



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**TESIS**

---

**“ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL  
DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6, 12, 18 y 24  
MESES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN  
JERÓNIMO, CUSCO- 2019”**

---

**Presentado por la Bachiller:**

Benique Palomino, Leslie Jhojana

**Para optar al Título Profesional de**

**Licenciada en Enfermería**

**Asesor:**

**Mtra. Carmen Rosa Rojas Pariona Abal**

CUSCO, PERÚ

2021



## DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de brindarme la luz de mi camino profesional, y guiarme bajo su manto.

A mi familia, por darme la motivación a seguir adelante, a mi madre Haydee Palomino y padre Felipe Vargas por apoyarme hasta finalizar mi vida Profesional , mis hermanos y mis primos por su aliento y guía continuo que me brinda.

A mis compañeros de trabajo, amigos que me alientan a seguir adelante , y consejos de vida , para continuar en mi vida profesional y lograr mis metas.

La bachiller.



## AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina del Cusco, por la mejor formación académica y profesional que me brindo.

A la Escuela Profesional de Enfermería, por la plana de Docentes que me brindo conocimientos para mi vida profesional.

A la Mtra. Carmen Rosa Rojas Pariona, por la disposición y guía como asesora y docente que me brindo en el desarrollo de la tesis.

Al Centro de Salud de San Jerónimo, por el apoyo y facilidad que me brindo parar realizar la tesis.

La Bachiller.



## PRESENTACIÓN

Señora.

Dra. Yanet Castro Vargas

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco.

De conformidad al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, pongo en su consideración la tesis intitulada **“ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6, 12, 18 y 24 MESES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019”** con la finalidad de optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería conforme a lo establecido por la Ley Universitaria.

La Bachiller.



## RESUMEN

El estudio titulado: **“ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6, 12, 18 y 24 MESES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019”**

Tuvo como Objetivo identificar la relación que existe entre Anemia Ferropénica y el Desarrollo Psicomotor en niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud San Jerónimo. La metodología fue de tipo descriptivo no experimental, donde se consideró a una muestra de 108 niños los cuales presentaban anemia leve a severa. Se utilizó como instrumento las historias clínicas.

Dentro De la población estudiada se tienen un 81% con anemia leve, 12% con anemia moderada y un 7% de anemia severa. Así mismo el 95% de los niños que tienen anemia leve tiene una dieta de leche materna, a diferencia de los que tienen anemia severa, de los cuales un 50 % no consume leche materna. Se concluye que existe un 86% de casos de anemia leve, así mismo el área del desarrollo psicomotor más afectado es el de motricidad con un 88 % en niños con anemia severa, mostrando una relación significativa. Se halló una relación positiva entre las variables de anemia y desarrollo psicomotor, teniendo como resultado un grado de correlación de 0.572, para el área de coordinación 0,432, área de motricidad 0,483, área de lenguaje 0,317, área social 0,359., demostrando que si existe relación entre la anemia ferropénica y el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 12 meses.

**Palabras clave: Anemia ferropénica, desarrollo psicomotor**



## ABSTRACT

The study entitled: "FERROPENIC ANEMIA AND ITS RELATIONSHIP WITH PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT IN CHILDREN AGED 6, 12, 18 and 24 MONTHS WHO GO TO THE SAN JERÓNIMO HEALTH CENTER, CUSCO- 2019"

Its objective was to identify the relationship between iron deficiency anemia and psychomotor development in children aged 6 to 24 months who attend the San Jerónimo Health Center. The methodology was of a descriptive, non-experimental type, where a sample of 108 children was considered, who had mild to severe anemia. The clinical records were used as an instrument.

Within the studied population, 81% have mild anemia, 12% with moderate anemia and 7% with severe anemia. Likewise, 95% of children with mild anemia have a diet of breast milk, unlike those with severe anemia, of which 50% do not consume breast milk. It is concluded that there is 86% of cases of mild anemia, likewise the area of psychomotor development most affected is motor skills with 88% in children with severe anemia, showing a significant relationship. A positive relationship was found between the variables of anemia and psychomotor development, resulting in a degree of correlation of 0.432 for the coordination area, 0.483 motor area, 0.317 language area, 0.359 social area, demonstrating that there is a relationship between iron deficiency anemia and psychomotor development in children 6 to 12 months.

**Key words: Iron deficiency anemia, psychomotor development**



## INTRODUCCIÓN

La anemia Ferropénica es un problema de salud pública más prevalente en niños menores de 3 años. Que traen como consecuencias, problemas en el desarrollo cognitivo, psicomotriz y social.

La anemia representa una expresión de la pobreza e inequidad social, por lo tanto la madre, por desconocimiento, falta de acceso económico, por sus creencias y hábitos nutricionales, no brinda una dieta rica en hierro a su niño, exponiéndolo a serias consecuencias a nivel: inmunológico, físico, intestinal, conducta, termogénesis, metabolismo y en el sistema nervioso donde el daño es irreversible, Los niños menores de dos años son particularmente vulnerables a la anemia, por su elevada velocidad de crecimiento y altos requerimientos de hierro, a lo que se suma las dietas bajas en hierro, dando como consecuencia el retraso en el crecimiento, inmunidad disminuida, debilidad y palidez y déficit de atención entre otros, los mismos que para su mejor seguimiento y manejo son controlados con la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP). Por ello la importancia de la evaluación y seguimiento.

El papel del sector salud en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños es el monitoreo, así como de promover los vínculos afectivos, condiciones físicas, sociales, políticas y culturales que conlleven a optimizar este proceso. El objetivo del estudio es identificar la relación que existe entre la Anemia Ferropénica y el Desarrollo Psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al Centro de Salud San Jerónimo Cusco- 2019, evaluados con la escala de evaluación del desarrollo psicomotor, para lo que se ha estructurado en 4 capítulos:



**CAPITULO I: EL PROBLEMA:** La misma que contienen a la Caracterización y formulación del problema, objetivo general y específicos, las variables y operacionalización correspondiente, la justificación y consideraciones éticas.

**CAPITULO II: MARCO TEORICO:** Describe el marco teórico, antecedentes de estudio, bases teóricas y la definición de términos.

**CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO:** La misma que detalla el tipo de investigación, la línea de investigación, el diseño de la investigación, población y muestra, las técnicas e instrumentos, procedimiento de recolección y plan de análisis de datos.

**CAPÍTULO IV INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:** Se realiza la presentación de resultados a través de gráficos

Por último, se consideran las referencias bibliográficas y los anexos.





## INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

PRESENTACIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS

### CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....,	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	3
1.4. HIPÓTESIS .....	4
1.5. VARIABLES DE ESTUDIO.....	4
1.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES....	6
1.7. JUSTIFICACIÓN... ..	12
1.8. LIMITACIONES.....	12
1.9. ASPECTOS ETICOS.....	12

### CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	13
2.1.1.ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	13
2.1.2.ANTECEDENTES NACIONALES.....	15
2.1.3.ANTECEDENTES LOCALES.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS .....	19



2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	37
----------------------------------	----

### CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	38
3.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.4. POBLACION Y MUESTRA.....	39
3.4.1.DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	39
3.4.2.MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO.....	39
3.4.3.CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	40
3.4.3.1CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	40
3.4.3.2CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	40
3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	40
3.5.1 TÉCNICA.....	40
3.5.2INSTRUMENTO.....	40
3.5.3VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	41
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	41

### CAPITULO IV

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS



## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°1 EDAD DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO-2019 .....	42
GRAFICO N°2 PESO DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO-2019. ....	43
GRAFICO N°3 LACTANCIA DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019.....	44
GRAFICO N° 4 GRADO DE ANEMIA DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019.....	45
GRAFICO N°5 RELACION ENTRE ANEMIA Y LA EDAD DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019. ....	46
GRAFICO N°6 RELACION ENTRE ANEMIA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019”.....	47
GRAFICO N°7 RELACION ENTRE ANEMIA Y EL AREA DE COORDINACION DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019.....	50
GRAFICO N°8 RELACION ENTRE LA ANEMIA Y EL AREA MOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019. ....	52



GRAFICO N° 9 RELACION ENTRE LA ANEMIA Y EL AREA DEL LENGUAJE DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019. .... 54

GRAFICO N°10 RELACION ENTRE LA ANEMIA Y EL AREA SOCIAL DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE. SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019..... 55

### INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR –AREA DE COORDINACION DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019.. .... 56

TABLA N°2 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR –AREA MOTRICIDAD DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019.. .... 57

TABLA N°3 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR –AREA DE LENGUAJE DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019.. .... 59

TABLA N°4, COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR –AREA SOCIAL DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO- 2019.. .... 60



## CAPÍTULO I.

### EL PROBLEMA

#### 1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:

La anemia infantil es un problema de salud pública de prioridad a nivel Nacional y Mundial, siendo la anemia Ferropénica la más prevalente en los niños menores, los cuales traen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, en las habilidades psicomotrices y de socialización, principalmente si se presenta durante el crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores, constituyéndose en los principales problemas que afectan el desarrollo infantil temprano.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017, en el mundo existen alrededor de 293 millones de niños menores de cinco años con anemia, que representan alrededor del 47% de niños en países de bajos y medianos ingresos, esta enfermedad sería causada, principalmente, por la deficiencia de hierro, se considera como un problema de salud pública generalizado que tiene consecuencias de gran alcance para la salud humana, para el desarrollo social y económico.<sup>1</sup>

En el Perú, según el estudio que realizó la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, la anemia infantil constituye uno de los principales problemas del país, que alcanza un promedio nacional de 44% y afecta a más de 700 mil niños. Para revertir esta situación es clave la articulación intersectorial de los ministerios de Desarrollo e Inclusión Social, Salud y Educación. Sólo

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Perú asume importante reto de reducir la anemia infantil de 44% a 19 % en el 2021. (Revista en línea). Perú. 2017. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3952:peru-asume-importante-reto-de-reducir-la-anemia-infantil-de-44-a-19-en-el-2021&Itemid=900](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3952:peru-asume-importante-reto-de-reducir-la-anemia-infantil-de-44-a-19-en-el-2021&Itemid=900)



entendiendo este problema de salud pública como una cuestión de estado y asegurando el involucramiento de los diferentes sectores se podrá alcanzar la meta de reducir la prevalencia de anemia en menores de 3 años a 19 % en el 2021.<sup>2</sup>

La Encuesta Demográfica y de salud familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) encargada de recabar información referente a los niveles de anemia en el país. En el 2019, la región Cusco registraba un 57.4 % de anemia, en tanto para el 2020, disminuyó a un 53.7% en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (3.7 puntos porcentuales).

En el Centro de Salud de San Jerónimo, se brinda servicios según etapa de vida, donde en los consultorios de niño sano de control de crecimiento y desarrollo del niño, a cargo de licenciadas en enfermería, aplican las normas técnicas de salud establecidos por el MINSA, siendo una de ellas la Norma técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años y la guía de Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP).

Durante el desarrollo de las prácticas pre profesionales, se ha observado la afluencia de niños menores con diferentes diagnósticos de anemia. Entre los más frecuentes son: los diagnosticados con anemia ferropénica y otros con desarrollo psicomotor normal, otros con déficit y retraso en dicho desarrollo, considerando que para el diagnóstico psicomotriz se evalúa en cuatro áreas (lenguaje, coordinación, motriz, social). La responsable frente al monitoreo del Crecimiento y Desarrollo recae en el Puesto de Salud de San Jerónimo, los cuales realizan actividades frecuentes de control de crecimiento y desarrollo del niño con el fin de detectar oportunamente

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Perú asume importante reto de reducir la anemia infantil de 44% a 19 % en el 2021. (Revista en línea). Perú. 2017. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3952:peru-asume-importante-reto-de-reducir-la-anemia-infantil-de-44-a-19-en-el-2021&Itemid=900](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3952:peru-asume-importante-reto-de-reducir-la-anemia-infantil-de-44-a-19-en-el-2021&Itemid=900)



cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento de la evolución de su crecimiento y desarrollo. Al niño se le realiza el tamizaje de anemia, esto con el fin de prevenir problemas a nivel del desarrollo psicomotor de los infantes y llama la atención que como se indica que muchos de los niños que tienen el diagnóstico de anemia también se ha visto que tienen déficit en el desarrollo Psicomotor esto de acuerdo a los estudios del MINSA.<sup>3</sup>

Teniendo esta afluencia de pacientes y observando que existe un significativo porcentaje de retraso del desarrollo del menor, en el área de lenguaje y/o motriz, da pie y genera la siguiente pregunta problema.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación que existe entre Anemia Ferropénica y el Desarrollo Psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al Centro de Salud San Jerónimo Cusco- 2019?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la relación que existe entre Anemia Ferropénica y el Desarrollo Psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al Centro de Salud San Jerónimo Cusco- 2019

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las características generales en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud de San Jerónimo.

