tres veces al día

c) Cinco veces al día

5. ¿Cuál de los siguientes alimentos se debe dar a los niños y con qué frecuencia?

	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por Semana	a veces	nunca
Lenteja					

Habas					
Quinoa					
Espinaca					
Perejil					
Fréjol					
Pescado					
Sangrecita					
Pollo					
Mariscos					

6. ¿Conoce usted qué alimentos están aumentados en hierro?

- a) Leche Gloria.
- b) Arroz.
- c) Azúcar.
- d) Sémola.

7 ¿Para Ud. cuál de los niños está con más riesgo a sufrir de anemia?

- a) Un bebe de 9 meses.
- b) Un bebe prematuro y de bajo peso al nacer.
- c) Un bebe alimentado con leche materna.

8. ¿Un niño que sufre de anemia, presenta la piel de color:

- a) Rosada.
- b) Pálida
- c) Azulada

9. ¿Sabe usted a qué lugar se debe acudir cuando un niño está enfermo de anemia?

- a) Llevándolo al consultorio médico, control de crecimiento y desarrollo.
- b) Consultando en la farmacia.
- c) Consultando a la abuelita.

10. ¿Qué prueba para confirmar el diagnóstico de la anemia conoce Ud.?

- a) Prueba de colesterol.
- b) Prueba de glucosa.
- c) Prueba de Hemoglobina y hematocrito.

11. ¿Cuál es la causa de la anemia en los niños?

- a) Comer escasos alimentos ricos en grasa.
- b) Comer escasos alimentos ricos en dulces.
- c) Comer escasos alimentos ricos en hierro.

VIII 12. ¿Cuál de las siguientes medicinas sirven para el tratamiento de la anemia?

- a) Calcio
- b) Vitaminas
- c) Sulfato ferroso

13. Algunos efectos que podría observar al tomar preparados de hierro son:

- a) Dolor de estómago, náuseas, diarreas.
- b) Dolor de cabeza, mareos.
- c) Sudor, subida de la presión.

14. ¿Conoce usted que el jugo de naranja ayuda a aprovechar el hierro de los alimentos vegetales o verduras?

SI () NO ()

15. ¿Los niños con anemia se enferman también de:

- a) Palpitaciones.
- b) Diarreas y neumonía
- c) Náuseas.

16. ¿Sabe usted cómo afecta la anemia en el crecimiento y desarrollo del niño?

Se demoran en crecer	SI NO
Se demoran en subir de peso	SI NO
Se demoran en ponerse de pie	SI NO
Se demoran en caminar	SI NO
Se demoran en hablar	SI NO
Disminuye la atención	SI NO
Disminuye el rendimiento escolar	SI NO

Anexo C

Programa “Niño nutrido, Niño sano”

ANEMIA

**PROGRAMA
EDUCATIVO:
Niño Nutrido,
Niño sano**



Índice

SESIÓN EDUCATIVA N°1	89
“Conociendo a la anemia”	89
Definición de la anemia ferropénica, Causas de la anemia ferropénica Signos y síntomas de la anemia ferropénica y Consecuencias de la anemia ferropénica	89
SESIÓN EDUCATIVA N°2	95
“Conociendo a la anemia”	95
Prevención de la anemia ferropénica, Importancia de la prevención de la anemia ferropénica, Grupo vulnerable a desarrollar anemia	95
SESIÓN EDUCATIVA N°3	98
Conociendo los alimentos	98
ALIMENTACION BALANCEADA	98
SESIÓN EDUCATIVA N°4	102
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.....	102
SESION EDUCATIVA N° 5	105
Cuidándonos de la anemia.....	105
PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA.....	105
Alimentos fuentes de hierro Clasificación de los alimentos ricos en hierro. Alimentos que favorecen la absorción de hierro Alimentos que disminuyen la absorción del hierro.....	105
SESION EDUCATIVA N° 6	109
PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA.....	109
Frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro Preparación y combinación de alimentos Creencias erradas sobre la anemia	109
SESION EDUCATIVA N°7	115
PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA.....	115
Administración de Sulfato Ferroso.	115
SESION EDUCATIVA N° 8	117
PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA.....	117
Importancia de Llevar al Niño a sus controles.....	117

SESIÓN EDUCATIVA N°1

“Conociendo a la anemia”

Definición de la anemia ferropénica, Causas de la anemia ferropénica Signos y síntomas de la anemia ferropénica y Consecuencias de la anemia ferropénica

Objetivo General:

Padres reforzarán sus conocimientos, sobre la importancia de la anemia Ferropénica.

