

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES SOCIALES Y CULTURALES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN
NIÑOS DE 06 A 36 MESES EN EL CENTRO DE SALUD HUANCARAMA;
APURÍMAC - 2021**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL
NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA INFANCIA**

AUTORES:
HELIAN SHADIRA OCAMPO QUISPE
VERONICA VASQUEZ CONTRERAS

Callao, 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA.. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 019-2022

Fecha de Aprobación de la tesis:

14 de enero del 2022

Resolución de Sustentación: Nº 0 9 9 -2021-CU del 30 de Junio de 2021.

DEDICATORIA

A Dios, por fortalecernos el i corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestros corazones a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. Dedicatoria muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibido de nuestras familias y amigos. Por su paciencia, enseñanzas y experiencia lo cual nos sirvió de gran ayuda para poder darle aporte científico de nuestra tesis.

AGRADECIMIENTO

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, en especial a la facultad de ciencias de la salud. escuela profesional de enfermería y a la plana de docentes, por impartirnos sus grandes conocimientos y valores que nos permitieron nuestro desarrollo profesional.

Al Colegio de Enfermero por todo el aprendizaje brindado a lo largo de nuestra carrera profesional.

A mis estimados docentes de la facultad de enfermería quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, por su buena disposición y constante orientación en la realización de presente trabajo de investigación.

A nuestros amados padres, quienes nos han brindado apoyo y motivación en nuestra formación profesional.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la realidad problemática.	4
1.2 Formulación del problema.....	5
1.2.1 Problema general.....	5
1.2.2 Problemas específicos.....	5
1.3 Objetivos.	6
1.3.1 Objetivo General.	6
1.3.2 Objetivos específicos.	6
1.4 Limitantes de la investigación	6
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes.	7
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	9
2.2 Bases teóricas.....	10
2.3 Conceptual.	12
2.4 Definición de términos básicos.....	15
CAPITULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	17
3.1 Hipótesis	17
3.1.1 Hipótesis alterna.	17
3.1.2 Hipótesis nula.	17
3.2 Definición conceptual de variables.....	17
3.3 Operacionalización de variables	18
CAPITULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
4.1 Tipo y diseño de investigación.	20
4.1.1 Tipo de investigación.	20
4.1.2 Diseño de investigación.....	20
4.2 Método de investigación.....	20
4.3 Población y muestra.....	21
4.4 Lugar de estudio.	22

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	22
4.6 Análisis y procesamiento de datos.....	23
CAPITULO V. RESULTADOS.....	24
5.1 Resultados descriptivos	24
5.2 Resultados inferenciales	34
CAPITULO VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	46
6.1 Contrastación de la hipótesis	46
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	46
CAPITULO VII. CONCLUSIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXO 1. CUESTIONARIO.....	58
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO 3. TABLAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS DE LAS ENCUESTAS	63

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 3.1. Operacionalización de variables	18
Tabla 5.1. El tipo de familia presente en madres del C.S. Huancarama	24
Tabla 5.2. Edad de la madre según grupo etario.	25
Tabla 5.3. Ocupación de las madres de niños de 6 a 36 meses del C.S. Huancarama.....	27
Tabla 5.4. Ingreso económico de las familias con niños anémicos de 6 a 36 meses de edad del C.S. Huancarama.....	28
Tabla 5.5. Grado de instrucción de la madre de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.	29
Tabla 5.6. Cantidad de personas que viven en el hogar de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.....	30
Tabla 5.7. Cantidad de hijos en la familia donde existe un niño(a) anémico de 6 a 36 meses de edad.....	31
Tabla 5.8. Responsabilidad de la madre al llevar al control CRED del niño(a) con anemia	32
Tabla 5.9. Antecedentes de anemia en los niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.	32
Tabla 5.10. Tipo de dieta de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.....	33
Tabla 5. 11. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el tipo de familia en la presentación de anemia de niños de 6 a 36 meses.	35
Tabla 5.12. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el grupo etario de mamás en la presentación de anemia de niños de 6 a 36 meses.....	36
Tabla 5.13. Frecuencia y porcentaje de encuestados según la ocupación de la madre y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.....	37
Tabla 5.14. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el ingreso económico familiar y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.	38
Tabla 5.15. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el grado de educación de la madre y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses	39
Tabla 5.16. Frecuencia y porcentaje de encuestados según la cantidad de personas en el hogar y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.	40

Tabla 5.17. Frecuencia y porcentaje de encuestados según la cantidad de hijos en el hogar y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.	41
Tabla 5.18. Frecuencia y porcentaje de encuestados que llevan a su hijo al control CRED y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.	42
Tabla 5.19. Frecuencia y porcentaje de encuestados que tiene hijos con antecedentes de anemia y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.	43
Tabla 5.20. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el tipo de dieta presente en el hogar y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.	45

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1. Diseño de investigación correlacional.....	20
Gráfico 4.2. Fórmula de proporciones.....	21
Gráfico 5.1. Porcentaje según el tipo de familia donde hay niños anémicos de 6 a 36 meses.....	25
Gráfico 5.2. Porcentaje según el grupo etario de las madres de niños anémicos de 6 a 36 meses.....	26
Gráfico 5.3. Porcentaje según la ocupación de madres de niños anémicos de 6 a 36 meses.....	27
Gráfico 5.4. Porcentaje según el ingreso económico de las familias con niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.....	28
Gráfico 5.5. Porcentaje del grado de instrucción de las madres de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.....	29
Gráfico 5.6. Porcentaje de la cantidad de personas que viven en el hogar de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.....	30
Gráfico 5.7. Porcentaje de la cantidad de hijos en la familia donde existe un niño(a) anémico de 6 a 36 meses de edad.....	31
Gráfico 5.8. Porcentaje de mamás que llevan a su niño anémico a su control CRED.....	32
Gráfico 5.9. Porcentaje de niños con antecedentes de anemia.....	33
Gráfico 5.10. Tipo de dieta que reciben los niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.....	34
Gráfico 5.11. Porcentaje de niños con y sin anemia según el tipo de familia en el C.S. Huancarama.....	35
Gráfico 5.12. Distribución de grupos etarios de mamás con niños anémicos y sin anemia.....	36
Gráfico 5.13. Distribución del tipo de trabajo u ocupación de la madre en los grupos de niños con y sin anemia.....	38
Gráfico 5.14. Distribución del ingreso económico familiar en los grupos de niños con y sin anemia.....	39
Gráfico 5.15. Distribución del grado de educación de la madre en los grupos de niños con y sin anemia.....	40

Gráfico 5.16. Distribución de la cantidad de personas en el hogar con los grupos de niños con y sin anemia.	41
Gráfico 5.17. Distribución de la cantidad de hijos en el hogar con los grupos de niños con y sin anemia.	42
Gráfico 5.18. Distribución de encuestados que llevan a su hijo al control CRED con los grupos de niños con y sin anemia.	43
Gráfico 5.19. Frecuencia y porcentaje de encuestados que tiene hijos con antecedentes de anemia y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.	43
Gráfico 5.20. Distribución del tipo de dieta presente en los hogares con niños anémicos y sin anemia.	45

RESUMEN

Los niños de 6 a 36 meses de edad, es un grupo muy frágil en donde la anemia ataca a grandes poblaciones (niños) y muy fuertemente. A través de los años el estado ha impulsado diferentes programas y proyectos para disminuir esta prevalencia. Sin embargo, aún mantenemos grandes concentraciones de niños anémicos en el Perú. En nuestro trabajo nos planteamos evaluar los factores sociales y culturales de las madres asociadas a la presentación de anemia en niños de 06 a 36 meses en el Centro de Salud Huancarama de la provincia de Andahuaylas del departamento de Apurímac con la finalidad de poder encontrar estas determinantes de la anemia. La información recabada fue a través del uso de un cuestionario que fue previamente validado y fue aplicado en 84 mamás, divididas en dos grupos (niños anémicos y sin anemia). El grado de asociación entre los factores sociales y cultural y la presentación de anemia de niños de 6 a 36 meses de edad fue a través de la prueba de Chi cuadrado y para medir la intensidad de asociación se utilizó la prueba de V Cramer. En este trabajo se pudo determinar que los factores como el tipo de familia, la cantidad de personas en el hogar, la cantidad de hijos en el hogar, la responsabilidad de llevar al hijo a su control CRED, los antecedentes de niños con anemia y el tipo de dieta que llevan los niños fueron los factores asociados a la presentación de anemia.

Palabras clave. Anemia infantil, determinantes de anemia, Huancarama, control CRED

ABSTRACT

Children from 6 to 36 months of age, is a very fragile group where anemia attacks large populations (children) and is highly carbonated. Over the years the state has promoted different programs and projects to reduce this prevalence. However, we still have large concentrations of anemic children in Peru. In our work, we propose to evaluate the social and cultural factors of mothers associated with the presentation of anemia in children from 06 to 36 months at the Huancarama Health Center in the province of Andahuaylas in the department of Apurímac in order to find these determinants of anemia. The information collected was through the use of a questionnaire that was previously validated and was applied to 84 mothers, divided into two groups (anemic and non-anemic children). The degree of association between social and cultural factors and the presentation of anemia in children aged 6 to 36 months was through the Chi-square test and the V Cramer test was used to measure the intensity of the association. In this work it was possible to determine that factors such as the type of family, the number of people in the household, the number of children in the household, the responsibility of taking the child to their CRED control, the history of children with anemia and the type of diet that the children eat were the factors associated with the presentation of anemia.