---

<sup>3</sup> MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años Lima: Grafica Biblos; 2011.



- Describir el grado de Anemia Ferropénica en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud de San Jerónimo.
- Describir el grado de Desarrollo Psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud de San Jerónimo.
- Establecer la relación que existe entre Anemia Ferropénica y Desarrollo Psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al Centro de Salud de San Jerónimo.

#### **1.4. HIPÓTESIS**

Ha: La Anemia Ferropénica se relaciona de manera significativa con el Desarrollo Psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al consultorio de CRED del Centro de San Jerónimo, Cusco-2019.

Ho: La Anemia Ferropénica no tiene relación con el Desarrollo Psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al consultorio de CRED del Centro de San Jerónimo, Cusco-2019.

#### **1.5. VARIABLES DE ESTUDIO**

##### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Desarrollo Psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses.

##### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Anemia Ferropénica.

##### **VARIABLES INTERVINIENTES**

- Edad del niño (a).





- Sexo del niño(a).
- Peso al nacer del niño (a).
- Lactancia materna exclusiva del niño (a).
- Tiempo de tratamiento para la anemia.



1.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADOS	NATURALEZA
Desarrollo Psicomotor	Habilidades del niño durante la evaluación que se observa de forma continua durante su infancia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Área Coordinación</li> </ul>	<u>6 meses</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída.</li> <li>Coge la argolla.</li> <li>Coge el cubo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ul>	Cualitativa
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Área Motriz</li> <li>Área Lenguaje</li> <li>Área social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mantiene sentado solo, momentáneamente</li> <li>Vocaliza cuando se le habla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ul>	
			<u>12 meses</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ul>	Cualitativa



		<ul style="list-style-type: none"><li>• Área Coordinación</li><li>• Área Motriz</li><li>• Área Lenguaje</li><li>• Área social</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Junta las manos en la línea media</li><li>• Se pone de pie solo</li><li>• Camina algunos pasos de la mano</li><li>• Entrega como respuesta a una orden</li><li>• Dice al menos dos palabras</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li><li>• No</li><li>• Si</li><li>• No</li><li>• Si</li><li>• No</li></ul>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Área Coordinación</li></ul>	<p><u>18 meses</u></p> <p>Retira inmediatamente la patilla de la botella</p> <p>Atrae el cubo con un palo</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li><li>• No</li></ul>	Cualitativa



		<ul style="list-style-type: none"><li>• Área Motriz</li></ul>	Camina varios pasos hacia el lado Camina varios pasos hacia atrás	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li><li>• No</li></ul>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Área Lenguaje</li><li>• Área social</li></ul>	Muestra sus zapatos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li><li>• No</li></ul>	
			<u>24 meses</u>		Cualitativa
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Área Coordinación</li></ul>	Construye una torre con cinco cubos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li><li>• No</li></ul>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Área Motriz</li></ul>	Se para en un pie con ayuda		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Área Lenguaje</li></ul>	Nombra de los cuatro presentados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li><li>• No</li></ul>	



		<ul style="list-style-type: none"><li>• Área social</li></ul>	apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca  ayuda en tareas simples	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li><li>• No</li></ul>	
--	--	---------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	--



## B. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA
Anemia Ferropénica	Es la disminución de la concentración de la hemoglobina por debajo del límite establecido como normal en niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud de San Jerónimo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia leve</li><li>• Anemia moderada</li><li>• Anemia severa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10,0-10.9g/dl</li><li>• 7.0-9,9g/dl</li><li>• &lt;7,0g/dl</li></ul>	Cuantitativa	Intervalo



### C. OPERACIONALIZACION VARIABLES INTERVINIENTES

Variable	Definición operacional	Indicadores	Naturaleza
Sexo del niño (a)	Conjunto de características orgánicas que diferencian a niños (a) menores de 2 años con anemia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Femenino</li></ul>	Nominal
Peso al nacer	Es la primera medida de peso que le toman inmediatamente después de haber nacido	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menor a 2500g</li><li>• De 2,500g a menor 3,500g</li><li>• De 3,500g a menor de 4.000g</li><li>• De 4,000g a mas</li></ul>	cuantitativa
Lactancia materna exclusiva	Consiste en dar al lactante únicamente leche materna sin ningún otro suplemento solido o líquido.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si.</li><li>• No</li></ul>	Nominal
Tiempo de tratamiento para la anemia	Es la suplementación terapéutica o preventiva de sulfato ferroso con dosis diarias, según la edad y condición del niño, durante los meses cumplidos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• De 1 a 2 meses</li><li>• De 3 a 4 meses</li><li>• De 5 a 6 meses</li><li>• Más de 6 meses</li></ul>	Cuantitativa



### **1.7. JUSTIFICACIÓN**

Siendo la anemia un mal endémico en el mundo que afecta a 1620 millones de personas equivalente a 24,8 % de la población, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y siendo un problema multidimensional que se agudiza en la infancia por las desigualdades e inequidades económicas, sociales y culturales, representadas a través de la pobreza, precariedad de la vivienda, higiene deficiente, desconocimiento de una alimentación saludable, estos aspectos repercuten en su desarrollo integral y vulnera sus derechos, el presente estudio busca identificar la relación que existe entre la anemia ferropénica y el desarrollo psicomotor en niños menores de 2 años. Los resultados servirán como fuente de información para otros estudios, que tendrán como fin el conocer más a fondo el tema de la anemia y buscar soluciones a pequeño y largo plazo.

### **1.8. LIMITACIONES**

Se tuvo limitaciones para el levantamiento de la información por que el personal del centro de salud San Jerónimo siempre mantenía las historias clínicas en uso. Se superó coordinando con el personal encargado de las Historias Clínicas, y tratando de extraer información en los horarios de descanso del personal.

### **1.9. ASPECTOS ETICOS**

La aplicación del instrumento será de forma anónima previa codificación de las Historias clínica con fines de mantener la información confidencial en estricta reserva, siendo utilizados sola y exclusivamente para el presente estudio solo con función académica.





## CAPITULO II.

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

##### 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**PONTON, M.** En su estudio” **ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD Nº 1 DE LA CIUDAD DE LOJA 2017”.**

Objetivo: Conocer la relación entre anemia ferropénica y desarrollo psicomotor en niños de 6 a 36 meses de edad que acudieron al Centro de Salud Nº1 de la ciudad de Loja en el periodo julio a diciembre 2016,

Metodología: Es una investigación cualicuantitativa de tipo Descriptivo, Analítico de corte transversal que consta de conformado por un total de 291 niños/as

Resultados: Se tuvo los siguientes resultados: La frecuencia de anemia ferropénica existente en los niños/as del Centro de Salud correspondió al 48,2%, siendo más representativa la anemia leve. Los niños sin anemia mostraron un desarrollo psicomotor normal, mientras que aquellos con anemia leve dieron resultados dudosos al examen con el test de Denver II. Finalmente el área de desarrollo más afectada fue la motora fina, evidenciada en niños con anemia moderada. La relación entre anemia ferropénica y desarrollo psicomotriz de los niños es estadísticamente significativa ( $p=0,009$ ).<sup>4</sup>

**BOMBILLA, P.** En su Estudio Sobre “**ESTIMULACIÓN TEMPRANA ASOCIADA AL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 3 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD**

---

<sup>4</sup> PONTON M. "ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD Nº 1 DE LA CIUDAD DE LOJA". In.; 2017.



## **EDUCATIVA DE LA CUNA A LA LUNA EN EL PERIODO 2013 – 2014”, QUITO 2014.**

Objetivo: Donde analizo el desarrollo psicomotriz en niños de 3 años de edad que han recibido estimulación temprana en comparación de niños que no han recibido estimulación temprana.

Metodología: El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, observacional y descriptivo porque el trabajo fue mediante el uso de escalas, obteniendo porcentajes y números en relación al tipo de dinámica que se realizaron con los niños. Sera observacional ya que la Escala de TEPSI al igual que la Batería de Víctor Da 'Fonseca tienen parámetros que se le da a los niños los mismos que deberán cumplir y de esta forma se contemplara el desenvolvimiento del niño; por otra instancia será descriptiva ya que debido a los parámetros que da cada una de las Escalas anteriormente mencionadas se analizara las características mediante las cuales el niño desarrolla la actividad.

Resultados: Por medio de la aplicación de la escala de Tepsi y la Batería de Da' Fonseca arrojo los siguientes resultados: niños que recibieron estimulación temprana alcanzaron en sus mayores porcentajes el 14.3% que representan 3 niños y el 19% que son 4 niños, calificaciones entre 62 y 72 puntos dentro de la escala Tepsi dando como resultado un Desarrollo normal, sin embargo niños que no tuvieron estimulación temprana se puede concluir que a pesar de que la puntuación varía entre 62, 63 y 65 hay el 10.5% dando una cantidad de 2 la cual se compensa con la educación personalizada que se recibe en la Institución Educativa.

Del análisis a los niños que recibieron estimulación temprana con los niños que no recibieron se establece que: en una población donde los niños con estimulación son 21 y los que no recibieron son 19. Los resultados del equilibrio se reflejaron en niños



con estimulación se ven favorecidos con dichos programas, ya que tienen un mayor dominio de los parámetros que se evaluó dentro de la Batería de Da'Fonseca. - Mientras en la lateralidad ambos grupos desarrollaron una dominancia derecha sin mayor variación en la comparación, por lo que se deduce que los programas de Estimulación temprana no toman un papel relevante en el desarrollo de la lateralidad. - Por otro lado, en cuanto al esquema corporal el grupo de infantes con estimulación temprana desarrollan solo 2 tipos de calificación, siendo 3 puntos como buena el 71.4% y 4 puntos como excelente con el 28.6% , mientras que en los niños sin estimulación existe una calificación en 2 como satisfactoria en el 10.5%, de 3 el 68.4% como la más relevante y el 21.1% en excelencia, aunque los porcentajes de diferencia son mínimos la influencia que ejerce aquí los programas de estimulación temprana son mínimos, sin embargo los niños tienen un mejor reconocimiento de su cuerpo a esta edad, en la población de estudio. <sup>5</sup>

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

**BARTHA, J.** En el estudio de investigación “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO. AGOSTO – DICIEMBRE 2019.**

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia xianxilexinia en niños menores de 5 años del Hospital II EsSalud Tarapoto. Agosto – Diciembre 2019.

Metodología: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles, con una muestra de 54 niños menores de 5 años con anemia xianxilexinia para casos y 54 niños menores de 5 años para controles.

---

<sup>5</sup> BOMBILLA. ESTIMULACIÓN TEMPRANA ASOCIADA AL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 3 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CUNA A LA LUNA. 2013-2014.



Resultados: El nivel de anemia ferropenia que predomina según valor de hemoglobina es anemia leve con 64,8 % (n=35). Los factores asociados a anemia ferropenia son la edad del niño mayor de 12 meses ( $p < 0,001$ ) OR 6,236; con IC 95 % (2,138 a 18,191), ocupación que desempeña la madre fuera del Hogar ( $p 0,002$ ) OR 1,630; con IC 95 % (0,513 a 0,773). Antecedentes de Anemia materna ( $p 0,039$ ) OR 2,556; con IC 95 % (1,438 a 1,705). Antecedentes de EDA ( $p 0,004$ ) OR 3,455; con IC 95 % (1,556 a 7,668). Antecedentes de IRA ( $p 0,003$ ) OR 18,000; con IC 95 % (4,560 a 1,050).<sup>6</sup>

**LLANQUE, E.** en su estudio **LA ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES EN EL C.S. CIUDAD DE DIOS AREQUIPA 2017.**

Objetivo: determinar la relación de anemia ferropénica y el desarrollo psicomotor del niño de 6 a 24 meses en el centro de salud ciudad de dios, Arequipa-2017

Metodología: Estudio de tipo descriptivo, diseño correlacional y de corte transversal, con una población conformada por 71 niños de 6 a 24 meses de edad, la mayoría de los niños se encuentran en las edades de 8, 9, 19 y 11 meses representan porcentajes altos mientras las edades de 14, 16 y 19 meses son pocos frecuentes.