Objetivos específicos:

- **Psicomotor**

Identificar las causas de la anemia ferropénica.

Identificar signos y síntomas de la anemia ferropénica.

Manifestar las consecuencias de la anemia ferropénica.

Identificar la importancia de la prevención de la anemia ferropénica

Identificar las medidas de prevención de la anemia ferropénica

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
<p>Lograr que los cuidadores asistentes identifiquen a la estudiante como agente de salud y la importancia del tema a presentar.</p> <p>Promover la identificación general de los aspectos educativos de la sesión</p>	<p>1. PRESENTACIÓN: Buenos días con todos los presentes, somos bachilleres en enfermería egresadas de la Universidad Peruana Union de Juliaca, nos es grato dirigirme a ustedes y brindarles mis cordiales saludos. En coordinación con la Lic. Martha iris del Carpio coordinadora de este establecimiento de salud, venimos desarrollando un trabajo de investigación titulado “Eficacia del Programa “Niño nutrido, Niño sano” para mejorar los conocimientos hacia la anemia ferropénica y sus consecuencias, en madres de niños menores de dos años que acuden al Centro de Salud Antonio Barrionuevo- Lampa” para ello desarrollaré un programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica que se realizará en 2 sesiones, previo a ello les aplicaré un test sobre el tema. Por tal motivo, me gustaría que en el desarrollo de la sesión, se dé la participación de ustedes.</p> <p>Se ofrece una breve descripción de la sesión educativa, su duración, el contenido y la importancia de éste para los participantes.</p>	Exposición participativa		Identificación a cada uno de los participantes con solapines		1 minuto

	Se detalla la importancia del trabajo en equipo estableciendo normas de convivencias para el buen funcionamiento del programa					
Evaluar los conocimientos antes de impartir el programa educativo	Aplicar el pre-test					15 minutos
OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Expresen con sus propias palabras la definición de hierro.	DEFINICIÓN DE ANEMIA La anemia ferropénica se define como la disminución de la concentración de la hemoglobina en sangre por disminución del hierro en el organismo.		Rotafolio	Se repartirá a un grupo de asistentes carteles en las que esté escrito un signo o un síntoma de la anemia y a otro grupo de madres carteles con signos de un niño sano que no tiene anemia.	¿Alguno de ustedes sabe ¿Qué es la anemia?	1 minuto
Expresen en términos sencillos las causas de la anemia ferropénica.	CAUSAS DE LA ANEMIA FERROPENICA Disminución de las reservas del hierro al nacimiento. Bajo peso al nacimiento. Pérdidas sanguíneas perinatales. Estado hemoglobínico materno disminuido. Ritmo de crecimiento acelerado. Déficit de hierro en la dieta.		Rotafolio	Luego se presentará un gráfico de un niño sano y otro de un niño con anemia; inmediatamente	Quién sabe ¿Cuáles son las causas	2 minutos

<p>Expresen los signos y síntomas de un niño con anemia ferropénica</p>	<p>Infecciones recurrentes.</p> <p>SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANEMIA</p> <p>Entre los principales síntomas se encuentran: Palidez, cansancio o debilidad, mareos, frialdad, irritabilidad, dificultades en el aprendizaje y concentración, mayor susceptibilidad a infecciones, dificultades respiratorias, glositis (inflamación de la lengua), uñas quebradizas, dolor de cabeza, entre otros.</p> <p>CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistemas Generales: hiporexia, anorexia, sueño incrementado, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, vértigo, mareos, cefalea, y alteraciones en el crecimiento. - Alteraciones Digestivas: Queilitis angular, glotis entre otros. 		<p>Rotafolio</p>	<p>después se les pedirá que coloquen los signos y síntomas que corresponde a cada niño.</p>	<p>de la anemia?</p> <p>Díganme Uds. ¿Cómo identifica n a un niño con anemia?</p> <p>¿Cuáles son las consecuencias de la anemia Ferropenica?</p>	<p>5 minutos</p>
---	---	--	------------------	--	--	------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en Piel y Faneras: piel y membranas mucosas pálidas y pelo ralo y uñas quebradizas. - Alteraciones de conducta y alimentarias: Pica (Tendencia a comer tierra geofagia, o hielo (pagofagia). - Sistema cardiopulmonar: taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo a Hemoglobina menor de 5 gr/dl. - Alteraciones Inmunológicas: En laboratorio defectos de la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos. - Sistema Neurológico: altera la síntesis y los catabolismos de la monoaminas, dopamina y noradrenalina, implicadas en el control del movimiento, el metabolismo de la serotonina los siglos del sueño y la actividad y así como las funciones de memoria y aprendizaje. (MINSa, 2015) 					
APLICACIÓN A LA PRACTICA						
OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION

			AUDIOVISUAL		
Identificar los signos y síntomas de la anemia.	Signos y síntomas Entrega de tríptico	Reflexión Personal		Distribuir a los participantes en 5 equipos de aproximadamente 6 integrantes cada uno. Se mostrara a cada grupo 4 fotografías con niños con diferentes cuadros clínicos: deshidratado, con anemia, fiebre, icterico, sin mencionar las patologías, se les pedirá a cada grupo que identifiquen el grafico del niño con signos y síntomas de anemia, y explicar por qué y cuáles son.	10 minutos

SESIÓN EDUCATIVA N°2

“Conociendo a la anemia”

Prevención de la anemia ferropénica, Importancia de la prevención de la anemia ferropénica, Grupo vulnerable a desarrollar anemia

Objetivo General:

Padres reforzarán sus conocimientos, sobre la prevención e importancia la anemia Ferropénica y grupos vulnerables.

Objetivos específicos:

- **Psicomotor**

Identificar los grupos vulnerables a desarrollar la anemia ferropénica.

Identificar la importancia de la prevención de la anemia ferropénica

Identificar las medidas de prevención de la anemia ferropénica

POBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Manifiesten las poblaciones más vulnerables a desarrollar	POBLACIÓN MAS VULNERABLE Las poblaciones más vulnerables a desarrollar anemia ferropénica son:		Rotafolio	Se repartirá a un grupo de asistentes carteles de personas de	Alguno de ustedes sabe ¿A quiénes están propensos a	1 minuto

<p>anemia ferropénica.</p> <p>Manifiesten la importancia de la prevención de la anemia ferropénica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - - Recién nacidos y prematuros y /o con bajo peso al nacer. - Niños y niñas pequeños para la edad gestacional. - Niños y niñas menores de 2 años. - Alimentación complementaria deficiente en contenido de hierro. - Niños y niñas con infecciones recurrentes. - Niños y niñas menores de 6 meses sin lactancia Materna Exclusiva. - Hijos de madres anémicas. 		<p>Rotafolio</p>	<p>todas las edades y preguntar.</p> <p>Se repartirá lamina sobre los alimentos que contienen hierro</p>	<p>tener anemia?</p> <p>¿Quiénes son los alimentos que previenen la anemia?</p>	<p>2 minutos</p>
<p>Manifiesten las medidas preventivas de la anemia ferropénica</p>	<p>PREVENCION DE ANEMIA FERROPENICA:</p> <p>Hígado: el hígado se considera dentro de las menudencias la más sabrosa y nutritiva aportando gran cantidad de vitamina A, del complejo de vitamina B, de proteínas y hierro.</p> <p>Sangrecita: como ingrediente principal combinado con cereales autóctonos y altamente nutritivos, la quinua y la kiwicha. La sangre de pollo y cereales andinos representan y ventaja comparativa por su costo y contienen 8 veces más hierro que la carne de res, el consume de la pequeñas cantidades de "sangrecita" permite cubrir las cifras recomendadas de hierro, además de prevenir y combatir la anemia infantil.</p> <p>Carne: la carne vacuna, de pollo, pescado, pavo y otras contienen hierro en cantidades que rodean los 2mg por cada 100 gramos aproximadamente, es un hierro de fácil absorción</p>		<p>Rotafolio</p>		<p>¿Quiénes están en riesgo de desarrollar anemia?</p>	<p>5 minutos</p>