Keywords. Infant anemia, determinants of anemia, Huancarama, growth control

INTRODUCCIÓN

Las deficiencias de micronutrientes son un problema de salud importante en los países en desarrollo; las condiciones pueden verse agravadas por dietas deficientes y enfermedades infecciosas que crean un ciclo complejo que es difícil de superar, especialmente en poblaciones vulnerables como la de los niños en edad preescolar debido a sus mayores necesidades de crecimiento. Las deficiencias de micronutrientes pueden ser causadas por una ingesta insuficiente y la presencia de inhibidores de la absorción en la dieta, así como por estados patológicos, como las infecciones parasitarias, que son muy prevalentes en las zonas rurales de los países en desarrollo (1).

El zinc y el hierro son micronutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo humano, así como para el mantenimiento del sistema inmunológico, participando en muchos procesos enzimáticos y biológicos. La deficiencia de zinc, en particular, deteriora el sistema inmunológico, lo que puede provocar una mayor susceptibilidad a las infecciones y una mayor gravedad e incidencia de infecciones diarreicas, palúdicas y respiratorias, entre otros problemas de salud. La OMS ha estimado la prevalencia mundial de la deficiencia de zinc en un 31%, que oscila entre el 4 y el 73% en diferentes regiones del mundo. La importancia del hierro en el metabolismo radica en su función como aglutinante de oxígeno para las proteínas que contienen hem; la principal consecuencia de la deficiencia de hierro es la anemia, que produce síntomas de debilidad y mareos. También se ha demostrado que la deficiencia de hierro conduce a un deterioro de la función cognitiva y psicomotora y, por lo tanto, a una reducción de la capacidad de aprendizaje o de trabajo. Según la OMS en los países en desarrollo, el 48% de los niños de entre 4 y 15 años presentan anemia (2).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.

En la actualidad un riesgo en la salud de los bebés y niños pequeños es la deficiencia de hierro a causa de las altas demandas de este mineral en el crecimiento y generalmente por una dieta deficiente en hierro disponible a diferencia de los recién nacidos que pueden soportar gracias a sus propias reservas que a menudo duran los primeros cuatro a seis meses de vida, para luego depender críticamente del suministro de hierro en la dieta (3). Es decir, que es indispensable, en niños mayores a seis meses, el consumo de hierro en los alimentos para que el organismo pueda sintetizar hemoglobina, proteína muy importante en el intercambio gaseoso (4). Por lo tanto, la deficiencia de hierro se desarrolla con mayor frecuencia en la infancia tardía y durante el segundo año de vida (3).

En el organismo, la anemia es una enfermedad causada por concentraciones bajas de hemoglobina y en su mayoría es debido al bajo consumo de hierro en la dieta (5). La anemia infantil por deficiencia de hierro se asocia con retrasos cognitivos y de comportamiento que se puede observar a largo plazo (6).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud sobre los casos de anemia infantil en el mundo, podemos observar que el área del sur-este de Asia (85.1%) es el más afectado, seguido del continente Américo (76.7%), que presenta una prevalencia similar con el continente de Africa (74.6%), aunque estos datos no reflejan el actuar de cada país, es un estimado de cómo se han estado desarrollando los programas en contra de esta enfermedad (7). Como el desarrollado por Zhang *et al* (8), quien nos muestra la presentación de anemia en las zonas étnicas de la región de Asia central, el Tibet y Zhuang, que se encuentran alrededor del 46.9%. Sin embargo, aún son datos elevados y que nos hace referencia a la comprensión de factores sociales y económicos para facilitar el diseño de intervenciones que sean más efectivas e integradoras contra esta enfermedad (7).

En Brasil, en la ciudad de Pernambuco se observó que los niños de seis a 23 meses de edad de zonas rurales son los más propensos (61.8%) a contraer anemia que los niños de zonas urbanas (31%) por lo que se declaró un problema de salud pública (9).

En el Perú, esta enfermedad afecta a más del 40% de los niños menores de tres años (10) y en el departamento de Apurímac, esta población se alza hasta el 54.2%, en las zonas rurales mantienen un porcentaje similar (11) (12). Dados los efectos perjudiciales a largo plazo y la alta prevalencia de deficiencia de hierro, su prevención en la primera infancia es un importante problema de salud pública (6). Estos niveles de anemia se han mantenido por más de diez años gracias a la suplementación de hierro del programa de control de crecimiento y desarrollo del MINSA (11) (13). Sin embargo, algunos estudios indican que esta enfermedad pueda estar relacionada a condiciones sociales, económicos, ambientales, hábitos de consumo de alimento (14), determinantes asociados a la pobreza, o brechas de inequidad (1), que influyen claramente en el acceso a agua limpia, suministros de alimentos seguros y eliminación adecuada de excretas, lo que aumenta el riesgo de presentar anemia (15).

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema general.

¿Cuáles son los factores sociales y culturales asociados a la anemia en niños de 06 a 36 meses en el Centro de Salud Huancarama; Apurímac- 2021?

1.2.2 Problemas específicos.

1.2.2.1 ¿Cuáles son los factores sociales y culturales de las madres de niños de 6 a 36 meses en el centro de salud de Huancarama?

1.2.2.2 ¿Qué factores sociales y culturales de la madre influyen en la presentación de anemia en niños?

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

Evaluar los factores sociales y culturales de las madres asociadas a la presentación de anemia en niños de 06 a 36 en el Centro de Salud Huancarama; Apurímac- 2021.

1.3.2 Objetivos específicos.

1.3.2.1 Determinar la estadística descriptiva de los factores sociales y culturales de las madres de niños de 6 a 36 meses de Huancarama con anemia.

1.3.2.2 Correlacionar la presencia de anemia en niños de 6 a 36 meses, con los factores sociales y culturales de la madre en el centro de salud de Huancarama.

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante Teórico.

Una limitación de carácter teórico es la dificultad de traducir trabajos publicados en revistas indexadas en Scopus y el costo de estos trabajos, que deben estar relacionadas al tema de factores sociales y culturales con la presentación de anemia en niños menores a tres años.

1.4.2 Limitante Temporal.

Durante el desarrollo de la investigación una de las limitantes será conseguir la autorización para la entrevista debido a las madres de familia se pueden hallar incomodas con la enfermedad de sus hijos o a la disposición de tiempo de las maderas para colaborar con la investigación, debido a sus labores en el hogar que están inclinadas a la agricultura, o tal vez evitar participar en la investigación, no obstante, se acompañará a estas personas en sus labores diarias para lograr concluir con la investigación.

1.4.3 Limitante Espacial.

En este estudio una limitante significativa será la búsqueda de las viviendas de las madres de familia en el distrito de Huancarama (Apurímac) por ser una zona rural, las distancias entre viviendas son amplias o ya sea por el traslado de estas familias a otras comunidades.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

Luego realizar la búsqueda de información acerca de estudios similares, se pudo encontrar algunas investigaciones relacionadas, por lo tanto, tendríamos:

2.1.1 Antecedentes internacionales.

Mantadakis E., Chatzimichael E. y Zikidou P. (2020) realizaron un trabajo titulado “Anemia por deficiencia de hierro en niños que residen en países de ingresos altos y bajos: factores de riesgo, prevención, diagnóstico y tratamiento” donde encontraron varios factores como las infecciones parasitarias (malaria), deficiencias nutricionales, enfermedades crónicas, hemoglobinopatías y envenenamiento por plomo, también esta presentación de anemia va relacionada al escaso consumo de proteína de origen animal e ingesta inadecuada o insuficiente de vitamina C o por el consumo excesivo de dietas ricas en inhibidores de la absorción de hierro (16).

SANTOS D. (2018). En su trabajo, evaluó las concentraciones de hemoglobina en sangre ($<110\text{g/L}$) para definir estados de anemia en 520 niños de 11 a 15 meses de cuatro ciudades brasileñas para describir las asociaciones entre la anemia y factores sociales y culturales. Se encontró una frecuencia de 23.1% de anemia y aún más en hogares donde hay más de un niño (menores a 5 años), esta relación (de factores sociales y culturales con la presentación de anemia), también se observó en niños que comenzaron a recibir frutas y verduras después de 8 meses de edad, en niños que presentaron retraso en su crecimiento, niños que fueron hospitalizados al menos una vez en la vida y en aquellos niños que se encontraron en el tercil inferior de concentración sérica de folatos. En general, las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria y la morbilidad fueron los principales predictores de anemia (17).

BERMEO, D. Y RAMÍREZ, M. (2017); Realizaron un estudio titulado Factores que inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes Chis Paz, en cuidadoras de niños menores de tres años, del centro de salud Santa Anita en la ciudad de Quito, Ecuador, este estudio determinó que factores inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes, como el grado de conocimiento en las cuidadoras, el estado civil (solteras), también se evidencio que el 6% de niños tienen alterado el peso, talla y valores de hemoglobina, por lo cual es necesario la promoción, información y control adecuado de las cuidadoras para así evitar un riesgo de desnutrición y anemia (18).

KAHKASHAN, A. Y SOBHITH, A. (2016); Titulado Rol socio demográfico y factores culturales de anemia en las tribus de Kerala en la India, se determinó que las familias con bajos ingresos económicos son las más propensas a la presentación de Anemia y los factores como el grado de educación o el tamaño familiar no manifestaron tener influencia directa sobre esta enfermedad (19). En cambio, en el estudio de Santos, L. et al (2018) en su trabajo sobre Factores asociados con anemia en niños de Brasil indican que, la cantidad de niños en la familia y el grado de educación si influyen en las concentraciones de hemoglobina, como también los hábitos alimenticios en los niños menores a tres años (17).

ROJAS O. Y SUQUI P. (2016); En su estudio de trabajo titulado conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años que acuden al sud-centro de salud de Sinincay 2016 en donde se determinó que los conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años de edad que acuden al sub-centro de salud de Simicay 2016, realizaon una investigación cuantitativa, descriptiva transversal en donde trabajaron con una muestra de 101 madres con hijos menores de 36 meses de edad, obtenida de una universo de 270 madres. En donde se llegó a la conclusión de que el 40% de madres

tenían un nivel de conocimiento bueno, el 73% de madres una actitud positiva y el 39% de madres tenían un nivel de prácticas excelentes en la administración de micronutriente (49).