Resultados: Los resultados correspondientes al diagnóstico de la anemia ferropénica evidencia que más de la mitad de la población de estudio tiene anemia leve, 27 niños con anemia moderada y dos casos de anemia severa, por lo tanto, este trastorno nutricional sigue siendo aún un problema grave que afecta acorto y largo plazo el crecimiento y desarrollo del niño, de los cuales dos niños severa pueden tener

---

<sup>6</sup>BARTHA, J. "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO. AGOSTO – DICIEMBRE 2019



dificultades en el aprendizaje, memoria y una disminución de sus defensas frente a agentes infecciosos.<sup>7</sup>

### 2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

**MAMANI, A** En su investigación **“INFLUENCIA DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CREED DEL PUESTO DE SALUD HUAROCONDO, ANTA, CUSCO-2018”**

Objetivo: Determinar la influencia de la anemia en el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses que acuden al consultorio de CREED del puesto de salud de Huarcocondo, Anta, Cusco, 2018

Metodología: Dicho estudio fue de tipo correlacional y transversal

Resultados: Respecto a las características generales de las madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al consultorio de CRED del Puesto de Salud de Huarcocondo, Anta, Cusco – 2018. El 43,21% oscilan entre las edades de 16 a 24 años y 14,81% de 35 a más años, el 67,90% son de instrucción primaria y 1,23% de instrucción superior. Respecto a las características generales del niño: El 22,22% son de 24 meses de edad y 2,47% entre las edades de 8 y 10 meses, 61,73% de sexo masculino, 38,27% de sexo femenino, 64,20% tuvieron 2,500g a 2999g de peso al nacer. Respecto a los grados de anemia el 88,71% de niños presentan Anemia Leve, 9,68% con Anemia Moderada y 1,61% con Anemia severa. Respecto a la Influencia de los grados de anemia en el desarrollo psicomotor el 67,74% presentan anemia leve y desarrollo psicomotor normal, el 20,97% con desarrollo psicomotor en riesgo. El 6,45% con

---

<sup>7</sup> LLANQUE SULLCA E. LA ANEMIA FERROPÈNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE C.S CIUDAD DE DIOS AREQUIPA; 2017.



anemia moderada presentan desarrollo psicomotor normal, 3,23% con desarrollo psicomotor en riesgo. El 1,61% con anemia severa y desarrollo psicomotor en riesgo. Con respecto al Desarrollo Psicomotor según dimensiones: 17,74% con desarrollo psicomotor normal en el área motora, 37,10% en área de lenguaje, 9,68% en área social y 6,45% en área de coordinación. A la aplicación del Chi cuadrado  $p = 0,2362$ , evidencia que la anemia no influye en las dimensiones del desarrollo psicomotor.<sup>8</sup>

**MERMA, L., En su estudio sobre “DESARROLLO PSICOMOTOR Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN ZONAS ALTO ANDINAS DE POMACANCHI – 2019”.**

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor y la anemia en niños de 6 a 24 meses de edad.

.Metodología: Descriptivo, correlacional y transversal; se aplicó a los niños de 6 a 24 meses de edad, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

RESULTADOS; En los niños de 6 a 24 meses de edad predomina el sexo femenino con 54.5%, en cuanto al estado nutricional el 63,6% para peso/edad presento normalidad, el 90.9% para peso/talla presento normalidad y el 43,9% para talla/edad presento talla baja. El 47% y 46,9% presento riesgo en el área motora y lenguaje respectivamente siendo las áreas de mayor porcentaje, el 59,1% de la población presento anemia leve. En relación al desarrollo psicomotor y anemia el 13,6% presento retraso y anemia leve, el 7,6% retraso y anemia moderada, el 25,8% riesgo y anemia leve mientras que el 28,8% riesgo y anemia moderada, en cuanto a las áreas del desarrollo psicomotor y la anemia, en el área motora el 25,8% presentaron riesgo

---

<sup>8</sup> MAMANI A. “INFLUENCIA DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CREED DEL PUESTO DE SALUD HUAROCONDO, ANTA, CUSCO. 2018.



y anemia leve y el 21,2% riesgo y anemia moderada; en el área de coordinación el 15,1% presento riesgo y anemia leve mientras que el 4,5% riesgo y anemia moderada; en el área de lenguaje el 31,8% presento riesgo y anemia leve así mismo el 15,1% presento riesgo y anemia moderada y por último en el área social el 31,8% presento riesgo y anemia leve como también el 19,7% presento riesgo y anemia moderada. La prueba estadística de Rho de spearman=0,13 indica que la correlación es positiva muy baja con coeficiente de significancia de 0,028 por lo tanto se acepta la hipótesis alterna llegando a la Conclusión: Existe relación entre el desarrollo psicomotor global y la anemia; donde las áreas del lenguaje y lo social si se encuentra en relación con la anemia, mientras que entre las áreas motora y de coordinación no se encontró ningún tipo de relación.<sup>9</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. ANEMIA FERROPÉNICA**

La anemia es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados .es la enfermedad por deficiencia nutricional más común en niños entre 6m- 3 años de edad.

### **2.2.2. CLASIFICACIÓN**

Las anemias pueden clasificarse según criterios fisiopatológicos o morfológicos.

#### **a) CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA:**

Anemias regenerativas: Se observa una respuesta reticulocitaria elevada, lo cual indica incremento de la regeneración medular, como sucede en las anemias hemolíticas y en las anemias por hemorragia.

---

<sup>9</sup> MERMA, L., “DESARROLLO PSICOMOTOR Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN ZONAS ALTO ANDINAS DE POMACANCHI – 2019”.



Anemias no regenerativas: Son aquellas que cursan con respuesta reticulocitaria baja y traducen la existencia de una médula ósea hipo inactivo. En este grupo se encuentran la gran mayoría de las anemias crónicas.

## **b) CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA**

Anemia microcítica hipocrómica (VCM  $<70$  fl). En este grupo se encuentran la anemia por deficiencia de hierro, las talasemias y las que acompañan a las infecciones crónicas. Anemia macrocítica normocrómica (VCM  $>100$  fl). Incluye a la anemia megaloblástica, ya sea secundaria a deficiencia de ácido fólico o vitamina B12.

Anemia normocítica normocrómica. Una causa característica es la anemia secundaria a hemorragia aguda. En estos casos, los tres índices eritrocitarios mencionados se encuentran dentro de los valores normales.

### **• ANEMIAS POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES**

La anemia es la situación en la que los glóbulos rojos de la sangre no son capaces de transportar suficiente oxígeno a las células.

Entre las diferentes situaciones que pueden causar anemia, las más importantes son las deficiencias nutricionales, siendo la más frecuente la deficiencia de hierro que causa anemia ferropénica. Se estima que el 50% de todas las anemias diagnosticadas son causadas por la deficiencia de este mineral. Otras deficiencias nutricionales que pueden causar anemia son las de ácido fólico y vitamina B12, que causarían anemia megaloblástica.

### **• ANEMIA MEGALOBLÁSTICA**





La deficiencia de ácido fólico, de vitamina B12 o de ambos provoca una disminución de la síntesis de ADN, de forma que la multiplicación celular de los precursores eritroides es lenta, pero su crecimiento es normal, por lo que suelen ser células grandes. Así, la anemia megaloblástica se caracteriza por Hb disminuida y VCM elevado.

- **ANEMIA POR DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO**

- La deficiencia de folatos se produce especialmente en determinados grupos de riesgo y también puede estar asociada a determinadas situaciones y patologías:
- Embarazo: la anemia por carencia de ácido fólico es muy frecuente en el tercer trimestre del embarazo, debido principalmente al incremento en los requerimientos nutricionales. Es frecuente tanto en países en vías de desarrollo como en los más industrializados.
- Edad avanzada: en la mayor parte de los casos es consecuencia de un aporte inadecuado a través de la dieta.
- Prematuros y recién nacidos: se produce cuando los recién nacidos no han podido acumular suficientes reservas de folatos durante la vida intrauterina, cuando son alimentados con leche pobre en ácido fólico o cuando la madre lactante es deficiente en ácido fólico.
- Patología intestinal: ciertas patologías como la enfermedad de Crohn, la celíaca, la colitis ulcerosa y la resección intestinal pueden conducir a deficiencia en folatos debido a una alteración en su absorción intestinal.
- Alcoholismo crónico: la deficiencia de fólico se produce como consecuencia de una menor ingesta, menor absorción y por alteración del metabolismo de la vitamina por efecto del alcohol, que secuestra los folatos a nivel hepático.



- Deficiencia de vitamina B12: el metabolismo de estos dos nutrientes está relacionado, y la carencia de vitamina B12 causa deficiencia de ácido fólico.
- Según la OMS, el punto de corte para detectar deficiencia de folato es de  $< 10$  mol/l (4 ng/ml) para niveles séricos.

### **2.2.3. FACTORES DE RIESGO DE LA ANEMIA**

Existen algunos grupos de niños que tienen un mayor riesgo de desarrollar anemia.

Los factores que pueden causar un alto riesgo incluyen:

- Nacimiento prematuro y bajo peso al nacer
- Parasitosis intestinal
- Educación deficiente de los padres
- Niños de estratos socioeconómicos bajo
- Biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada

### **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

#### **a) RELACIONADOS A LA PERSONA**

Incrementan el riesgo de presentar anemia por deficiencia de hierro:

- Recién nacido prematuros y/o con bajo peso al nacer.
- Niñas y niños pequeños para la edad gestacional
- Corte precoz del cordón umbilical
- Niñas y niños menores de 2 años
- Alimentación complementaria deficiente en productos de origen animal ricos en hierro
- Niñas y niños con infecciones recurrentes



- Niñas y niños menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva
- Hijos de madres con embarazo múltiple
- Hijos de madres adolescentes
- Hijos de madres con periodo intergenésico corto
- Hijos de madre anémica
- Relacionados al medio ambiente
- Incrementan el riesgo de presentar anemia por deficiencia de hierro:
- Zonas con alta seguridad alimentaria
- Zonas endémicas con parasitosis
- Zonas endémicas de malaria
- Zonas con saneamiento ambiental deficiente
- Población expuesta a contaminación con metales pesados (plomo, mercurio, etc.)
- Familias con limitado acceso a información nutricional

#### **2.2.4. MANIFESTACIONES CLINICAS.**

Las manifestaciones de la anemia son poco evidentes, existe palidez de la piel y mucosas, disminución de la capacidad del trabajo físico y manifestaciones no hematológicas debidas al mal funcionamiento de enzimas dependientes de hierro

#### **2.2.5. DIAGNOSTICO.**

Para realizar un diagnóstico se necesita una exhaustiva historia clínica, la cual nos permitirá conocer la existencia o no de antecedentes importantes como factores de riesgo de anemia, asimismo obtenemos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia, el examen físico nos revela los síntomas clínicos, así solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentración



de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica.

La medición de la hemoglobina suele ser la forma más simple de diagnosticar anemia en niños, según la concentración que se muestra a continuación, debe corregirse la hemoglobina en población de altura:

Niños de 6 meses a 5 años..... 11g/dl

Niños de 6 a 14 años.....12g/dl

La palidez de la piel y la conjuntiva son signos de anemia de limitada sensibilidad. En áreas rurales sin laboratorios, puede entrenarse a promotores y técnicos de salud en su uso. Es importante saber que los valores normales de hemoglobina no excluyen deficiencia de hierro, por lo que es necesario medir reservas de hierro.