APLICACIÓN A LA PRACTICA							
OBJETIVO	CONTENIDO		TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Identificar los signos y síntomas de la anemia.	Alimento	Mg de Hierro					10 minutos
	Sangres de pollo cocida	29.5				Distribuir a los participantes en 5 equipos de aproximadamente 6 integrantes cada uno. Se mostrara a cada grupo 4 se mostrara los porcentajes de los alimentos que contengan hierro.	
	Bazo	28.7					
	Hígado de pollo	8.5					
	Riñon	6.8					
	Pulmón (Bofe)	6.5					
	Pavo pulpa	3.8					
	Carne de Res pulpa	3.4					
	Pescado	2,5 a 3.5					
	Pollo pulpa	1.5					
Carnero pulpa	2.2						

SESIÓN EDUCATIVA N°3

Conociendo los alimentos

ALIMENTACION BALANCEADA

Objetivo General Padres reforzará sus conocimientos en la alimentación balanceada con aportes ricos en Hierro.

Objetivos específicos

- **Cognitivo**
Padres reforzaran sus conocimientos en la alimentación balanceada con aportes ricos en Hierro.
- **Psicomotor**
Padres podrán reconocer los principales grupos de los alimentos ricos en hierro.
Identificar las funciones de cada grupo de los alimentos.
- **Afectivo**
Padres se sensibilizaran y se comprometerán en poner en práctica todas las medidas para la alimentación de sus hijos

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIO S Y AYUDA AUDIO VISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTA S	DURAC ION
Muestren interés en el tema a desarrollarse.	MOTIVACIÓN: Mostrar 4 imágenes sobre las consecuencias de la anemia ferropénica.				¿Qué piensan de estas imágenes?	2 minutos

<p>Expresen con sus propias palabras la definición de alimentación balanceada.</p>	<p>ALIMENTACIÓN BALANCEADA: DEFINICIÓN: Es aquella que contiene los tres grupos de alimentos energéticos, constructores y reguladores, en la cantidad, variedad y combinaciones adecuadas, teniendo en cuenta la edad de la persona, el sexo, el estado fisiológico y la actividad que realiza.</p>	<p>Informativa</p>	<p>Rotafolios</p>		<p>Alguno de ustedes sabe ¿Qué es una alimentación balanceada?</p>	<p>1 minuto</p>
<p>Expresen en términos sencillos la importancia de la alimentación balanceada.</p>	<p>IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN BALANCEADA: La alimentación balanceada es importante porque va a proporcionar al organismo nutriente necesario para cumplir con las funciones de crecimiento, fuerza y protección.</p>	<p>Sesión demostrativa</p>		<p>Llevar una variedad de alimentos para que las madres los identifiquen y los clasifiquen en los tres grupos de alimentos correspondientes</p>	<p>¿Quién sabe la importancia de la alimentación balanceada?</p>	<p>2 minutos</p>
<p>Manifiesten la clasificación de los alimentos y función de cada uno.</p>	<p>CLASIFICACIÓN DE ALIMENTOS Los alimentos energéticos: Son los que proporcionan energía al organismo para que pueda realizar normalmente todas sus funciones. Están conformados básicamente por: Cereales, tubérculos, menestras, grasas y azúcares. Los alimentos constructores: Son los que permiten la formación y renovación de los músculos, tejidos, huesos, dientes, cerebro, cabellos, etc. Están conformados</p>			<p>Se seleccionaran afiches para</p>	<p>¿Cómo se clasifican los alimentos?</p>	<p>5 minutos</p>

<p>Elaboren combinaciones balanceadas.</p>	<p>básicamente por: Las carnes, pescados, mariscos, huevos, la leche y sus derivados. Los alimentos reguladores: Son los que proporcionan vitaminas y minerales que el cuerpo necesita para prevenir enfermedades y ayudarlo a aprovechar mejor otros alimentos. Están conformados por frutas, verduras, vegetales, agua y sal yodada.</p> <p>TIPOS DE COMBINACIONES</p> <p>Combinación 1: Cereal + menestra+ ensalada o fruta Combinación 2: Cereal+ menestra+ tubérculo+ ensalada o fruta Combinación 3: Cereal+ menestra+ producto animal+ ensalada o fruta Combinación 4: Cereal+ tubérculo+ producto animal+ ensalada o fruta. Combinación 5: Cereal + cereal+ producto animal+ ensalada o fruta</p>	<p>Sesión demostrativa</p>		<p>repartir a cada grupo y seleccionen las combinaciones mas nutritivas según lo enseñado</p>	<p>Díganme ¿Por qué su combinación de alimentos es balanceada?</p>	
<p>APLICACIÓN A LA PRACTICA</p>						
<p>OBJETIVO</p>	<p>CONTENIDO</p>	<p>TECNICA</p>	<p>MEDIOS Y AYUDA AUDIO VISUAL</p>	<p>ESTRATEGIAS</p>	<p>PREGUNTAS</p>	<p>DURACION</p>