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Acinelli R. (2020) publicó un artículo titulado “La edad y la altitud de residencia determinan la prevalencia de anemia en niños peruanos de 6 a 35 meses”, este trabajo se realizó a través de la aplicación de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) en 11364 niños peruanos de 6 a 35 meses de edad encontrando relación en la presentación de anemia con deficientes métodos de aseo personal, deficientes prácticas de desinfección de agua (para potabilizar) y estados de pobreza.

LAZARTE, A. (2017). En su trabajo “Factores relacionados a la no adherencia del consumo de multi-micronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, en usuarios del centro de salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis”, realizó una investigación en Huánuco con el objetivo de identificar los factores relacionados a la no adherencia del consumo de MMN chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses a través de un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional y de corte transversal. Materiales y métodos: Con una muestra de 41 madres, a quienes se aplicó una guía de entrevista, un cuestionario de la adherencia del consumo de MMN; y de los factores de la no adherencia; dichos instrumentos fueron válidos y fiables. Resultados: Al analizar la adherencia del consumo de MMN chispitas, solo un 48% de la muestra fueron adherentes. De modo específico, en los factores sociales, la no dedicación exclusiva al cuidado de su niño, en los factores actitudinales “si el niño tuviese enfermedad respiratoria u otra enfermedad, deja de darle las chispitas”, en los factores relacionados a las características propias de los MMN chispitas “cuando su niño toma las chispitas, le produce estreñimiento y diarrea, o alguna otra molestia”, también el hecho de que la madre no percibe los beneficios de las chispitas, en comparación, con otros suplementos y los factores cognitivos, “desconocimiento del contenido de los

multimicronutrientes chispitas®”, estuvieron relacionados a la no adherencia al consumo de los multimicronutrientes chispitas (2).

MAYCA, J. et al (2017). Sobre Representaciones sociales relacionadas al entendimiento de la anemia en niños menores de tres años en comunidades de Awajún y Wampis revelan la existencia ciertos patrones idiosincráticas frente al tratamiento de la anemia en niños menores de tres años (20).

VELÁSQUEZ, J. et al (2016). En su trabajo “Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar”, indica que los factores como: el nivel económico, el embarazo adolescente, el bajo grado de educación, factores relacionados con el cuidado materno – infantil como la falta de control prenatal en el primer trimestre o la falta de la suplementación de hierro en el embarazo imperan para la presentación de anemia (21).

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 Modelo de Nola Pender sobre la promoción de la salud.

La autora del modelo de la promoción de la salud, Nola Pender, enfermera, Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud y también expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Por ello, las personas al interactuar con el entorno, pretenden lograr un estado de salud óptimo, a partir de diferentes facetas; ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables en consecuencia, este modelo ayuda a comprender que las madres son las que están relacionadas directamente a la adherencia del consumo de multimicronutrientes de sus menores hijos (22).

2.2.2 Teoría de aprendizaje social de Bandura.

Esta teoría explica la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los

comportamientos de las personas; también menciona que el aprendizaje es un proceso cognitivo que tiene lugar en un contexto social y ocurre puramente a través de la observación o la instrucción directa, incluso en ausencia de reproducción motora o refuerzo directo del mismo modo, Bandura, sostuvo la existencia de cuatro requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: como la atención, retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta) (23)

2.2.3 Principios de aprendizaje social de Bandura:

- **Atención:** no podemos aprender si no estamos enfocados en la tarea que tenemos entre manos. Si creemos que algo es novedoso o diferente, es más probable que ese concepto se convierta en el foco de nuestra atención. (23)
- **Retención:** los humanos aprenden al internalizar la información. Recordamos información aprendida cuando necesitamos responder a una situación similar a la situación en la que aprendimos esa información por primera vez (23).
- **Reproducción:** reproducimos información aprendida previamente (comportamiento, habilidades, conocimiento) cuando sea necesario. La práctica a través del ensayo mental y físico generalmente mejora las respuestas (23).
- **Motivación:** necesitamos motivación para hacer cualquier cosa. La mayoría de las veces, los humanos están motivados por que alguien sea recompensado o castigado por algo que han dicho o hecho. Esto generalmente nos motiva a hacer, o evitar hacer, la misma cosa (23).

2.2.4 Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

Este modelo explica que la conducta humana es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. Cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, es el compromiso personal con la acción, es decir

son comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. Este modelo apoya el presente estudio ya que es preciso que las madres deban estar motivadas para adherirse al consumo de los micronutrientes, así mismo promueve la buena nutrición y desarrollo de los niños de 6 a 36 meses (24).

2.3 Conceptual.

2.3.1 Concepto de anemia.

La anemia es una enfermedad de la sangre que se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en el organismo, siendo generalmente los valores normales por encima a los 12 gramos por decilitro en la mujer, y a 13.5 en el hombre (25).

2.3.2 Factores sociales y culturales relacionadas a la anemia.

2.3.2.1 Definición de Factores.

Coronado, Z. (2014) define al factor como una característica detectable en individuos o en grupos, asociada a una probabilidad incrementada de indicadores y estas pueden ir asociadas a la salud. Los factores pueden usar tres connotaciones distintas: un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal (26).

2.3.2.2 Factores sociales

El factor social comprende acciones como la motivación de la familia para la suplementación al niño con hierro (apoyo social afectivo), las madres y/o familiares de su entorno tienen comentarios positivos sobre el consumo del suplemento de hierro de su niño, en casa le hacen recordar a usted que le debe dar las el suplemento en las oportunidades que usted no pudo, dejó encargado que otra le dé el suplemento, supervisa que el niño consuma toda la comida mezclada con suplemento y si hay exclusividad de atención de la madre al niño. (27)

2.3.2.3 Factores culturales

Díaz, E. (2002), señala a las actitudes que se tiene hacia un objeto, una persona o una situación particular. Por otro lado, también coinciden en que las actitudes no son innatas al hombre, sino que éste aprende lo que es favorable o desfavorable para él y esto le lleva a actuar de una forma u otra y por último todas recogen los elementos o por lo menos alguno de ellos que componen las actitudes (28).

2.3.2.4 Factor relacionado con la atención de salud.

La relación del personal de salud con la madre, debe de ser lo más cercano posible, para mejorar la adherencia al consumo del suplemento de hierro. Sin embargo, pueden existir factores limitantes en la interacción personal de salud y madre, siendo estos los sistemas deficientes de distribución de los micronutrientes, falta de conocimiento y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes, demoras en la atención de salud, maltrato al paciente entre otros (29).

2.3.2.5 Factores que influyen en la biodisponibilidad del hierro.

Sobre los factores que influyen en la biodisponibilidad del hierro dietario, para utilizarla como una herramienta que permita realizar recomendaciones apropiadas a la población vulnerable y a aquellas personas que presentan actualmente cuadros de deficiencia de hierro o anemia ferropénica. El porcentaje de absorción del hierro no hemínico depende exclusivamente del efecto concomitante de los alimentos ingeridos. Debido a la gran cantidad de factores que pueden determinar el porcentaje de absorción. Si bien es cierto que en algunas dietas puede presentarse el 2% de absorción, su biodisponibilidad puede incrementarse inclusive hasta

cuatro veces más, si se vigilan adecuadamente los factores dietéticos (30).

2.3.2.6 Factores determinantes de la anemia

Los factores personales, sociales, económicos y el factor ambiental influyen directamente a la anemia, en sus concentraciones bajas de hemoglobina, esto se interpreta en la disminución de la salud de las personas. Además de estos factores existe factores cognitivos, culturales, nutricionales y biológicos que influyen principalmente en la presentación y mantenimiento de procesos anémicos en niños menores de 6 a 36 meses de edad. Por tal, podemos afirmar que los factores que influyen en la salud son múltiples, y mayormente están relacionadas con las actividades de las personas, el comportamiento, el estilo de vida, los ingresos económicos, el estatus social, la educación, el trabajo, condiciones laborales y condiciones de servicios sanitarios (31).

2.3.2.6.1 Factor cognitivo.

El nivel de educación en los diversos países es un determinante para el reconocimiento de la anemia, es decir las personas con mayor grado de educación tienen mayores posibilidades de empleo, mejores ingresos y como tal, mayores probabilidades de disposición de alimento, también mejora los métodos de alimentación, como también en la nutrición de los niños (31).

2.3.3 Definición de variables

2.3.3.1 Anemia

La anemia es una enfermedad que tiene diversos orígenes, pero produce la deficiencia en la cantidad y morfología de los glóbulos rojos (GR). Sin embargo, la causa principal es por la deficiencia de hemoglobina en los GR circulantes en el torrente sanguíneo. La hemoglobina son proteínas

globulares, presentes en los hematíes en altas concentraciones, que fijan oxígeno en los pulmones y lo transportan por la sangre hacia los tejidos y células que rodean el lecho capilar del sistema vascular. Al volver a los pulmones, desde la red de capilares, la hemoglobina actúa como transportador de CO₂ y de protones. Concentraciones mayores a 13 g/dL en los humanos son importantes para mantener el normal desarrollo y función del organismo (32).

2.3.3.2 Factores sociales y culturales.

Los factores sociales y culturales hacen referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. Estos factores determinantes de los hábitos alimenticios son según Gonzales, R. (2016), la disponibilidad y facilidad de preparación de los alimentos; horario y trabajo desempeñado por los padres; ingesta de café en niños como práctica común; falta de recursos e incertidumbre económica para la planificación alimenticia, y la falta de conocimientos nutricionales. Asimismo, se identificaron creencias que pueden explicar algunos hábitos alimenticios, como los efectos beneficiosos de la comida en familia, la lactancia materna y otros alimentos, o el papel de la alimentación para el buen desarrollo intelectual y físico de los niños (33).