#### **2.2.6. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA**

Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, como: dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarreas, sabor metálico en la boca, coloración oscura en las deposiciones y raramente vómitos. Para prevenir estos efectos secundarios se recomendaría que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una comida del día o fraccionar dosis en dos tomas. Si persisten las molestias, disminuir la dosis a la mitad y luego aumentaría a los 15 días

También el hierro se puede administrar por inyección intramuscular o endovenosa en casos de estar comprometida la vía oral

- **SUPLEMENTACION CON SULFATO FERROSO EN NIÑOS**



Intervención que tiene como objetivo asegurar al suministro adecuado de hierro bajo la forma medicamentosa( sulfato o gluconato ferroso, 15mg de hierro elemental por 5ml) a los niños menores de 36 meses para mejorar los niveles de hierro en su organismo y prevenir la anemia<sup>10</sup>

- **DOSIFICACION DE LA SUPLEMENTACION PREVENTIVA DE SULFATO FERROSO SEGÚN PESO Y EDAD A NIÑOS DE 6 A <36 MESES DE EDAD**

DE 6 A 12 meses .....6 a 9kg..... 3ml

De 18 a 24 meses ..... 10 a 12 kg.....4ml

De 30 a < 36 meses..... 13 a 15 kg .....5ml

### **2.2.7. CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA EN EL NIÑO**

Los efectos no solo son en la salud presente también en la futura afecta principalmente a la inmunidad celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conductual, rendimiento intelectual, metabolismo de las catecolaminas y termogénesis.

### **2.2.8. PREVENCION DE LA ANEMIA**

- Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida
- Lactancia adecuada la que debe empezar a partir de los 6meses de edad.<sup>11</sup>

### **2.2.9. CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

Es el conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño de cero a nueve años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la

---

<sup>10</sup> Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención.

<sup>11</sup> Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años.



evolución de su crecimiento y desarrollo, así como consideramos la promoción de la salud física, mental, emocional y social.

Es realizado por personal de salud adecuadamente capacitado, sensible, con actitudes y comportamientos apropiados. Teniendo en cuenta las necesidades, características y capacidades de la familia, respetando el contexto socio cultural (1).

Es participativo, es decir permite establecer una relación de respeto y confianza con la madre para que ella pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones. Involucrando al padre y a la familia en las responsabilidades del cuidado de la niña y el niño.

#### **2.2.9.1. FACTORES DE RIESGO**

El control de crecimiento y desarrollo implica considerar los factores causales o asociados, que alteran de manera significativa este proceso en la niña y el niño.<sup>8</sup>

##### **a) FACTORES SOCIALES Y CULTURALES**

- Madre adolescente o mayor de 35 años Grado de instrucción de la madre o cuidadora
- Pobreza extrema
- Déficit en el acceso a servicios básicos y de salud
- Déficit en la ingesta calórico- proteica
- Violencia infantil o familiar, Madre trabajadora fuera del hogar, Problemas de salud mental en la familia
- Tamaño y estructura de la familia
- Malnutrición materna
- Stress materno
- Hacinamiento



- Consumo de drogas.<sup>8</sup>

#### **b) FACTORES BIOLÓGICOS**

- Bajo peso al nacer
- Prematuridad
- Hiperbilirrubinemia
- Sufrimiento fetal: (Embarazo de alto riesgo y durante el parto).
- Enfermedades de la madre: (Toxemia, Pre eclampsia , Infecciones tracto urinario, entre otras)
- Cardiopatías
- Problemas metabólicos
- Síndromes genéticos: Síndrome de Down
- Consumo de alcohol y tabaco
- Alteraciones del sistema nervioso central
- Neuroendocrino: (Alteraciones de la hormona del crecimiento, Hipotiroidismo).<sup>8</sup>

#### **2.2.9.2. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y/O NIÑO**

Para realizar el control del crecimiento y desarrollo se debe considerar lo siguiente:

- a. Recepción cordial a los padres y/o cuidadores de la niña y/o niño.
- b. revisión y apertura del cuaderno de atención integral de salud del niño:  
Calendario de vacunación, curva del crecimiento, evaluación del desarrollo y otros.
- c. . Apertura y revisión de la historia clínica del niño.
- d. Registro de la actividad en:
  - Historia clínica del niño y/o ficha familiar



- Cuaderno de atención integral de salud del niño
  - Registro de seguimiento de la atención integral del niño
  - Formato HIS.
- e. Según el diagnóstico y capacidad resolutoria del establecimiento de salud, realice la interconsulta o referencia.<sup>12</sup>

### **2.2.9.3. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO DE 0 A 4 AÑOS**

La evaluación debe hacerse en presencia de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuado, sin ropa o con ropa ligera, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Además, la madre debe comprender las conductas que su hijo debe realizar según su edad, para que pueda estimularlo adecuadamente en su hogar.

Para evaluar el desarrollo del niño se usará la escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño (EEDP) y Test del desarrollo Psicomotor (TEPSI) solo por profesionales, en su versión abreviada, se utilizará el Test Abreviado de Valuación del Desarrollo Psicomotor (TA) indistintamente por profesional, y técnico.

Como parte de la guía se establece evaluar el Desarrollo Psicomotor del niño menor de 5 años en las consultas de CRED, de la siguiente manera: a los 2 y 18 meses, con EEDP, en los 4 años con TEPSI y en los otros 8 controles restantes con T.A. (1, 4, 6, 9, 12, 15, 21 y 36 meses de edad).

---

<sup>12</sup> Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años. [Internet]. N°537-2017 MINSA. 125-34p. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/A NEXOS\\_11\\_AL\\_22.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/A NEXOS_11_AL_22.pdf)





La escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) mide el rendimiento del niño de 0 a 2 años, frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Evalúa las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

El Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI) mide el rendimiento del niño de 2 a 5 años en 3 áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador.

El test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) es una simplificación de la EEDP y TEPSI para ser utilizado tanto por personal profesional como no profesional<sup>13</sup>.

#### **2.2.9.4. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP)**

La EEDP mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor.

La escala consta de 75 ítems, 5 por cada edad. La puntuación de los ítems no admite graduaciones existiendo solo dos posibilidades: éxito o fracaso frente a la tarea propuesta. Se considera 15 grupos de edad entre los 0 a 24 meses, a saber: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,1,12,15,18,21 y 24 meses. Se seleccionaron estas edades por considerarlas más significativas, en el sentido de adquisición de nuevas conductas en el desarrollo psicomotor de un niño. Dicha selección no significa que solo a los niños de estos grupos de edad se le puede administrar la escala. Esta prueba sirve para

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años. [Internet]. N°537-2017 MINSA. 125-34p. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/A NEXOS\\_11\\_AL\\_22.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/A NEXOS_11_AL_22.pdf)



evaluar a un niño de cualquier edad entre 0 y 24 meses, pudiéndose evaluar a los 2 años a aquellos niños que tengan 732 días.

#### **2.2.9.5. ÁREAS DEL DESARROLLO EVALUADAS POR EEDP**

Se ha distinguido dentro del proceso del desarrollo psicomotor cuatro áreas de funcionamiento relevante específicas e independientes. Estas áreas han sido denominadas y definidas como sigue:

##### **a. ÁREA DE LENGUAJE:**

Esta abarca tanto el lenguaje verbal, como el no verbal, reacciones al sonido soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.

##### **b. ÁREA SOCIAL:**

El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.

##### **c. ÁREA DE COORDINACIÓN:**

Esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones (óculo- motriz y de adaptación ante objetos)

##### **d. ÁREA MOTORA:**

Se refiere al control de la postura y motricidad

##### **- PROCEDIMIENTO:**

El niño o la niña deben estar comfortable, se le debe informar brevemente al acompañante el objetivo del test y anotar en hoja de registro los datos de identificación del evaluado. Se debe calcular la edad cronológica considerando los días y los meses,



restando a la fecha de aplicación la fecha de nacimiento. En caso de ser años diferentes se suma 12 meses por cada año de diferencia con el mes de aplicación.

Se debe comenzar la prueba en el mes inferior a la edad cronológica en meses. Si el niño o la niña fracasan en los 5 ítems debe evaluarse el mes anterior a este, así sucesivamente. En caso de que acerté alguno se continúa con la edad siguiente, así sucesivamente hasta que falle en todos los ítems correspondientes a una edad, en ese momento se da por terminada la aplicación.

#### - **INTERPRETACIÓN**

Lo primero que hay que hacer es considerar la edad mental, la cual está determinada por el mes mayor en el que el niño o la niña cumple con los 5 ítems, este se considera línea base y se multiplica por 30. Luego se le suman los puntajes de los ítems de los meses superiores a línea base en los que el niño o la niña respondieron con éxito. Finalmente se suman los días de la línea base y el puntaje adicional, obteniéndose la edad mental en días.

Supongamos que en este caso el niño respondió con éxito los 5 ítems de los 7 y los 8 meses, respondió con éxito el ítem 44 y 45 (correspondiente de los 9 meses) y fracasó en todos ítems correspondientes a 10 meses. En este caso se considera los 8 meses como línea base y se suman 6 puntos más por ítem. Ej.:  $(8 \times 30) + 12$  puntos adicionales.

#### - **RAZÓN ENTRE EDAD MENTAL Y EDAD CRONOLÓGICA**

Para obtener este indicador se divide la edad mental por la edad cronológica.

#### - **PUNTAJE ESTÁNDAR**



Una vez obtenida la razón se debe buscar en la tabla correspondiente a la edad el Puntaje Estándar (PE).

#### - **COEFICIENTE DE DESARROLLO**

Determinar el coeficiente de desarrollo según el siguiente criterio:

Puntaje estándar	Coeficiente de desarrollo
Mayor o igual a 0.85	Normal
Entre 0.84 – 0,70	Riesgo
Menor o igual a 0.69	Retraso.

#### - **NIÑO DE RIESGO EN SU DESARROLLO PSICOMOTOR**

Es aquel que debido a sus antecedentes presenta más probabilidades que la población general de manifestar un déficit sensorial, motor y/o cognitivo. Algunos de estos factores que conllevan riesgo específico son:

#### **FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO:**

- Peso al nacimiento < 32 semanas.
- Desinfección congénita intrauterina.
- Apgar < 4 a los 5 minutos y/o pH arterial umbilical < 7.
- Hijo de madre HIV, drogadicta, alcohólica.
- Microcefalia (PC < 2 DS).
- Sintomatología neurológica neonatal > 7 días.
- Convulsiones neonatales.
- Meningitis neonatal.



- Alteraciones en ECO transfontanelar (hemorragia, leucomalacia Periventricular, calcificaciones, hidrocefalia).
- Hiperbilirrubinemia >25 mg/dl (20 si prematuro) o exanguinotransfusión (ET) por ictericia.
- Hipoglucemia neonatal sintomática.
- Necesidad de ventilación mecánica prolongada.
- Hermano con patología neurológica no aclarada/ riesgo recurrencia.
- Cromosomopatías, síndromes dismórficos o neurometabólicos.

### **FACTORES DE RIESGO AUDITIVO**

- Inmadurez extrema.
- Meningitis.
- Lesión del parénquima cerebral.
- Hiperbilirrubinemia > 25 mg/dl o ET.
- Antecedente familiar de hipoacusia.
- Malformación craneofacial.
- Tratamientos ototóxicos.

### **TÉCNICA DE MEDICIÓN DE LA EEDP**

La escala mide el grado de desarrollo psicomotor en las áreas anteriormente señaladas, a base de dos técnicas:

**OBSERVACIÓN:** se observan conductas del niño frente a situaciones específicas directamente provocadas por el examinador .



PREGUNTAS: se interroga a la madre o acompañante del niño, sobre conductas de este ante situaciones específicas que el examinado no pudo observar directamente durante el desarrollo de la prueba.

### **2.2.10. DIMENSIONES DEL DESARROLLO**

Para cada una de las áreas del desarrollo, encontramos varias dimensiones que al estimularlas de manera directa o indirecta, colaboramos con la maduración y crecimiento del niño. Podemos citar algunas de ellas.

1. Lenguaje expresivo
2. Lenguaje comprensivo
3. Habilidades motrices finas
4. Habilidades motrices gruesas
5. Percepción auditiva
6. Percepción visual
7. Percepción táctil
8. Percepción olfativa y gustativa
9. Esquema corporal
10. Pensamiento lógico matemático
11. Formación de hábitos, valores y desarrollo de autoestima, etc.