<p>Identificar la clasificación de los alimentos.</p>	<p>Clasificación de los alimentos</p>	<p>Sesión demostrativa</p>	<p>Alimentos</p>	<p>Distribuir a los participantes en 5 equipos de aproximadamente 6 integrantes cada uno. Llevar una variedad de alimentos para que las madres los identifiquen y los clasifiquen en los tres grupos de alimentos correspondientes. Alimentos de origen animal: (Pulmón de res, Hígado, corazón, molleja y sangrecita de pollo, pescado, leche, huevo) Alimentos de origen vegetal: Menestras, Cereales, Tubérculos, Verduras variadas, Frutas variadas</p>	<p>De los alimentos que observan ¿A qué grupo pertenece cada uno?</p>	<p>10 minutos</p>
---	---------------------------------------	----------------------------	------------------	---	---	-------------------

SESIÓN EDUCATIVA N°4

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Objetivo General Padres reforzará sus conocimientos en la alimentación complementaria con aportes ricos en Hierro.

Objetivos específicos

- **Cognitivo**
Padres reforzaran sus conocimientos en la alimentación Complementaria.
- **Psicomotor**
Padres podrán reconocer los principales alimentos sobre la alimentación complementaria
- **Afectivo**
Padres se sensibilizaran y se comprometerán en poner en práctica todas las medidas para la alimentación de sus hijos

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Expresen con sus propias palabras la definición de hierro.	ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEFINICION: La sustitución gradual y progresiva de la lactancia materna, por otras fuentes alimentarias, para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo del lactante.		Rotafolio	Se pedirá que los asistentes	¿Qué es la alimentación complementaria?	1 minuto

<p>Manifiesten la edad de inicio de la alimentación complementaria. Expresen el esquema de alimentación de un niño mayor de un año</p>	<p>INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</p> <p>El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los 6 meses de edad, porque se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica</p>		Rotafolio	seleccionen alimentos para formar una papilla nutritiva	Díganme ¿Cuándo un niño debe ingerir otros alimentos aparte de la leche materna?	2 minutos
	<p>ESQUEMA DE LA ALIMENTACION DE UN NIÑO MAYOR DE 1 AÑO</p> <p>De 12-24 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consistencia: El alimento deberá ser de la olla familiar. (Todo tipo de alimentos) - N° de comidas/día: 3 comidas + 2 refrigerios. - Cantidad: 7-10 cucharadas soperas (1 ½ taza o 200 gr.) - Continuar con lactancia materna hasta los 2 años. Dar de lactar después de los alimentos. <p>De 24-36 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consistencia: El alimento deberá ser de la olla familiar. (Todo tipo de alimentos) - N° de comidas/día: 3 comidas + 2 refrigerios. - Cantidad: ¾ de un plato. 		Rotafolio			5 minutos

APLICACIÓN A LA PRACTICA						
OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Identificar la clasificación de los alimentos y preparación de papillas.	Preparación de papillas		Alimentos	Distribuir a los participantes en 5 equipos de aproximadamente 6 integrantes cada uno.		10 minutos

SESION EDUCATIVA N° 5

Cuidándonos de la anemia

PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA

Alimentos fuentes de hierro Clasificación de los alimentos ricos en hierro. Alimentos que favorecen la absorción de hierro Alimentos que disminuyen la absorción del hierro

Objetivo General:

Padres reforzará sus conocimientos sobre la prevención de la anemia Ferropenica.

Objetivos específicos

- **Cognitivo**
Padres reforzaran sus conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica.
- **Psicomotor**
Padres podrán Identificar los alimentos fuentes de hierro.
Padres Manifestar la frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro
Padres Identificaran y reconocer los alimentos ricos en hierro según su aporte en hierro.
Padres identificaran los alimentos que favorecen la absorción del hierro.
Padres identificaran los alimentos que disminuyen la absorción del hierro.
- **Afectivo**
Padres se sensibilizaran y se comprometerán en poner en práctica todas las medidas preventivas sobre la anemia ferropénica.