2.4 Definición de términos básicos.

2.4.1 Adherencia.

La adherencia en medicina hace referencia a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (34).

2.4.2 Chispitas.

Sobre de Multi -micronutrientes la cual contiene 12,5 mg de hierro como fumarato ferroso; 5 mg de zinc; 30 mg de ácido ascórbico; 999 UI de vitamina A y 0,16 mg de ácido fólico (35).

2.4.3 Idiosincrasia.

Reacción natural del organismo frente a un estresor u sustancia extraña al organismo, de manera favorable o perjudicial (36).

2.4.4 Prevalencia.

Es una medida de frecuencia más significativa y puede obtenerse cuando se estudia la morbilidad y mortalidad de las enfermedades en un determinado espacio y tiempo (37).

2.4.5 Suplemento.

Sustancia alimenticia que se agrega a una dieta con la espera de aumentar el rendimiento del organismo o suplir una deficiencia de nutriente en la dieta (38).

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis alterna.

Determinados factores sociales y culturales están relacionados con la presencia de anemia en niños de 6 a 36 meses en el centro de salud de Huancarama.

3.1.2 Hipótesis nula.

Ningún factor social y cultural se relaciona a la presencia de anemia en niños de 6 a 36 meses en el centro de salud de Huancarama.

3.2 Definición conceptual de variables.

3.2.1 Variable dependiente.

Presentación de anemia. La anemia es una enfermedad causada, principalmente por reducidas concentraciones de hemoglobina en sangre, estas son proteínas globulares, presentes en los hematíes en altas concentraciones y su unidad de medición está dada por g/dL (32).

3.2.2 Variable independiente.

Factores sociales y culturales de la madre de familia. Se utiliza el término social y cultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos de la familia e individual y también de la comunidad o sociedad (33).

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 3. 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	INSTRUMENTO -ITEMS	ESCALA	
Anemia	La anemia, una afección en la que la concentración de hemoglobina (Hb) y / o los números de glóbulos rojos (RBC) son más bajos de lo normal e insuficientes para satisfacer las necesidades fisiológicas de una persona.	Anemia	Examen de hemoglobina	1 anémico (<11 g/dL) 2 no anémico (>11 g/dL)	Encuesta	Nominal	
factores sociales y culturales	Los factores sociales y culturales hacen referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad	Tipo de familia		(1) Nuclear (2) Monoparental (3) Extendida (4) Reconstruida (5) Ampliada (6) Equivalente	Encuesta	Nominal	
		Edad de la madre		(1) 12 a 17 (2) 18 a 24 (3) 25 a 64		Encuesta	Ordinal
		Estado civil		(1) Soltera (2) Conviviente (3) Casada (4) Viuda (5) Divorciada		Encuesta	Nominal
		Ocupación		(1) Ama de casa (2) Estudiante (3) Agricultor (4) Comerciante (5) Dependiente		Encuesta	Nominal
		Ingreso económico		(1) <700 soles (2) 701 a 1000 soles (3) 1001 a 1500 soles (4) >1500 soles		Encuesta	Ordinal
		Educación (grado de instrucción)		(1) Ninguno (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior técnico (5) Superior universitario		Encuesta	Nominal
		Personas en el hogar		(1) 1 a 3 personas (2) 4 a 5 personas (3) > 6 personas		Encuesta	Ordinal

		Cantidad de hijos	(1) Uno (2) Dos (3) Tres (4) Más de tres	Encuesta	Ordinal
		Control en el CCSS	(1) Si (2) No	Encuesta	Nominal
		Retraso en crecimiento	(1) Si (2) No	Encuesta	Nominal
		Desparasitación	(1) Si (2) No	Encuesta	Nominal
		Enfermedad en el hijo	(1) Si (2) No	Encuesta	Nominal
		Antecedentes de anemia en el hijo	(1) Si (2) No	Encuesta	Nominal
		Tipo de agua domiciliaria	(1) Agua tratada (2) Agua no tratada	Encuesta	Nominal
		Frecuencia de comida	(1) Una vez (2) Dos veces (3) Tres veces (4) Cuatro veces (5) Cinco veces	Encuesta	Ordinal
		Dieta alimenticia	(1) Carbohidratos (2) Proteínas y carbohidratos (3) Incluye ensalada en la dieta b (4) Carbohidratos y ensalada	Encuesta	Nominal
Las variables, dimensiones e indicador fueron extraídos según los estudios de Del Carpio y Quico (2019) (39)					

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. Tipo y diseño de investigación.

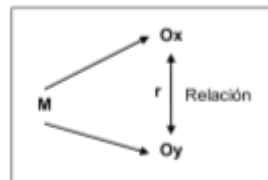
4.1.1. Tipo de investigación.

Según la intervención de las investigadoras el estudio es de tipo observacional, ya que no existe intervención del equipo de trabajo, porque se evaluó el problema de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos. De acuerdo a la planificación de la toma de datos, el estudio es de tipo prospectivo, porque se registró la información en el momento de los hechos. Referente al número de ocasiones en que se mide la variable, el tipo de estudio es de tipo transversal porque la variable de anemia se evaluó en un solo momento; y por el número de variables del estudio es analítica, puesto que se tiene dos variables (1).

4.1.2. Diseño de investigación.

El diseño de investigación es correlacional, tal como se muestra al gráfico 4.1.

Gráfico 4.1. Diseño de investigación correlacional.



Donde:

M : Tamaño de muestra.

Oy : Niños anémicos y no anémicos

Ox : Factores sociales y culturales

R : Grado de relación entre variables.

4.2. Método de investigación.

El método hipotético-deductivo es la manera o el sendero que sigue el investigador para realizar de su actividad una praxis científica. Dentro de este método se verifico del fenómeno a estudiar, instituyendo una hipótesis para

para el bienestar de la humanidad y su medio probativo a través de la fórmula de relación y sus resultados propuestos comparándolos con la experiencia.

4.3. Población y muestra.

4.3.1. Población.

Según los datos estadísticos del Centro de salud de Huancarama (2021) la población total de niños con anemia comprendidos entre 06 y 36 meses de edad es de 45 niños, de los cuales se tendrá las siguientes consideraciones.

4.3.1.1. Criterios de inclusión.

- Para el estudio se consideró a los niños de 06 a 36 meses de edad con anemia y otro grupo (de igual número) considerados como no anémicos, estos niños están registrados en el centro de salud Huancarama.
- Para la encuesta se manejará a madres que tengan niños de 06 a 36 meses de edad, anémicos y no anémicos.

4.3.1.2. Criterios de exclusión.

- Madres que se rehúsen al conocimiento informado.
- Madres con niños menores a seis meses y mayores a 36 meses.

4.3.2. Muestra.

La muestra se tomó, teniendo en consideración la cantidad de niños con anemia y según la fórmula de estimación de proporciones (gráfico 4.2) extraída de García, J. *et al* (2013) (39), nos resultó 42 niños con anemia como mínimo y se consideró otro grupo de 42 niños sin anemia (teniendo en cuenta los criterios de inclusión) del Centro de salud de Huancarama (muestreo por conveniencia), esta característica es para mantener la homogeneidad según los grupos de anémico y no anémicos.

Gráfico 4.2. Fórmula de proporciones

$$n = \frac{Z^2 * p(1 - p)}{\delta^2} \left(1 - \frac{n}{N}\right)$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población.

Z = Valor de Z crítico.

p = Proporción aproximada de las madres que presentan factores sociales y culturales a la presentación de anemia (50%).

δ = Error absoluto (5%)

4.4. Lugar de estudio.

Centro de salud de Huancarama del distrito de Huancarama, provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac-Perú

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

4.5.1. Técnicas.

La técnica aplicada en la presente investigación es la encuesta y la observación, a través de los cuales logramos distinguir los indicadores establecidos comprobando el objetivo de esta investigación (40).

Se tomó dos grupos de estudio para poder encontrar las asociaciones de la presentación de anemia con los factores sociales y culturales de niños de 6 a 36 meses de edad. Es necesario recalcar que los grupos de estudio mantuvieron la misma cantidad de muestreados (según los criterios de inclusión).

4.5.2. Instrumentos.

El instrumento que se utilizó para determinar la anemia en niños y niñas fue el sistema fotómetro B Hemoglobina HemoCue y que a través de las concentraciones aceptadas de hemoglobina se pudo diagnosticar esta enfermedad. Este equipo tiene un excelente grado de confiabilidad (0.99), y fue calibrado para el diagnóstico de anemia según las recomendaciones NTS. 137-MINSA/2017/DGIESP (2017) para tres mil metros de altura, con lo que niños con valores de hemoglobina menores a 13,6 g/dl, fueron considerados como anémicos (41) (42).

El instrumento utilizado para la recolección de información sobre los factores sociales y culturales se realizó a través de un cuestionario,

donde los datos fueron plasmados y cuyas preguntas son de tipo cerradas. Este cuestionario mantiene un excelente grado de confiabilidad (0.79), según la prueba de prueba de Alpha - Cronbach. Este cuestionario se muestra en el Anexo 1.

4.6. Análisis y procesamiento de datos.

Los datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel 2016 como indica el anexo 3. El procesamiento de datos fue a través de la prueba "Prueba de Chi -cuadrado χ^2 " del programa de SPSS 25 para encontrar las correlaciones y la prueba V Cramer para medir la intensidad.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

5.1.1. Estadística descriptiva de los factores sociales y culturales de las madres de niños anémicos de 6 a 36 en el centro de salud de Huancarama.