Cada centro educativo, al estructurar su programa, teniendo en mente la realidad socio-cultural de sus alumnos, desglosará aún más las dimensiones del desarrollo, con el propósito de atender a todas las necesidades existentes y de garantizar la calidad de su acción educativa.<sup>2</sup>



### **2.2.11. HITOS DEL DESARROLLO**

El mejor programa es aquel que considera la flexibilidad del tiempo y ritmo en las adquisiciones de determinadas habilidades. Cada niño es único y su desarrollo seguirá su propio paso.<sup>2</sup>

El nivel de habilidades puede variar de acuerdo a la edad cronológica y neurológica de cada niño; luego, el programa debe considerar actividades que no aceleren artificialmente el desarrollo, sino actividades que le ofrezcan lo antes posible las posibilidades de aprendizaje. Sin embargo, para no alejarnos mucho de la "normalidad", debemos enumerar hitos específicos en el desarrollo infantil con relación a los siguientes ámbitos.<sup>2</sup>

Dependiendo del manual, encontraremos pequeñas diferencias en algunos datos, pero, lo más importante es que a pesar de que juegue un papel importante la flexibilidad, los estimuladores deben estar atentos a que no pase demasiado tiempo sin que se detecte la existencia de un problema.<sup>2</sup>

### **2.2.12. LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS**

A partir de los trabajos de Freud, para muchos especialistas la manera de interpretar determinados problemas o la causa de estos problemas en un individuo es repasar las experiencias que este ha vivido en su primera infancia (2).

Las investigaciones científicas confirman esto al enumerar las muchas evidencias de que las experiencias en la primera infancia pueden cambiar toda una vida (2).

Los primeros tres años de vida son cruciales en el desarrollo de las funciones cognitivas y emocionales en un individuo, por ello, el tipo de ambiente donde nace, crece y se desarrolla el niño adquiere una enorme importancia, ya que constituye la



fuentes de estímulos y de experiencias que determinarán un desarrollo normal, superior o inferior.<sup>2</sup>

Consultando las ciencias afines, veamos cuales son algunos de los factores que influyen (positiva o negativamente) el desarrollo funcional y orgánico de los niños y niñas:

1. Las experiencias intrapersonales e interpersonales (influirán directamente en su desarrollo psicológico y conductual).
2. Lesión en los órganos sensoriales
3. Lesión cerebral
4. La privación sensorial (o falta de ejercicio de la función sensorial)
5. Estímulos ambientales
6. Alimentación
7. Sueño
8. Privación ambiental (niños y niñas que son impedidos de interactuar con su medio por exceso de cuidado de sus padres o por alguna circunstancia especial, como enfermedades)
9. Sub-estimulación y sobre-estimulación
10. Aislamiento social
11. Enfermedades genéticas y/o infecciosas
12. Realidad socio-cultural y económica

Podríamos hacer una gran lista, pero esta no es la idea. La idea es que toda persona que esté involucrada en el proceso de estimulación de un niño tenga en mente que





son muchos los factores exógenos que también influyen el desarrollo infantil, sea a nivel funcional, orgánico, sensorial, emocional o físico. La herencia genética no encierra o limita el desarrollo; ella sirve de trampolín para el aprendizaje (puesto que todos nacemos con la capacidad para aprender), pero, es el entorno quien va proporcionar las experiencias y los estímulos necesarios para un completo crecimiento y desarrollo.<sup>2</sup>

### **2.2.13. DESARROLLO PSICOMOTOR**

Es un proceso dinámico por el cual los seres vivos alcanzan su maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, hormonales y ambientales.<sup>11</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**ANEMIA FERROPÉNICA:** Disminución en el número de glóbulos rojos en la sangre debido a una falta de hierro

**DESARROLLO PSICOMOTOR:** Este proceso incluye aspecto como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación viso-motora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo.

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP):** mide el rendimiento del niño.

**CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED):** es el conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño de cero a nueve años.



## CAPITULO III.

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de Estudio es descriptivo, diseño correlacional y de corte transversal.

- **DESCRIPTIVO:**

En este estudio se observó y describió el comportamiento de las variables, anemia ferropénica y el desarrollo psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al Centro de Salud de San Jerónimo.

- **TRANSVERSAL**

Porque permitió recolectar de los datos sobre las variables en un determinado momento.

- **CORRELACIONAL**

Se estableció la relación existente entre la anemia ferropénica y el desarrollo psicomotor en niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acuden al centro de salud de san Jerónimo.

#### 3.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación está enmarcado en la línea de enfermería en Estrategias Sanitarias de Niño y Niña.

#### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es de tipo no experimental cuantitativo.



### 3.3. POBLACION Y MUESTRA

#### 3.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población estuvo constituida por historias clínicas de niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acudieron al consultorio CRED del Centro de Salud de San Jerónimo y que tienen como diagnóstico anemia ferropénica donde se tiene un total de 120 historias clínicas

#### 3.3.2. MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

La muestra se obtuvo de la aplicación de la fórmula estadística útil para poblaciones finitas.

Donde:  $\alpha_c$  = Valor del nivel de confianza  
(varianza)

$e$  = Margen de error

$N$  = Tamaño Población (universo)

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))} =$$

$n = 108$



### **3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

#### **3.3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historias clínicas completas de niños de 6, 12, 18 y 24 meses que acudieron al consultorio CRED que acuden al Centro de Salud de San Jerónimo.
- Niños de 6, 12, 18 y 24 meses que asistieron regularmente a sus controles de crecimiento y desarrollo con diagnóstico de anemia.

#### **3.3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Historias clínicas que se encontraron ilegibles e incompletas.
- Historias clínicas de niños mayores de 24 meses.
- Historias clínicas de niños menores de 24 meses que no acudieron a sus controles CRED y no cuentan con controles completos

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

#### **3.5.1 TÉCNICA**

Para el presente estudio se utilizó la técnica de la observación (Informes y reportes de expertos), el cual consiste en trabajar con las historias clínicas para recoger los datos.

#### **3.5.2 INSTRUMENTO**

El instrumento que se empleó fue la observación el cual es un método que permite recolectar datos cualitativos de las historias clínicas de los pacientes que se atendieron en el CRED de San Jerónimo.



### **3.5.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez y confiabilidad del instrumento de la investigación, fue mediante el juicio de expertos con la finalidad de tener confiabilidad y validez de dicho instrumento, donde intervino un especialista licenciada en enfermería con especialidad y experiencia mayor a 4 años en Control de Crecimiento y Desarrollo; para la evaluación del desarrollo psicomotor se tomó un instrumento validado por el Ministerio de Salud. Y un especialista en metodología en la investigación.

### **3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, con la autorización del Centro de Salud de San Jerónimo, los resultados se procesaron en una base de datos en el software SPSS, donde se construyeron gráficos y tablas para su análisis de datos.

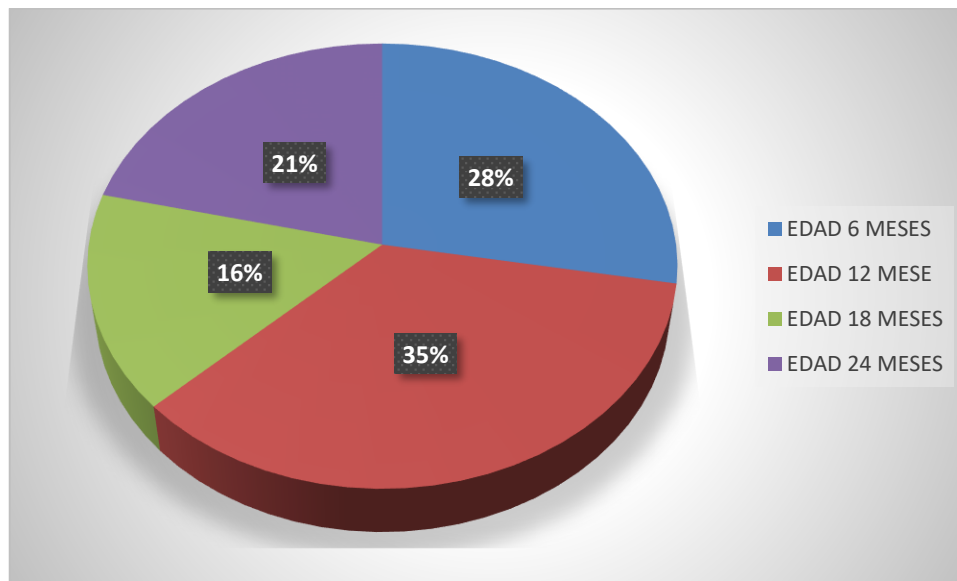


## CAPITULO IV INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 4.1.1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS GENERALES DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO. CUSCO 2019

#### GRAFICO N°1

#### EDAD DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO 2019



Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

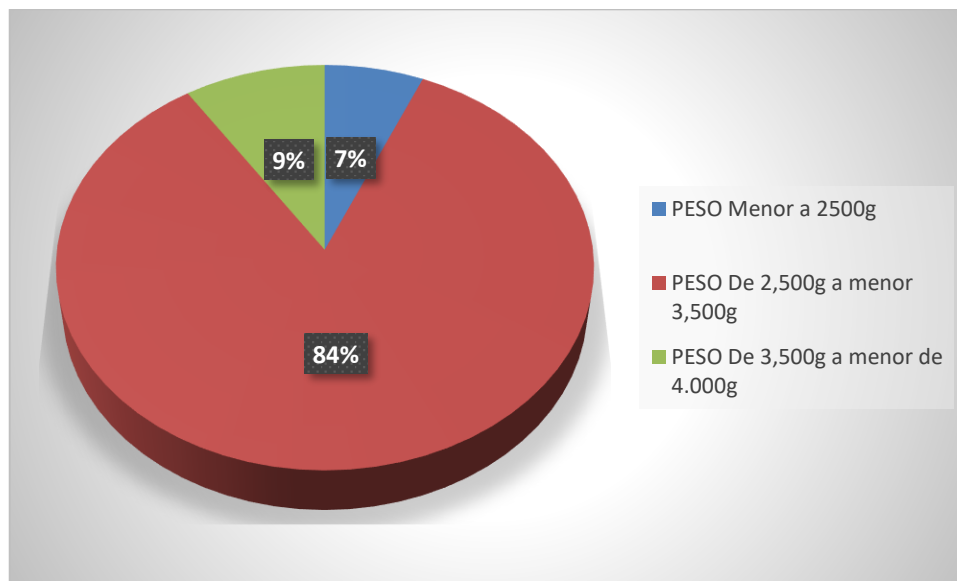
En el gráfico se observa que un 35% de niños tiene 12 meses, un 28% de niños tienen 6 meses, 21% de niños tienen 24 meses y un 16% de niños tienen 18 meses. Estos datos nos muestran que existe mayor cantidad de niños menores de un año que asisten al centro de San Jerónimo.

Los resultados hallados respecto al estudio, tiene una similitud parcial, con Mamani, A. en su investigación "Influencia de la anemia en el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses que acuden al consultorio de CRED del puesto de salud Huarcocondo, Anta, Cusco-2018" donde su estudio se centra en niños de 6 a 24 meses que acuden

al consultorio de CRED. Entendiendo que el presente estudio fue enfocado en niños menores de 36 meses y que se encuentran en proceso de lactancia y que se encuentran en evaluación relacionado a su desarrollo psicomotor.