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Expresen con sus propias palabras la definición de hierro.	DEFINICIÓN DEL HIERRO: El hierro es un mineral que forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte del oxígeno a las células.			Se les pedirá a los asistentes que identifiquen los alimentos que aportan y que los clasifiquen de acuerdo a la cantidad de hierro que contienen.	¿Alguno de ustedes sabe ¿Qué es el hierro?	1 minuto
Expresen en términos sencillos, la importancia del hierro en el organismo.	IMPORTANCIA DEL HIERRO EN EL ORGANISMO Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. Principalmente su disminución en el cuerpo puede producir anemia.				Quién sabe ¿Por qué es importante el hierro en nuestro organismo?	2 minutos
Manifiesten las fuentes de alimentos de hierro.	FUENTES DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL RICOS EN HIERRO Sangrecita de pollo, bazo, hígado, riñones, bofe, pescados, carne de res y pollo, yema de huevo, morcilla, corazón. FUENTES DE ORIGEN VEGETAL RICOS EN HIERRO Menestras: lentejas, frejoles, garbanzos, alverjitas verdes; acelga,			Se presentará un cuadro grande donde se evidencien alimentos ricos en hierro y la frecuencia de su consumo, se pedirá a 6 asistentes que marquen la frecuencia del consumo de cada alimento según les parezca, luego se discutirá si fue correcta la mención.	¿Qué alimentos conocen que ayuden a prevenir la anemia?	5 minutos

<p>Expresen la clasificación de alimentos ricos en hierro según su aporte.</p>	<p>espinaca, brócoli, alverjas, maca, habas, papa seca, quinua.</p> <p>CLASIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE HIERRO SEGÚN LA CANTIDAD DE APOORTE</p> <p>CLASE A: los alimentos de alto aporte de hierro. Entre ellos tenemos: bazo, sangrecita (pollo, res, etc.), relleno, hígado de pollo o res, pate, riñón, bofe, mollejas, corazón de res, carne de res.</p> <p>CLASE B: los alimentos de aporte medio de hierro. Entre ellos tenemos: garbanzos, harina de soya, habas secas, lentejas, frijoles, kiwicha, quinua, morón de cebada, pallares, pollo, chancho, pescado.</p> <p>CLASE C: Los alimentos de aporte bajo de hierro. Entre ellos tenemos: Hierba buena, perejil, albahaca, culantro, espinaca, frejol verde, acelga, habas frescas, arvejas frescas, ají amarillo</p>			<p>Importante</p>	<p>¿Ustedes sabían que no todos los alimentos tienen igual cantidad de hierro? ¿Cuál es el alimento que contiene mayor cantidad de hierro?</p>	
<p>APLICACIÓN A LA PRACTICA</p>						
<p>OBJETIVO</p>	<p>CONTENIDO</p>	<p>TEC NICA</p>	<p>MEDIOS Y AYUDA AUDIOVI SUAL</p>	<p>ESTRATEGIAS</p>	<p>PREGUNT AS</p>	<p>DURACI ON</p>

<p>Combinen alimentos ricos en hierro. Mencionen platos ricos en hierro. Elaboren un esquema semanal de menús ricos en hierro.</p>	<p>COMBINACION DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Platos económicos (menús y entradas). - Esquemas de menús semanales 		<p>Distribuir a los participantes en 5 equipos de aproximadamente 6 integrantes cada uno. Se mostrara a cada grupo 4 fotografías con niños con diferentes cuadros clínicos: deshidratado, con anemia, fiebre, icterico, sin mencionar las patologías, se les pedirá a cada grupo que identifiquen el grafico del niño con signos y síntomas de anemia, y explicar por qué y cuáles son.</p>	<p>10 minutos</p>
--	---	--	---	-------------------

SESION EDUCATIVA N° 6

PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA

Frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro Preparación y combinación de alimentos Creencias erradas sobre la anemia

Objetivo General:

Padres reforzará sus conocimientos sobre la prevención de la anemia Ferropénica.