La determinación de los factores sociales y culturales de las madres de niños con anemia fueron de importancia para poder hallar los factores que se relacionan con esta enfermedad. Para la determinación de estos factores se utilizó una encuesta como instrumento de investigación que fue validado por Del Carpio y Quico (2019). Según este instrumento encontramos los siguientes factores sociales y culturales en las madres de los niños anémicos de 6 a 36 meses de edad:

a. Factor social: tipo de familia.

Las madres del C.S. de Huancarama está conformada en su gran mayoría por familias extendidas, se refiere a familias conformadas por el papá, mamá e hijo(a), tíos, primos y abuelos, como se indica en la tabla 5.1.

Tabla 5.1. El tipo de familia presente en madres del C.S. Huancarama

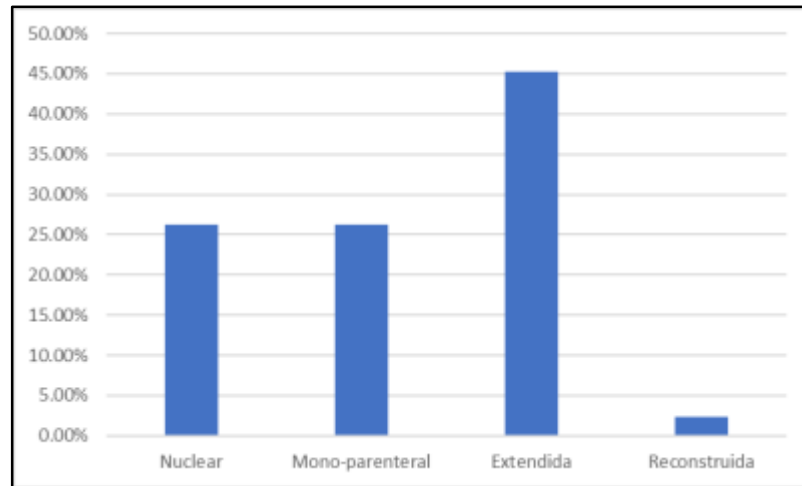
Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Nuclear	11	26.2%	26.2%
Monoparental	11	26.2%	52.4%
Extendida	19	45.2%	97.6%
Reconstruida	1	2.4%	100.0%

Fuente: elaboración propia

En el gráfico 5.1. Se puede observar de forma mucho más clara que el tipo de familia extendida (45.2%) es la más desarrollada en las familias de niños de 6 a 36 meses con anemia, seguidas del tipo

de familia nuclear y monoparental (26.2% cada una) y en una muy pequeña concentración a las familias reconstruidas (2.4%).

Gráfico 5.1. Porcentaje según el tipo de familia donde hay niños anémicos de 6 a 36 meses.



b. Factor social: edad de la madre según grupo etario.

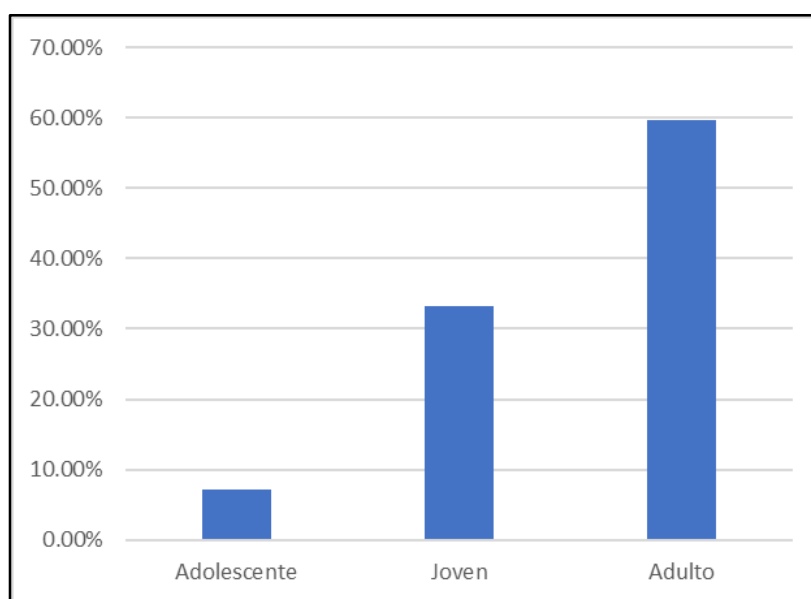
La edad de la madre es otro de los factores sociales que se ha tomado en cuenta para el análisis, pudiendo encontrar que las personas adultas (25 a 64 años) son el grupo etario con mayor frecuencia (tabla 5.2).

Tabla 5.2. Edad de la madre según grupo etario.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Adolescente	3	7.2%	7.1%
Joven	14	33.3%	40.4%
Adulto	25	59.6%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.2. Porcentaje según el grupo etario de las madres de niños anémicos de 6 a 36 meses



En el gráfico 5.2 se puede observar que el grupo etario con mayor frecuencia de tener hijos es el adulto (59.6%), seguido por los “jóvenes” (33.3%) y un grupo pequeño, pero importante es el adolescente (7.2%)

c. Factor social: ocupación de la madre.

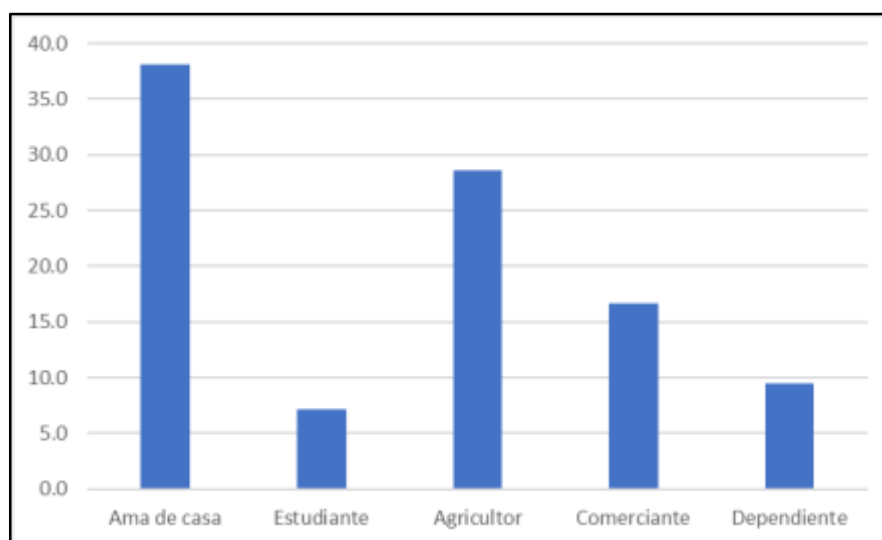
La ocupación de las mamás de niños de 6 a 36 meses del C.S. Huancarama, es en mayoría (38.1%) amas de casa, en un porcentaje similar se encuentra las mamás que se dedican a la agricultura (28.6%); seguido de mamás que se dedican al comercio (16.7%), luego están las mamás que aún están en etapa de estudiante (7.1%) y finalmente las mamás que tiene un trabajo bajo un régimen de dependencia con alguna entidad nacional o privada (9.5%).

Tabla 5.3. Ocupación de las madres de niños de 6 a 36 meses del C.S. Huancarama

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Ama de casa	16	38.1%	38.1%
Estudiante	3	7.1%	45.2%
Agricultor	12	28.6%	73.8%
Comerciante	7	16.7%	90.5%
Dependiente	4	9.5%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.3. Porcentaje según la ocupación de madres de niños anémicos de 6 a 36 meses



El gráfico 5.3 se nos muestra este suceso de la tabla 5.3 sobre la ocupación de las madres de niños anémicos de 6 a 36 meses en el C.S. Huancarama. Según el gráfico denotamos que la ocupación más relevante en este grupo de investigación es las amas de casa.

d. Factor social: ingreso económico familiar

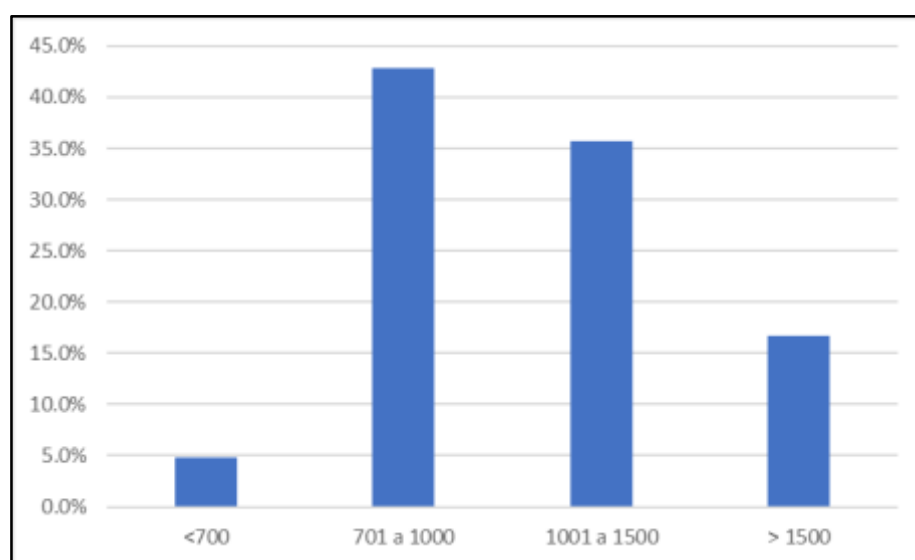
El ingreso económico de las familias de niños de 6 a 36 meses de edad es de “701 a 1000” soles (42.9%), seguido de las familias con ingresos de “1001 a 1500” soles (35.7%), como se muestra en la tabla 5.4.