## GRAFICO N°2

### PESO DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO 2019



Fuente: Elaboración propia

## INTERPRETACIÓN Y ANALISIS

En el gráfico se observa que la edad de los niños que participaron en el presente estudio son de: 6, 12, 18 y 24 meses, los cuales acuden al consultorio de CRED. De los cuales un 84% corresponden a niños que pesan entre 2,500 gr a menos de 3500 gr, seguido con un 9% de niños que pesan menos de 2500gr y en menor cantidad con 7%, niños que pesan de 3,500 gr a menos de 4000 gr. lo que indica que los participantes

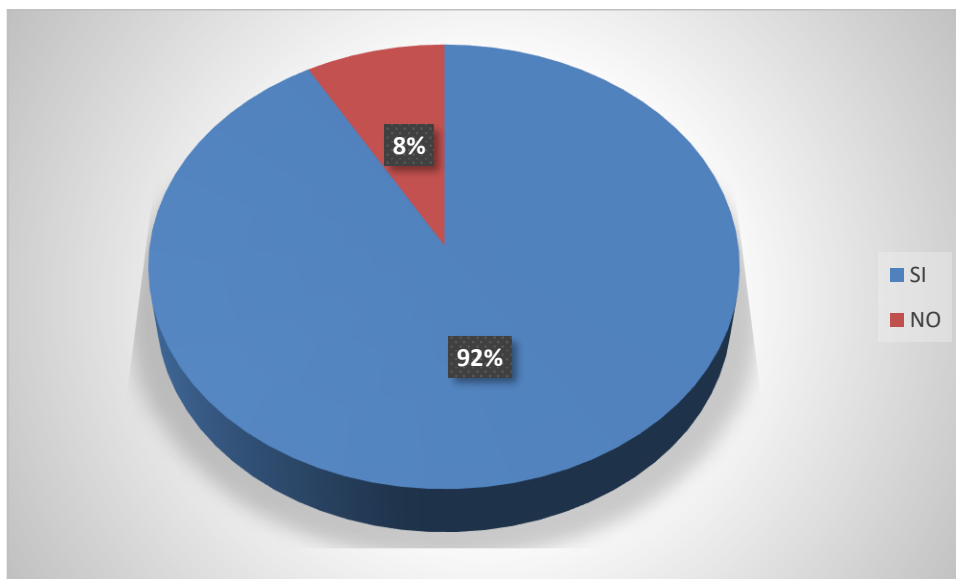
Los resultados comparados con, **Mamani, A** en su investigación “Influencia de la anemia en el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses que acuden al



consultorio de creed del puesto de salud Huarucondo, Anta, Cusco-2018” son similares con resultados respecto a las características generales de las madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al consultorio de CRED del Puesto de Salud de Huarucondo, Anta, Cusco – 2018. Respecto a las características generales del niño, 64,20% tuvieron 2,500g a 2999g de peso al nacer. Estos datos son parecidos a los del trabajo de investigación ya que se tuvo como resultados un 84% de niños con un peso de 3500 gr a 2500 gr

### GRAFICO N°3

#### LACTANCIA DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, CUSCO 2019



Fuente: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el grafico se observa que un 92 % de las madres que llevaron a sus hijos para hacerle el control, afirmaron que, si prosiguen con la lactancia a sus menores hijos y otro 8 % afirmaron que no, dando diferentes explicaciones del porque no lo hacen.

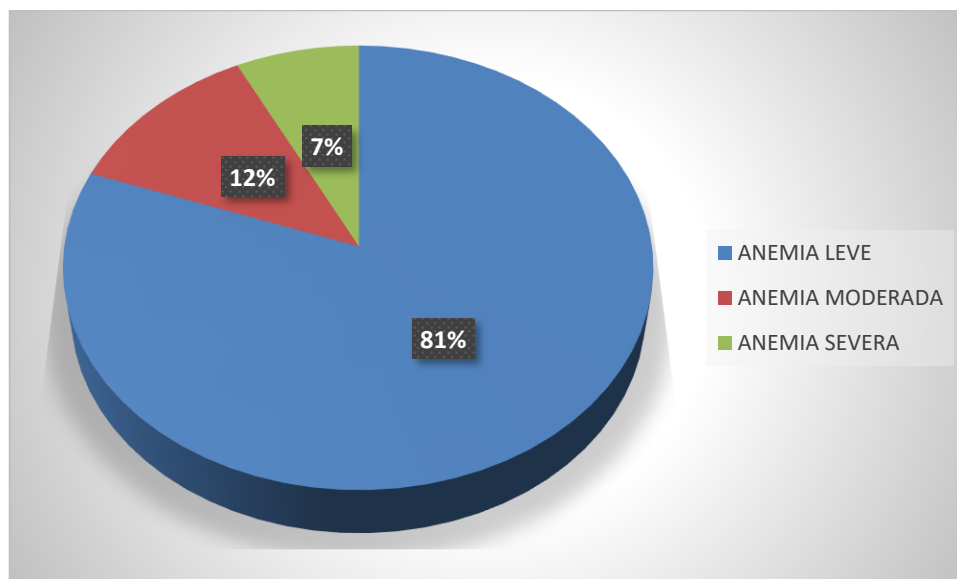




Así mismo los resultados son similares de **BARTHA, J.** En el estudio de investigación “Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 5 años del Hospital II EsSalud Tarapoto. Agosto – diciembre 2019. Tuvo como resultados el nivel de anemia ferropenia que predomina según valor de hemoglobina es anemia leve con 64,8 % (n=35). Antecedentes de Anemia materna (p 0,039) OR 2,556; con IC 95 % (1,438 a 1,705). Ello tiene relación con el tema de nutrición del infante donde el 92 % de las madres que llevaron a sus hijos para hacerle el control, afirmaron que, si prosiguen con la lactancia.

#### GRAFICO N° 4

#### GRADO DE ANEMIA DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO. CUSCO 2019



Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que el grado de anemia que: un 81 % de los pacientes presenta anemia leve, un 12% presenta anemia moderada y un 7 % presenta anemia severa.



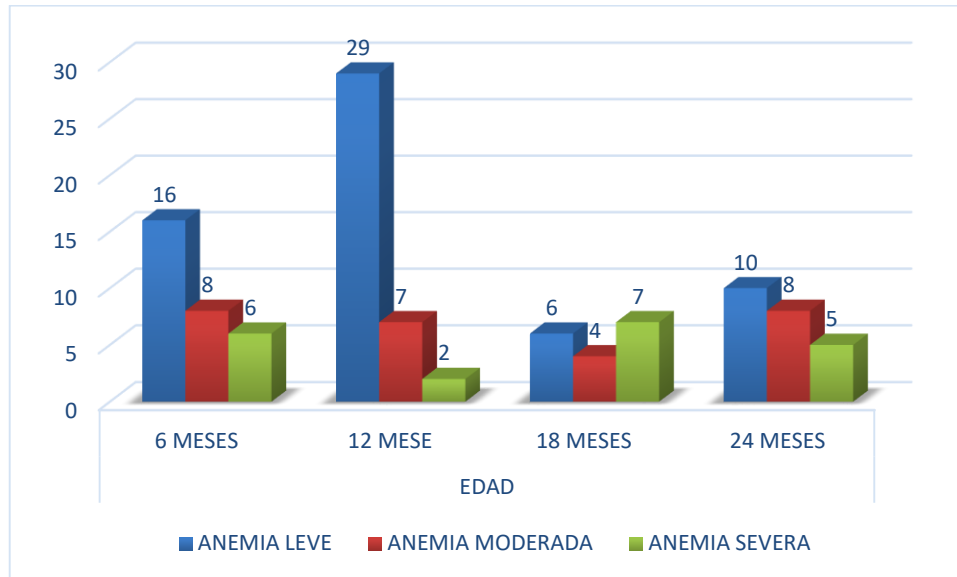
Estos resultados son similares con, **PONTON, M.** El cual en su estudio "ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA 2017". Dio como resultados que la frecuencia de anemia ferropénica existente en los niños/as del Centro de Salud correspondió al 48,2%, siendo más representativa la anemia leve.

Otra investigación es la de **BARTHA, J.** En el estudio de investigación "Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 5 años del Hospital II EsSalud Tarapoto. Agosto – diciembre 2019. Tuvo como resultados el nivel de anemia ferropenia que predomina según valor de hemoglobina es anemia leve con 64,8 % (n=35). Ello conlleva a que si existe parecido en los trabajos en cuenta al predominio de la anemia Leve en un 81 %

#### **4.1.2. DESCRIPCION DEL GRADO DE ANEMIA FERROPÉNICA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.**

### GRAFICO N°5

#### RELACION ENTRE ANEMIA Y LA EDAD DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.



Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el grafico se observa la relación entre la anemia y la edad, donde se ve que en los doce primeros meses la mayoría de los casos vienen recibiendo leche materna, donde la anemia leve se encuentra en número de 45 niños, esto mayor a los 23 niños que tienen entre anemia moderada y severa, así mismo de los 18 a 24 meses se observa que existe 16 niños con anemia leve a diferencia de los 24 niños entre moderados y severos los cuales nos indican que en estos meses la anemia moderada y severa son prevalentes en los niños esto debido a varios factores como la alimentación.

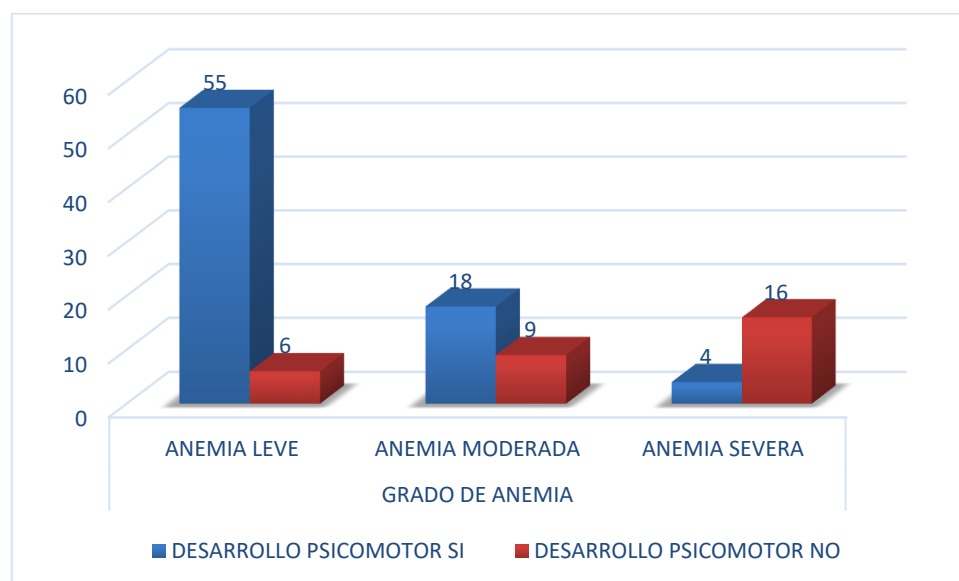
Del estudio de BARTHA, J. En el estudio de investigación “Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 5 años del Hospital II EsSalud Tarapoto. Agosto – diciembre 2019. Los factores asociados a anemia ferropenia son, ocupación que desempeña la madre fuera del Hogar (p 0,002) OR 1,630; con IC 95 %



(0,513 a 0,773). Antecedentes de Anemia materna (p 0,039) OR 2,556; con IC 95 % (1,438 a 1,705). Antecedentes de EDA (p 0,004) OR 3,455; con IC 95 % (1,556 a 7,668). Antecedentes de IRA (p 0,003) OR 18,000; con IC 95 % (4,560 a 1,050). Con relación al trabajo se puede observar que, la anemia leve se encuentra en número de 45 niños, esto mayor a los 23 niños que tienen entre anemia moderada y severa, así mismo de 18 a 24 meses se observa que existe 16 niños con anemia leve a diferencia de los 24 niños entre moderados y severos los cuales nos indican que en estos meses la anemia moderada y severa son prevalentes.