Objetivos específicos

- **Cognitivo**
Padres reforzaran sus conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica.
- **Psicomotor**
Padres identificarán la mejor compra de alimentos ricos en hierro.
Padres demostrar combinaciones de alimentos que aporten alto contenido en hierro.
Padres manifestaran preparaciones y/o comidas ricas en hierro para la semana.
Padres manifestar las creencias erradas sobre la anemia.
- **Afectivo**
Padres se sensibilizaran y se comprometerán en poner en práctica todas las medidas preventivas sobre la anemia ferropénica.

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Manifiesten la frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro.	<p>FRECUENCIA DEL CONSUMO SEMANAL DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO</p> <p>Los alimentos ricos en hierro mínimo deben consumirse de 2 a 3 veces por semana. En niños desde los 6 meses hasta los 2 años se les debe dar 1-2 cucharadas diarias de alimentos ricos en hierro.</p>		Rotafolio	Mediante la técnica de lluvia de ideas se pedirá a los asistentes a aportar sus conocimientos sobre el tema.	¿Existen alimentos que pueden incrementar la absorción del hierro?	1 minuto 2 minutos
Expresen con sus propias palabras los alimentos que facilitan la absorción del hierro.	<p>FACILITADORES DE LA ABSORCIÓN DEL HIERRO</p> <p>Cítricos: Por su contenido de vitamina C mejora la absorción del hierro no hemínico. Por ejemplos: Naranja, piña, papaya, maracuyá, membrillo, carambola, limonada.</p> <p>Proteínas de la carne: además de proveer hierro hemínico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no hemínico. Por ejemplo combinar las menestras con carne de res.</p>		Rotafolio	Luego se les pedirá a las madres que tomen los alimentos que crean convenientes y los clasifiquen como facilitadores o inhibidores del hierro.		5 minutos
Expresen en términos sencillos los alimentos que inhiben la absorción del hierro.	<p>Vitamina A: Mantiene al hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido. La combinación de vitamina A con hierro se usa para mejorar la anemia ferropénica (por</p>		Rotafolio			

<p>Clasifiquen los alimentos como facilitadores o inhibidores del hierro.</p> <p>Erradiquen ciertas creencias falsas sobre la anemia.</p>	<p>deficiencia de hierro). Por ejemplo en ensaladas de frutas o verduras.</p> <p>INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN DEL HIERRO</p> <p>Café, té (negro, verde) vinos, chocolate, pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble. Infusiones o mates.</p> <p>Proteínas vegetales: las proteínas de la soya tiene un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hemínico.</p> <p>Calcio: cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hemínico como el no hemínico. Lácteos y derivados.</p> <p>Frutos secos y especias (orégano).</p> <p>CREENCIAS ERRADAS SOBRE LA ANEMIA El comer mucho limón produzca anemia: No es cierto, El limón es una fruta rica en vitamina C y ésta ayuda a que el hierro de los alimentos se</p>		<p>ALIMENTOS: Mandarina Piña Papaya Naranja Limonada Infusiones de hierbas, Te, Café, chocolate</p>	<p>Se formará 3 equipos a cada grupo se repartirán 3 grupos de imágenes diferentes, sobre: el limón, la betarraga, la alfalfa. Se harán preguntas sobre las creencias en relación a la anemia y a las imágenes mencionadas</p>	<p>¿Existen alimentos que pueden disminuir la absorción del hierro?</p> <p>¿Comer limón produce anemia?</p> <p>¿Todos los alimentos rojos curan la anemia?</p> <p>¿Los extractos</p>	
---	--	--	--	--	--	--

					de alfalfa y betarraga curan la anemia? ¿No es bueno dar a los niños menestras porque les cae pesado?	
APLICACIÓN A LA PRACTICA						
OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Manifiesten los alimentos que conforman la mejor compra.	Taller: ¿Cómo hacemos la mejor compra de hierro? - Aporte de hierro. - Porcentaje de desecho. - Precio o costo del alimento. Luego colocamos puntaje de 0-2 pts. Según aporte de hierro, porcentaje de desecho, y según costo. Los alimentos que tienen más puntos constituyen las mejores compras en hierro. COMBINACION DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO: - Platos económicos (menús y entradas).	Lluvia de ideas. Reflexión personal	Paneles, papelógrafo plumones Se presentarán platos económicos como:	Seleccionar tres grupos de 10 personas, se seleccionara un líder. Se mostrará 3 afiches sobre la cantidad de aporte de hierro de los alimentos, la cantidad que comemos y la cantidad que eliminamos de	¿Existen alimentos que tienen más hierro y cuestan menos? ¿Cómo sabemos que lo que elegimos	10 minutos