Tabla 5.4. Ingreso económico de las familias con niños anémicos de 6 a 36 meses de edad del C.S. Huancarama

Ingreso económico (soles)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
<700	2	4.8%	4.8%
701 a 1000	18	42.9%	47.6%
1001 a 1500	15	35.7%	83.3%
> 1500	7	16.7%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.4. Porcentaje según el ingreso económico de las familias con niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.



En el gráfico 5.4 se representa los porcentajes según los ingresos económicos, denotando que las familias (la mayoría) tiene ingresos entre 701 a 1000 soles (42.9%), seguido de las familias con ingresos de 1001 a 1500 soles (35.7%), luego se puede encontrar a las familias con ingresos mayores a 1500 soles (16.7%) y finalmente a las familias con ingresos menores a 700 soles mensuales (4.8%).

e. Factor social: grado de instrucción de la madre.

En la tabla 5.5. se muestran los diferentes grados de instrucción de madres con niños anémicos entre 6 y 36 meses de edad, el cual podemos destacar que en la mayoría son de educación secundaria

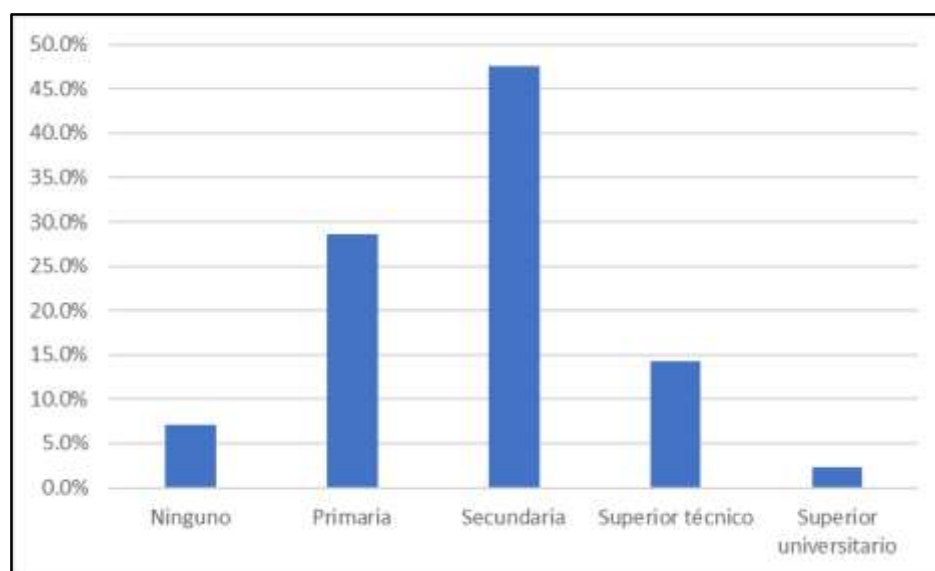
(47.6%), también podemos denotar que entre las mamás que no recibieron educación, las que tienen formación primaria y secundaria representan un grupo muy fuerte con presentación de niños anémicos (83.3%)

Tabla 5.5. Grado de instrucción de la madre de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Ninguno	3	7.1%	7.1%
Primaria	12	28.6%	35.7%
Secundaria	20	47.6%	83.3%
Superior técnico	6	14.3%	97.6%
Superior universitario	1	2.4%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.5. Porcentaje del grado de instrucción de las madres de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.



En el gráfico 5.5 se puede observar que los grupos de mamás sin educación, primaria y la secundaria, representan una población grande y que parece influenciar a la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

f. Factor social: Cantidad de personas que viven en el hogar

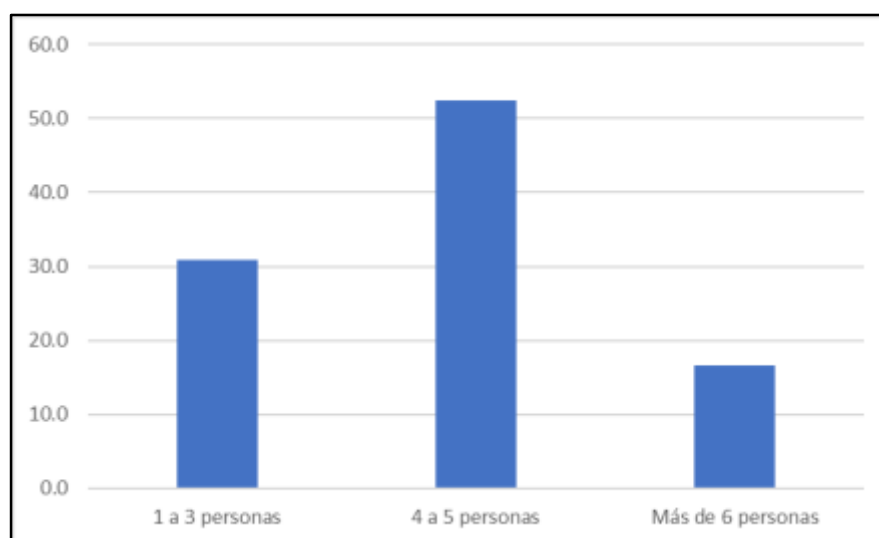
En la tabla 5.6 se muestra la cantidad de personas que viven en el hogar de niños con anemia y se puede resaltar que el porcentaje de niños anémicos es mayor cuando existe entre 4 y 5 personas en el hogar.

Tabla 5.6. Cantidad de personas que viven en el hogar de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.

Cantidad de personas en el hogar	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
1 a 3 personas	13	31.0%	31.0%
4 a 5 personas	22	52.3%	83.3%
Más de 6 personas	7	16.7%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.6. Porcentaje de la cantidad de personas que viven en el hogar de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.



En el gráfico 5.6 se puede denotar que las familias numerarias (de 4 a 5 personas) existe mayor concentración de niños con anemia.

g. Factor social: cantidad de hijos en la familia donde hay un niño(a) anémico de 6 a 36 meses de edad

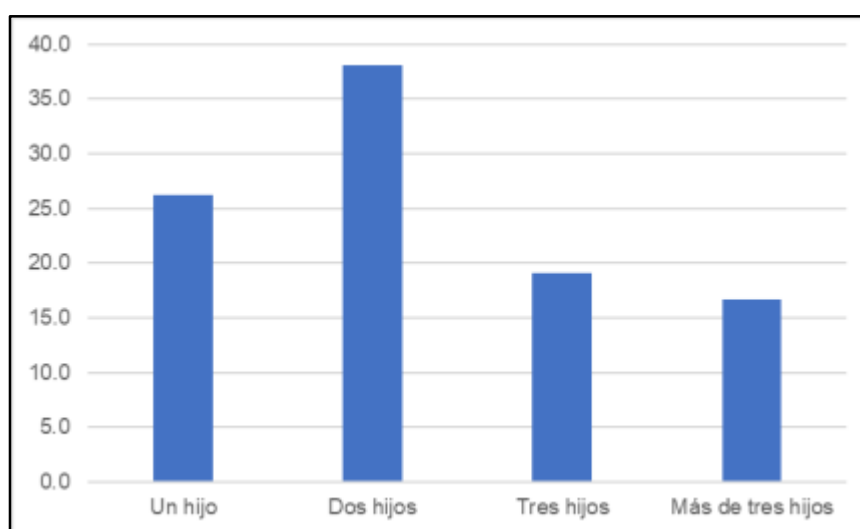
Las familias que tienen 1 o 2 hijos mantienen mayor concentración (64.3%) de niños con anemia que las familias con más de tres hijos.

Tabla 5.7. Cantidad de hijos en la familia donde existe un niño(a) anémico de 6 a 36 meses de edad.

Cantidad de hijos en la familia	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Un hijo	11	26.2%	26.2%
Dos hijos	16	38.1%	64.3%
Tres hijos	8	19.0%	83.3%
Más de tres hijos	7	16.7%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.7. Porcentaje de la cantidad de hijos en la familia donde existe un niño(a) anémico de 6 a 36 meses de edad.



En el gráfico 5.7 se puede entender que la mayor concentración de niños anémicos está en los grupos de familia con uno o dos hijos.

h. Factor cultural: Cumple con traer a su hijo anémico al control CRED del centro de salud.

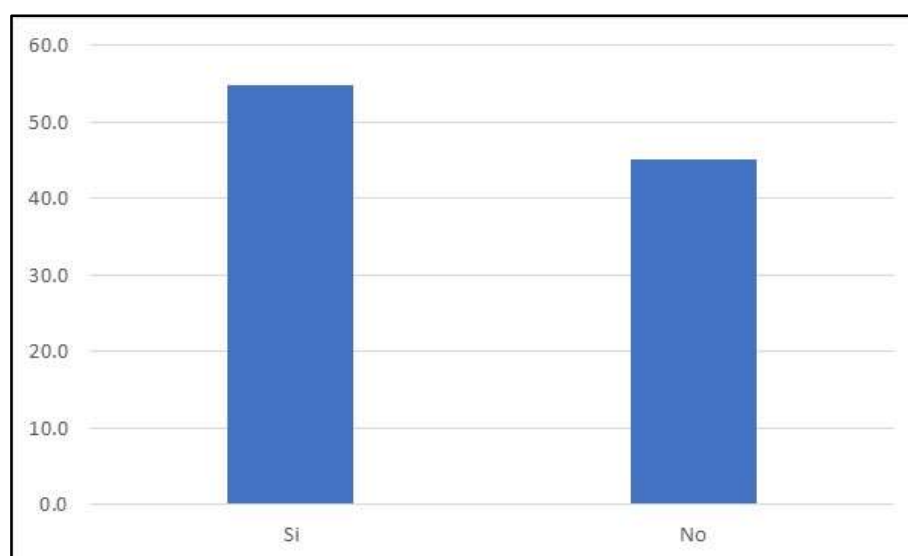
El control CRED es una actividad sumamente importante como método de prevención de la anemia, según la tabla 5.8 nos muestra que este acto es más cuando se presenta la anemia en niños que cuando no (no llevan a su control CRED).