### GRAFICO N°6

#### RELACION ENTRE ANEMIA Y EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019



Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el grafico se observa que La relación entre la anemia y el desarrollo Psicomotor, muestra que niños que tienen anemia leve son en número de 55, los cuales presentan un desarrollo psicomotor normal, mientras 18 niños que tienen anemia moderada si



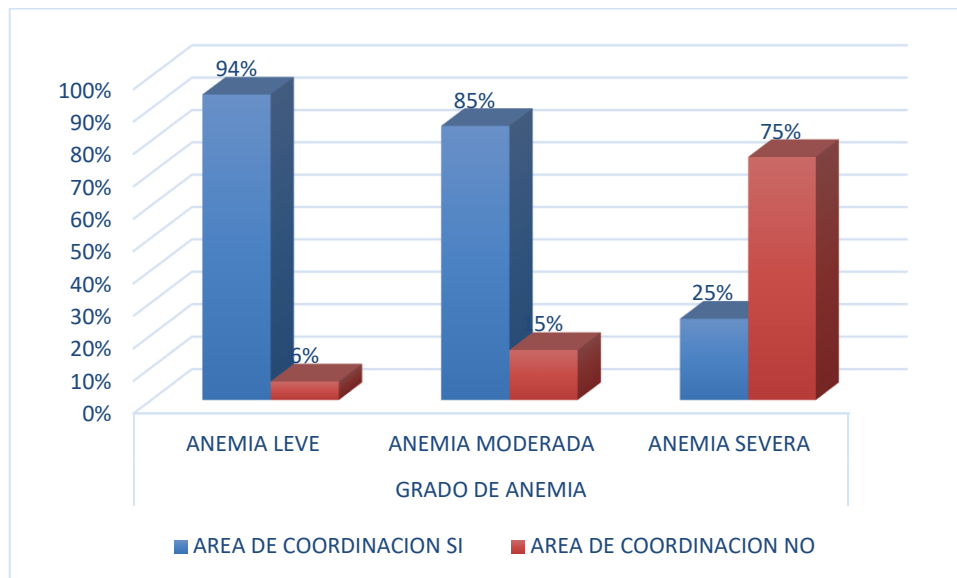
presentan desarrollo psicomotor normal. A diferencia de 17 niños que tienen anemia severa, los cuales no presentan desarrollo psicomotor normal.

El estudio de PONTON, M. "ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA 2017". Dio como resultados que la frecuencia de anemia ferropénica existente en los niños/as del Centro de Salud correspondió al 48,2%, siendo más representativa la anemia leve. Los niños sin anemia mostraron un desarrollo psicomotor normal, mientras que aquellos con anemia leve dieron resultados dudosos al examen con el test de Denver II. Estos datos relacionados al trabajo, muestra que niños que tienen anemia leve son en número de 55, los cuales presentan un desarrollo psicomotor normal, mientras 18 niños que tienen anemia moderada si presentan desarrollo psicomotor normal. A diferencia de 17 niños que tienen anemia severa, los cuales no presentan desarrollo psicomotor normal.



### GRAFICO N°7

#### RELACION ENTRE ANEMIA Y EL AREA DE COORDINACION DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.



Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el grafico se observa que La relación entre la anemia y el desarrollo Psicomotor relacionada al área de coordinación, se puede ver que los niños que tienen anemia leve son en número de 82 niños que hacen un 94%, los cuales al hacer la evaluación de coordinación ellos si presentan, mientras los niños que tienen anemia moderada si presentan coordinación en un 85%, a diferencia de los niños que tienen anemia severa, de los cuales un 75% no presentan coordinación de acuerdo al estudio.

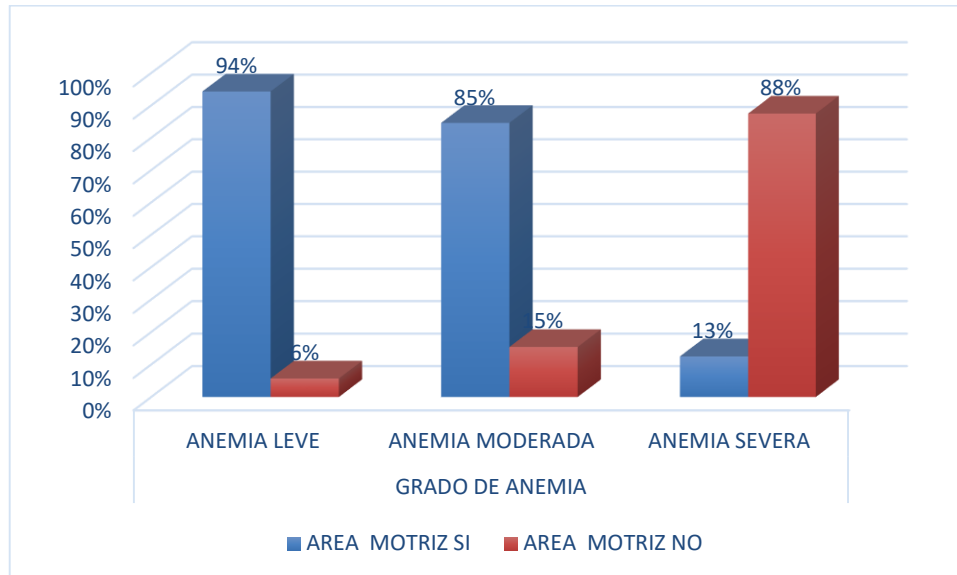
El estudio de PONTON, M. "ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA 2017". Dio como resultados que la frecuencia de anemia ferropénica existente en los niños/as del Centro de Salud correspondió al 48,2%, siendo más representativa la anemia leve. Los niños sin



anemia mostraron un desarrollo psicomotor normal, mientras que aquellos con anemia leve dieron resultados dudosos al examen con el test de Denver II. Estos datos relacionados con el trabajo tenemos, 82 niños que hacen un 94%, los cuales al hacer la evaluación de coordinación ellos respondieron a la evaluación, mientras los niños que tienen anemia moderada respondieron a la evaluación en un 85%, a diferencia de los niños que tienen anemia severa, los cuales en un 75% no respondieron a la evaluación de coordinación

### GRAFICO N°8

#### RELACION ENTRE LA ANEMIA Y EL AREA MOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.



Fuente: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN Y ANALISIS

En el grafico se observa que la relación entre la anemia y el desarrollo Psicomotor (área de Motricidad). Se observa que los niños que tienen anemia leve son en número de 82, los cuales hacen un 94%, de los cuales al hacer la evaluación de motricidad ellos si respondieron a la evaluación, mientras los niños que tienen anemia moderada si respondieron a la evaluación de motricidad en un 85%, a diferencia de los niños que tienen anemia severa, de los cuales un 88% no respondieron a la evaluación de motricidad.

Así mismo **PONTON, M.** en su estudio "ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA 2017". Dio como resultados que la frecuencia de anemia ferropénica existente en los niños/as del Centro de Salud correspondió al 48,2%, siendo el área de desarrollo más afectada fue la motora fina,

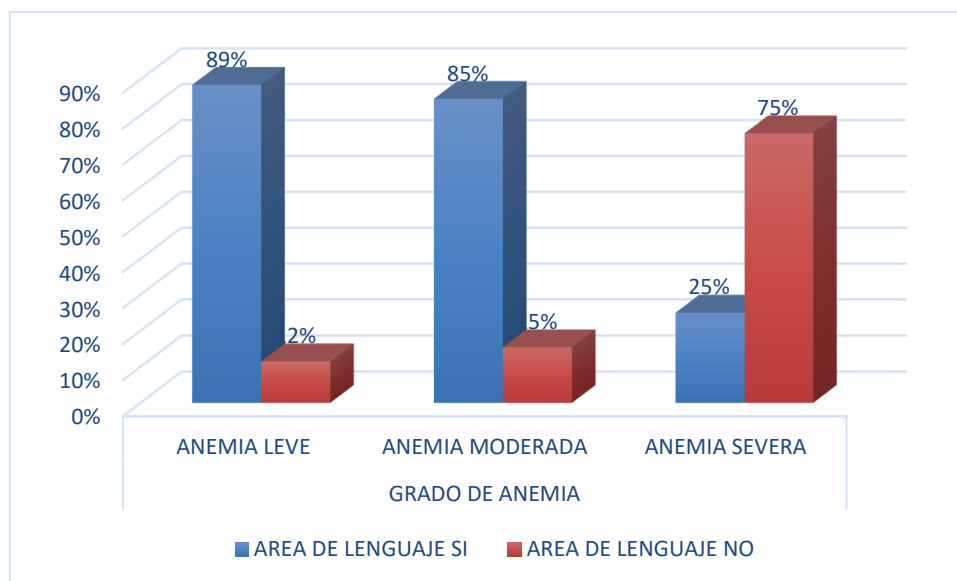




evidenciada en niños con anemia moderada, relacionando con el trabajo desarrollado, de un total de 82 niños, los cuales hacen un 94%, al hacer la evaluación de motricidad ellos si respondieron a la evaluación, mientras los niños que tienen anemia moderada si respondieron a la evaluación motricidad en un 85%, a diferencia de los niños que tienen anemia severa, de los cuales un 88% no respondieron a la evaluación de motricidad.

### GRAFICO N° 9

#### RELACION ENTRE LA ANEMIA Y EL AREA DEL LENGUAJE DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.



Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:

En el grafico se observa que la relación entre la anemia y el desarrollo Psicomotor (área de lenguaje), se puede ver que los menores que tienen anemia leve son en número de 77, los cuales hacen un 89%, de los cuales al hacer la evaluación de lenguaje ellos si respondieron a la evaluación, mientras los niños que tienen anemia



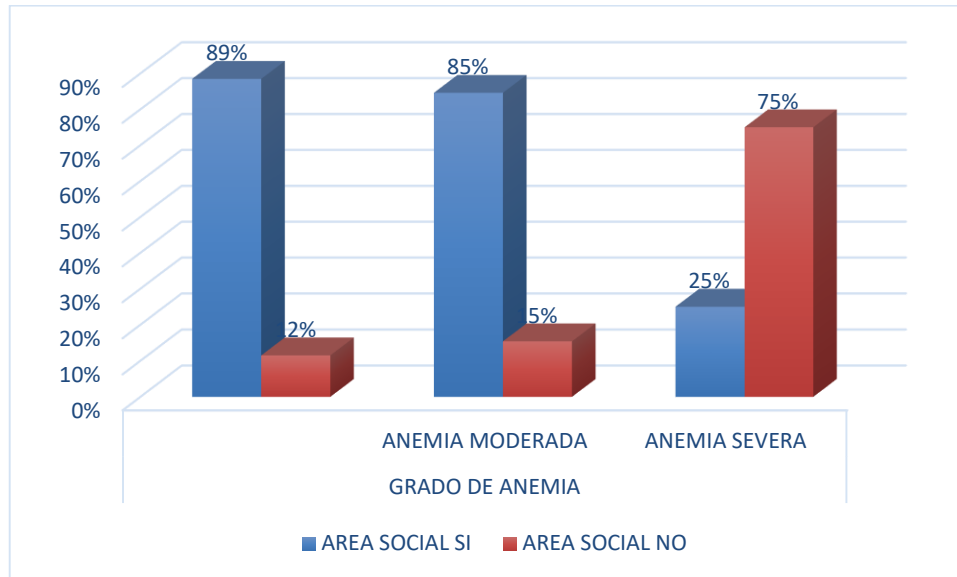
moderada si respondieron a la evaluación de lenguaje en un 85%, a diferencia de los niños que tienen anemia severa, de los cuales un 75% no respondieron a esta evaluación.

Relacionando al trabajo de MAMANI, A En su investigación “INFLUENCIA DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CREED DEL PUESTO DE SALUD HUAROCONDO, ANTA, CUSCO-2018” Con respecto al Desarrollo Psicomotor según dimensiones: 17,74% con desarrollo psicomotor normal en el área motora, 37,10% en área de lenguaje, 9,68% en área social y 6,45% en área de coordinación, existiendo relación con el trabajo desarrollado donde se puede ver que los menores que tienen anemia leve son un 89%, de los cuales al hacer la evaluación de lenguaje ellos si respondieron a la evaluación, mientras los niños que tienen anemia moderada si respondieron a la evaluación de lenguaje en un 85%, a diferencia de los niños que tienen anemia severa, de los cuales un 75% no respondieron a esta evaluación.



### GRAFICO N°10

#### RELACION ENTRE LA ANEMIA Y EL AREA SOCIAL DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.



Fuente: Elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:

En el grafico se observa que la relación entre la anemia y el desarrollo Psicomotor (área socia), se puede ver que los menores que tienen anemia leve son en número de 77, los cuales hacen un 89%, de los cuales al hacer la evaluación social ellos si respondieron a la evaluación, mientras los niños que tienen anemia moderada si respondieron a la evaluación en un 85%, a diferencia de los niños que tienen anemia severa, de los cuales un 75% no respondieron a esta evaluación.