	<p>- Esquemas de menús semanales</p>		<p>1 -2 años: mousse de sangrecita, arroz con guiso de lentejas y sangrecita. Tallarín al pesto con hamburguesa de sangrecita. Guiso de locro con sangrecita</p> <p>2-3 años: Causa de sangrecita, Enrollado de sangrecita, Picante de sangrecita, chaufa de sangrecita</p>	<p>ellos. Cada equipo determinará un precio para cada alimento. Luego clasificaremos los alimentos, se le otorgará un puntaje, y finalmente se analizarán los resultados.</p> <p>Se formarán tres grupos, a cada grupo se le pedirá que preparen combinaciones y platos para sus niños. Grupo A: Niños de 1-2 años, desayuno y almuerzo. Grupo B: Niños de 2-3 años, desayuno y almuerzo. Grupo C: Niños 2-3 años, desayuno y almuerzo. Finalmente cada miembro de cada grupo</p>	<p>es la "mejor compra"?</p>	
--	--------------------------------------	--	--	---	------------------------------	--

				explicará y demostrará la preparación del plato, el motivo de la combinación de los alimentos, la bebida con la cual lo acompañarán y la importancia de la misma.	
Evaluar los conocimientos luego de efectuar el programa educativo	Se aplicará el post test				10 minutos

SESION EDUCATIVA N°7

PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA

Administración de Sulfato Ferroso.

Objetivo General:

Padres reforzará sus conocimientos sobre la Administración de sulfato Ferroso.

Objetivos específicos

- **Cognitivo**
Padres reforzaran sus conocimientos sobre la Administración de sulfato Ferroso.
- **Psicomotor**
Padres identificarán el mejor y adecuado conocimiento para la administración de sulfato Ferrosos
- **Afectivo**
Padres se sensibilizarán y se comprometerán en poner en práctica todas las medidas preventivas sobre la anemia ferropénica.

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Manifestaran la importancia de consumo de sulfato ferroso	- El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La		Rotafolio		¿Es bueno el sulfato ferroso cuando mi niño tiene anemia?	1 minuto

	<p>prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración oral de preparados de hierro (sulfato ferroso, gluconato de hierro). - Una dosis de 3 mg / Kg de peso corporal de hierro elemental, fraccionando esta dosis en 2 o 3 tomas. Hasta que el niño empiece a consumir alimentos (6 meses) - Anemia Leve: multimicronutrientes, administración diaria durante 12 meses equivalente a 360 sobres. - Anemia Moderada: 9 -9.9 mg/dl, multimicronutrientes, administración diaria durante 12 meses equivalente a 360 sobres; de 7 -8.9 mg/dl multimicronutrientes y agregar una dosis complementaria de hierro elemental de 15 a 25mg: se 15 a 25 gotas de sulfato ferroso y hierro polimatizado 7 a 12 gotas. 					
--	--	--	--	--	--	--

SESION EDUCATIVA Nº 8
PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA

Importancia de Llevar al Niño a sus controles

Objetivo General:

Padres reforzarán sus conocimientos sobre el control adecuado en el programa CRED

Objetivos específicos

- **Cognitivo**
Padres reforzaran sus conocimientos sobre la importancia de llevar a sus controles de CRED.
- **Psicomotor**
Padres identificaran la mejor y adecuada institución de control sobre la anemia
- **Afectivo**
Padres se sensibilizaran y se comprometerán en poner en práctica todas las medidas preventivas sobre la anemia ferropénica.

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Manifestaran la importancia de acudir a un centro de salud especializado en control del	FINALIDAD DEL PROGRAMA DE CRED - Contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y a mejorar su salud y nutrición. Conjunto de actividades		Rotafolio		¿Es bueno el sulfato ferroso cuando mi niño	1 minuto

desarrollo del niño	<p>periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.</p> <p>PARA EVITAR RIESGOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es la probabilidad que tiene una niña o un niño por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o 				tiene anemia?	
---------------------	--	--	--	--	---------------	--

	<p>de comportamiento, pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos</p> <p>FACTORES QUE ALTERAN LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. 					
--	---	--	--	--	--	--