Tabla 5.8. Responsabilidad de la madre al llevar al control CRED del niño(a) con anemia

Control CRED	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Si	23	54.8	54.8
No	19	45.2	100.0

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.8. Porcentaje de mamás que llevan a su niño anémico a su control CRED



En el gráfico 5.8 podemos observar que la actividad de las mamás de llevar a su niño(a) anémico a su control CRED es levemente superior a la de no llevar a su control CRED.

i. Factor cultural: Existe antecedentes de anemia en los niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.

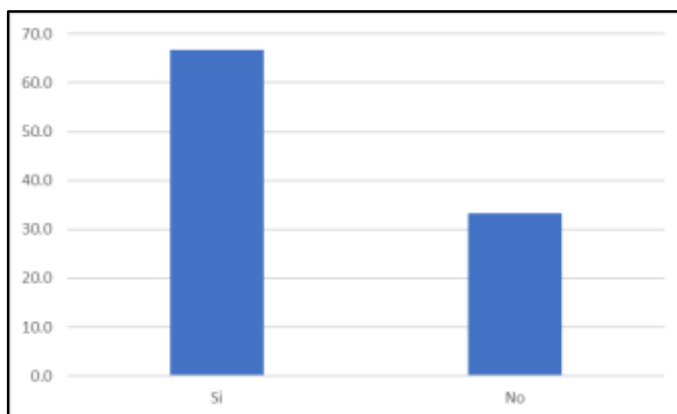
En la tabla 5.9 se puede denotar que el porcentaje de niños con anemia han tenido antecedentes anémicos, representa ser mayor al grupo de niños anémico que no tienen antecedentes de anemia.

Tabla 5.9. Antecedentes de anemia en los niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.

Antecedente de anemia	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Si	28	66.7%	66.7%
No	14	33.3%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.9. Porcentaje de niños con antecedentes de anemia



En el gráfico 5.9 podemos observar que el 66.7% de niños anémicos han tenido episodios anteriores con anemia, esto nos indica que más de la mitad de niños son recurrentes a tener anemia.

j. Factor cultural: El tipo de dieta que lleva el niño anémico de 6 a 36 meses de edad.

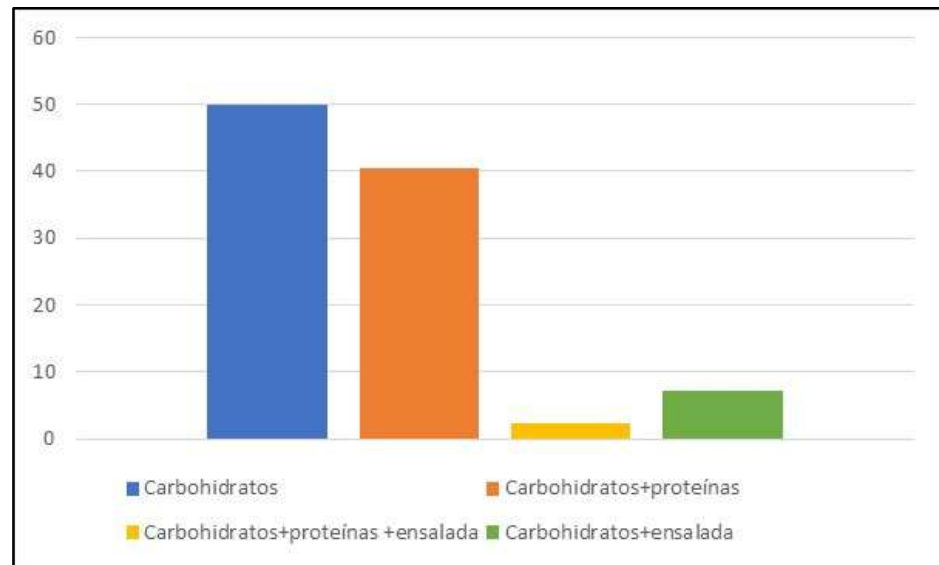
En la tabla 5.10 podemos observar diferentes nutrientes, agrupados para dar a entender el tipo de dieta que llevan los niños anémicos de 6 a 36 meses. Podemos observar que la dieta a base de carbohidratos (Ejm. Fideos, papa, camote, etc.) son el de mayor consumo (50.0%), seguido de la dieta a base de carbohidratos más insumos proteicos (aporte de carne a la dieta) es el segundo grupo de mayor consumo (40.5%).

Tabla 5.10. Tipo de dieta de niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.

Tipo de dieta (según nutrientes)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Carbohidratos	21	50%	50%
Carbohidratos +proteínas	17	40.5%	90.5%
Carbohidratos +proteínas+ensalada	1	2.4%	92.9%
Carbohidratos +ensalada	3	7.1%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.10. Tipo de dieta que reciben los niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.



En el gráfico 5.10 podemos observar que la primera dieta (carbohidratos) y la segunda (carbohidratos+proteínas) son los grupos de mayor consumo por los niños anémicos de 6 a 36 meses de edad.

5.2. Resultados inferenciales

5.2.1. Correlación de la presencia de anemia en niños de 6 a 36 meses, con los factores sociales y culturales de la madre en el centro de salud de Huancarama.

La correlación de los factores sociales y culturales de la madre se dio con la presentación de anemia en niños menores (6 a 36 meses), a la vez se comparó con un grupo testigo (niños sin anemia) a través de la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), las cuales pudimos encontrar 6 factores sociales y culturales asociadas a la presentación de anemia.

a. Asociación del tipo de familia con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

Se pudo determinar que el tipo de familia que tienen los niños de 6 a 36 meses están relacionadas con la presentación de anemia, es decir, que las familias extendidas (papá, mamá, hijo(a), primos, tíos y abuelos) puede influenciar (moderadamente) a la presentación de anemia en los niños, como se muestra en la tabla 5.11.

Tabla 5. 11. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el tipo de familia en la presentación de anemia de niños de 6 a 36 meses.

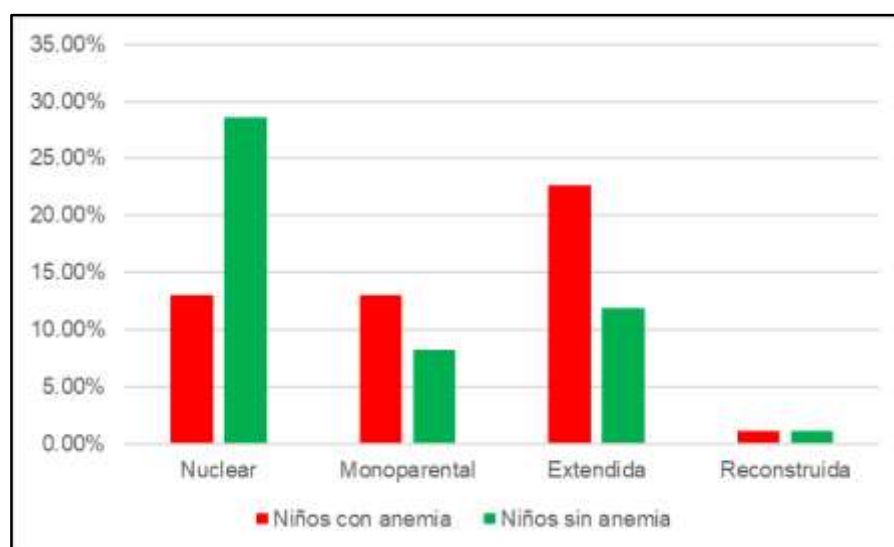
Tipo de familia		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Nuclear		11 (13.1%)	24 (28.6%)	35 (41.7%)
Monoparental		11 (13.1%)	7 (8.3%)	18 (21.4%)
Extendida		19 (22.6%)	10 (11.9%)	29 (34.5%)
Reconstruida		1 (1.2%)	1 (1.2%)	2 (2.4%)
Prueba	Chi- cuadrado	8.5		
	Valor de p	0.03		
	V Cramer	0.31		

Fuente: elaboración propia

Por el contrario, familias nucleares (papá, mamá e hijo(a)) están relacionada con niños sin anemia, es decir que la menor cantidad de personas en el hogar estimulan en la salud de los niños de 6 a 36 meses, como se muestra en el gráfico 5.11.

Gráfico 5.11.

Gráfico 5.11. Porcentaje de niños con y sin anemia según el tipo de familia en el C.S. Huancarama



b. Asociación de la edad de la madre (según grupo etario) con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

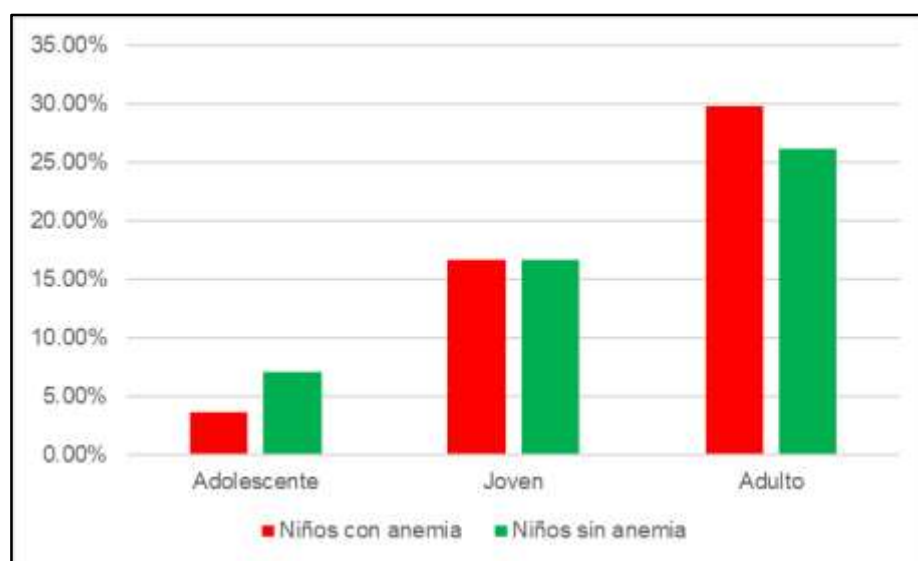
En la tabla 5.12. se puede observar que los grupos etarios de las mamás no están relacionadas a la presentación de anemia en los niños menores de 6 a 36 meses, lo que nos dice que es indiferente y puede, la anemia, dar en cualquier niño de mamás con diferentes edades.