Relacionando al trabajo de **MAMANI, A** En su investigación "INFLUENCIA DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD HUAROCONDO, ANTA, CUSCO-2018" Con respecto al Desarrollo Psicomotor según dimensiones: 17,74% con desarrollo psicomotor normal en el área motora, 37,10% en área de lenguaje, 9,68% en área social y 6,45% en área de coordinación, existiendo



relación con el trabajo desarrollado donde se puede ver que los menores que tienen anemia leve son en número de 77, los cuales hacen un 89%, de los cuales al hacer la evaluación social ellos si respondieron a ella, mientras los niños que tienen anemia moderada si respondieron a la evaluación en un 85%, a diferencia de los niños que tienen anemia severa, de los cuales un 75% no respondieron a esta evaluación.

#### 4.1.3. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE DESARROLLO PSICOMOTOR Y ANEMIA FERROPÉNICA.

**TABLA N° 1**

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.**

		GRADO DE ANEMIA	DESARROLLO PSICOMOTOR
GRADO DE ANEMIA	Correlación de Pearson	1	,572**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	108	108
DESARROLLO PSICOMOTOR	Correlación de Pearson	,572**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	108	108

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

#### INTERPRETACIÓN Y ANALISIS

Con una probabilidad del 95% de efectividad el estadístico Rho de Spearman obtuvo un p valor de 0.000 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,572. Según los valores obtenidos se rechaza la Hipótesis Nula (H0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H1), que indica que la anemia sí va influir el Desarrollo Psicomotor

**PONTON, M.** El cual en su estudio "ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA 2017". Dio como resultados que



La relación entre anemia ferropénica y desarrollo psicomotriz de los niños es estadísticamente significativa ( $p=0,009$ ). Con relación al trabajo realizado se puede observar tiene relación con el trabajo donde se obtuvo un p valor de 0.000 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,572 mostrando que si existe una relación significativa.

**TABLA N° 2**

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR –AREA DE COORDINACION DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.**

			GRADO DE ANEMIA	AREA DE COORDINACION
Rho de Spearman	GRADO DE ANEMIA	Coefficiente de correlación	1.000	,432**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	108	108
	AREA DE COORDINACION	Coefficiente de correlación	,432**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	108	108
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).				

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS**

Con una probabilidad del 95% de efectividad el estadístico Rho de Spearman obtuvo un p valor de 0.000 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,432. Según los valores obtenidos se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis Alterna ( $H_1$ ), que indica que la anemia sí va influir el Desarrollo Psicomotor área de coordinación.

**PONTON, M.** El cual en su estudio "ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA 2017". Dio como resultados que La relación entre anemia ferropénica y desarrollo psicomotriz de los niños es estadísticamente significativa ( $p=0,009$ ). Con relación al trabajo realizado se puede



observar tiene relación con el trabajo donde se obtuvo un p valor de 0.000 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,432 mostrando que si existe una relación significativa.

**TABLA N°3**

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR –AREA MOTRICIDAD DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.**

			GRADO DE ANEMIA	ARAE MOTRIZ
Rho de Spearman	GRADO DE ANEMIA	Coefficiente de correlación	1.000	,483**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	108	108
	ARAE MOTRIZ	Coefficiente de correlación	,483**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	108	108

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS**

Con una probabilidad del 95% de efectividad el estadístico Rho de Spearman obtuvo un p valor de 0.000 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,483. Según los valores obtenidos se rechazan la Hipótesis Nula (H0) y se acepta la Hipótesis Alterna (H1), que indica que la anemia si va a influir en el Desarrollo Psicomotor en la Motricidad.

**BARTHA, J.** En el estudio de investigación “Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 5 años del Hospital II EsSalud Tarapoto. Agosto – diciembre 2019. Tuvo como resultados Los factores asociados a anemia ferropenia son la edad del niño mayor de 12 meses ( $p < 0,001$ ) OR 6,236; con IC 95 % (2,138 a 18,191, relacionado al trabajo se obtuvo una probabilidad del 95% de efectividad el estadístico Rho de Spearman obtuvo un p valor de 0.000 menor a 0,05, y un grado de



correlación de 0,483. Donde se indica que la anemia si va a influir en el Desarrollo Psicomotor en la Motricidad

**TABLA N°4**

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR –AREA DE LENGUAJE DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.**

			GRADO DE ANEMIA	AREA DE LENGUAJE
Rho de Spearman	GRADO DE ANEMIA	Coefficiente de correlación	1.000	,317**
		Sig. (bilateral)		0.001
		N	108	108
	AREA DE LENGUAJE	Coefficiente de correlación	,317**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.001	
		N	108	108

\*\*.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Con una probabilidad del 95% de efectividad el estadístico Rho de Spearman obtuvo un p valor de 0.001 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,317. Según los valores obtenidos se rechazan la Hipótesis Nula (H0) y se acepta la Hipótesis Alterna (H1), que indica que la anemia si va a influir en el Desarrollo Psicomotor del Lenguaje

MERMA, L., En su estudio sobre “**DESARROLLO PSICOMOTOR Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN ZONAS ALTO ANDINAS DE POMACANCHI – 2019**”.Dio como resultado estadístico Rho de spearman=0,13 indica que la correlación es positiva muy baja con coeficiente de significancia de 0,028 por lo tanto se acepta la hipótesis alterna llegando a la Conclusión: Existe relación entre el desarrollo psicomotor global y la anemia; donde las áreas del lenguaje y lo social si se encuentra en relación con la anemia, mientras que entre las áreas motora y de coordinación no se encontró ningún tipo de relación. En el caso del trabajo



desarrollado existe una relación directa entre la anemia y el desarrollo psicomotor, donde se tuvo los siguientes resultados, con una probabilidad del 95% de efectividad el estadístico Rho de Spearman obtuvo un p valor de 0.001 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,317 indica que la anemia si va a influir en el Desarrollo Psicomotor del Lenguaje

**TABLA N°5,**

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN ENTRE ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR –AREA SOCIAL DE LOS NIÑOS DE 6, 12, 18 Y 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO CUSCO 2019.**

			GRADO DE ANEMIA	AREA SOCIAL
Rho de Spearman	GRADO DE ANEMIA	Coefficiente de correlación	1.000	,359**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	108	108
	AREA SOCIAL	Coefficiente de correlación	,359**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	108	108

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS**

Con una probabilidad del 95% de efectividad el estadístico Rho de Spearman obtuvo un p valor de 0.000 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,359. Según los valores obtenidos se rechazan la Hipótesis Nula (H0) y se acepta la Hipótesis Alterna (H1), que indica que la anemia si va influir en el Desarrollo Psicomotor área social.

**LLANQUE, E.** en su trabajo titulado LA ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES EN EL C.S. CIUDAD DE DIOS AREQUIPA 2017, donde tiene como resultado evidencia que más de la mitad de la población de estudio tiene anemia leve, 27 niños con anemia moderada y dos casos de anemia severa, por lo tanto , este trastorno nutricional sigue siendo aún





un problema grave que afecta acorto y largo plazo el crecimiento y desarrollo del niño, de los cuales dos niños severa pueden tener dificultades en el aprendizaje, memoria y una disminución de sus defensas frente agentes infecciosos, En relación al trabajo con una probabilidad del 95% de efectividad el estadístico Rho de Spearman obtuvo un p valor de 0.000 menor a 0,05, y un grado de correlación de 0,359. Según los valores obtenidos se indica que la anemia si va influir en el Desarrollo Psicomotor área social.



## CONCLUSIONES

- De la población estudiada se tiene niños de 6 meses 30, 12 meses 38, niños de 18 meses 17 y niños de 24 meses 23. En cuanto a la anemia se tienen un 81% de casos de anemia leve, 12% de anemia moderada y un 7% de anemia severa.
- Así mismo se pudo observar que del 100% de los niños que sufren de anemia leve, el 95% son los que siguen teniendo en su dieta la leche materna, a diferencia de los que padecen de anemia severa, los cuales son un 50 % que no consume leche materna de acuerdo al estudio.
- Con relación a la anemia y la edad se concluye que: que en los primeros doce meses prevalece la anemia leve en 45 niños, esto mayor a los 23 niños que tienen entre anemia moderada y severa, así mismo de los 18 a 24 meses se observa que existe 16 niños con anemia leve a diferencia de los 24 niños entre moderados y severos los cuales nos indican que en estos meses la anemia moderada y severa son prevalentes en los niños esto debido a varios factores como la alimentación.
- Con relación al trabajo realizado se concluye que del 100% de la población estudiada existe un 86% de casos de anemia leve más representativos en el centro de salud de San Jerónimo, así mismo al hacer la evaluación el área más afectado es el de motricidad con un 88 % en niños que presentan anemia severa, mostrando una relación significativa.
- Se halló una relación positiva entre las variables de anemia y desarrollo psicomotor teniendo como resultado un grado de correlación 0,572, para el área de coordinación un grado de correlación de 0,432, área de motricidad un grado de correlación de 0,483, área de lenguaje un grado de correlación de 0,317, área social un grado de correlación de 0,359.



## SUGERENCIAS

Se tiene las siguientes sugerencias:

- El estado a través del ministerio de Salud debe mejorar las campañas de difusión en temas de sensibilización frente a la anemia dirigiéndolas a los padres de familia para prevenir la anemia desde casa, dándole las herramientas necesarias para poder combatir esta problemática.
- El consultorio de CRED del centro de salud de san jerónimo debe implementar clases, charlas, ponencias a los padres de familia de los niños de 6, 12, 18 y 24 de edad a preparar platillos baratos, agradables para que el niño lo coma tales como sangrecita, bazo, hígado debiendo ingerir los niños(as) de 6 a 7 meses el niño(a) debe iniciar su alimentación con tres cucharadas en 2 porciones, de 7 a 8 meses se debe dar ingerir 5 cucharadas en 3 porciones, de 9 a 11 meses se debe dar 7 cucharadas en 4 porciones, de 12 a 24 meses debe de ingerir 10 cucharadas en 5 porciones se sugiere dar alimentos de valor de hierro como sangrecita, bazo, hígado
- las universidades a través de sus áreas de investigación deben realizar más estudios referente a la anemia y su relación con desarrollo psicomotor buscando como fin máximo el bajar los niveles de anemia, así como evaluar, si estamos mejorando, disminuyendo frente a esta problemática que aqueja a nuestro país y en mayor medida a nuestra población local.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. MINSA. Guia de Estimulacion Temprana Lima: ADRA Perú; 2019.
2. Campos AL. La Estimulacion Temprana como Eje Fundamnetal Washington, D.C: OEA; 2010.
3. MINSA. Norma Tecnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años Lima: Grafica Biblos; 2011.
4. MINSA . Norma de Atencion del Niño Menor de Cinco Años Lima: CENDOC; 2012.
5. Mazzola de Bevilacqua A. Estimulación temprana Santiago,Chile: UNESCO; 2013.
6. UNICEF. Guia Curricular de Estimulacion Temprana de 0 a 6 años Panama: MINEDU; 2010.
7. MINEDU. Guia de Orientacion del Uso de Materiales de Psicomotricidad para niños y niñas de cinco años Lima: Quad Graphics Perú S.A.; 2012.
8. BOMBILLA. ESTIMULACIÓN TEMPRANA ASOCIADA AL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 3 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CUNA A LA LUNA. 2013-2014.
9. RAMIREZ A. “DESARROLLO PSICOMOTOR Y ANTECEDENTE DE ANEMIA EN NIÑOS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL CESAR LÓPEZ SILVA”,. 2018.
10. LLANQUE E. “LA ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES EN EL C.S CIUDAD DE DIOS,, 2017.
11. MAMANI A. “INFLUENCIA DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CREED DEL PUESTO DE SALUD HUAROCONDO, ANTA, CUSCO. 2018.
12. SERRANO E VC. “EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DIRIGIDO A MADRES CON NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS, EN EL MODULO DE ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA (MONET)”, SAN JERÓNIMO CUSCO. 2012.
13. LLANQUE SULLCA E. LA ANEMIA FERROPÉNICA Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE C.S CIUDAD DE DIOS AREQUIPA; 2017.



14. PONTON M. "ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD Nº 1 DE LA CIUDAD DE LOJA". In.; 2017.
15. BARTHA J. "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO. AGOSTO – DICIEMBRE 2019 TARAPOTO; 2019.
16. MERMA L. "DESARROLLO PSICOMOTOR Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN ZONAS ALTO ANDINAS DE POMACANCHI – 2019". POMACANCHI; 2019".
17. Salud Md. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención Peru; 2016.
18. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. PERU; 2017.



# ANEXOS