Tabla 5.12. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el grupo etario de mamás en la presentación de anemia de niños de 6 a 36 meses.

Grupo etario de la madre		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Adolescente		3 (3.6%)	6 (7.1%)	9 (10.7%)
Joven		14 (16.7%)	14 (16.7%)	28 (33.3%)
Adulto		25 (29.8%)	22 (26.2%)	47 (56.0%)
Prueba	Chi- cuadrado	1.19		
	Valor de p	0.55		
	V Cramer	.-		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.12. Distribución de grupos etarios de mamás con niños anémicos y sin anemia.



Esta semejanza se puede observar en la grafico 5.12, ya que su distribución es similar en ambos grupos (niños con y sin anemia),

lo que nos lleva a inferir (gracias a la prueba de Chi-cuadrado) que no existe asociación ($p > 0.05$).

c. Asociación de la ocupación de la madre con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

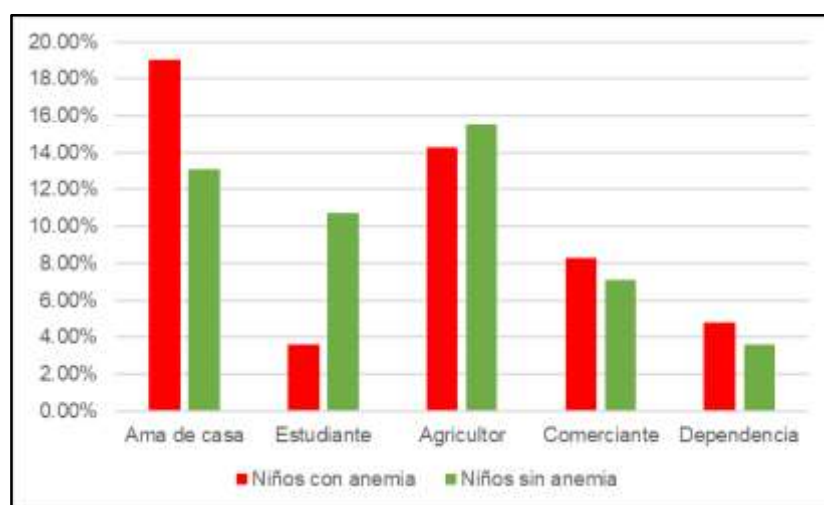
En la tabla 5.13. se puede observar la distribución de la frecuencia y porcentajes según la ocupación de la madre en niños con y sin anemia. Podemos observar que existe mayor concentración de mamás de niños anémicos en la ocupación de “amas de casa”. Sin embargo, la prueba de asociación (Chi cuadrado) nos sale que no existe asociación entre este factor social con la anemia, lo cual nos hace inferir que la presentación de anemia en los niños de 6 a 36 meses de edad puede darles sin importar la ocupación (tipo de trabajo) que tenga la madre.

Tabla 5.13. Frecuencia y porcentaje de encuestados según la ocupación de la madre y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.

Ocupación de la madre		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Ama de casa		16 (19.0%)	11 (13.1%)	27 (32.1%)
Estudiante		3 (3.6%)	9 (10.7%)	12 (14.3%)
Agricultor		12 (14.3%)	13 (15.5%)	25 (29.8%)
Comerciante		7 (8.3%)	6 (7.1%)	13 (15.5%)
Dependencia		4 (4.8%)	3 (3.6%)	7 (8.3%)
Prueba	Chi- cuadrado	4.18		
	Valor de p	0.38		
	V Cramer	.-		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.13. Distribución del tipo de trabajo u ocupación de la madre en los grupos de niños con y sin anemia.



En el gráfico 5.13 se muestra que la ocupación de la madre no es un factor determinante de la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad, debido a la similitud de ambos grupos

d. Asociación del ingreso económico familiar con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

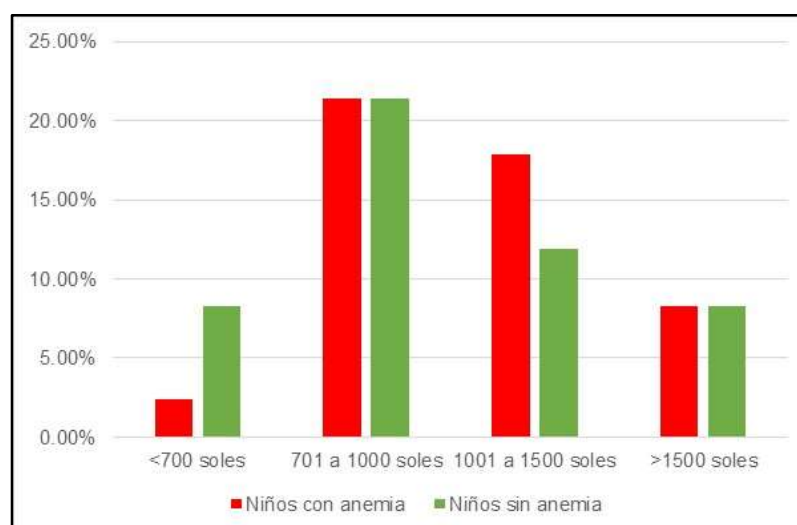
Podemos inferir a través de la prueba de Chi cuadrado (tabla 5.14.) que el ingreso económico familiar no está relacionada a la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

Tabla 5.14. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el ingreso económico familiar y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.

Ingreso económico familiar		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
<700 soles		2 (2.4%)	7 (8.3%)	9 (10.7%)
701 a 1000 soles		18 (21.4%)	18 (21.4%)	36 (42.9%)
1001 a 1500 soles		15 (17.9%)	10 (11.9%)	25 (29.8%)
>1500 soles		7 (8.3%)	7 (8.3%)	14 (16.7%)
Prueba	Chi- cuadrado	3.77		
	Valor de p	0.28		
	V Cramer	.-		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.14. Distribución del ingreso económico familiar en los grupos de niños con y sin anemia.



El gráfico de barras (gráfico 5.14) nos muestra que entre los diferentes salarios en los grupos donde hay un niño con anemia y sin anemia son similares, no existe diferencia entre los grupos.

e. Asociación del grado de educación de la madre con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

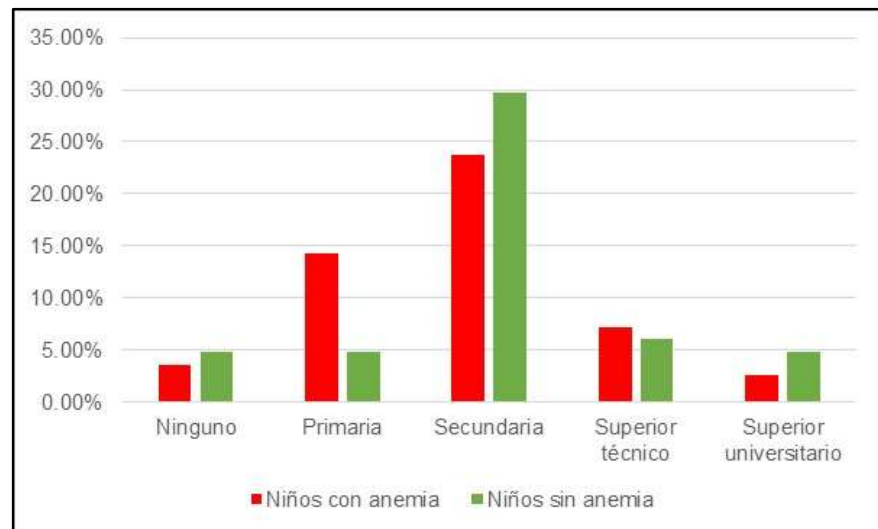
A través de la tabla 5.15. podemos inferir que no existe relación entre el grado de instrucción de la madre con la presentación de anemia en niño(a) de 6 a 36 meses.

Tabla 5.15. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el grado de educación de la madre y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses

Grado de educación de la madre		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Ninguno		3 (3.6%)	4 (4.8%)	7 (8.3%)
Primaria		12 (14.3%)	4 (4.8%)	16 (19.0%)
Secundaria		20 (23.8%)	25 (29.8%)	45 (53.6%)
Superior técnico		6 (7.1%)	5 (6.0%)	11 (13.1%)
Superior universitario		1 (2.5%)	4 (4.8%)	5 (6.0%)
Prueba	Chi- cuadrado	6.58		
	Valor de p	0.15		
	V Cramer	.-		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.15. Distribución del grado de educación de la madre en los grupos de niños con y sin anemia.



Entre los grupos, del nivel educativo de mamás que tienen hijos con anemia y sin anemia son similares, no hay una diferencia significativa, como observamos en el gráfico 5.15.

f. Asociación de la cantidad de personas en el hogar con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

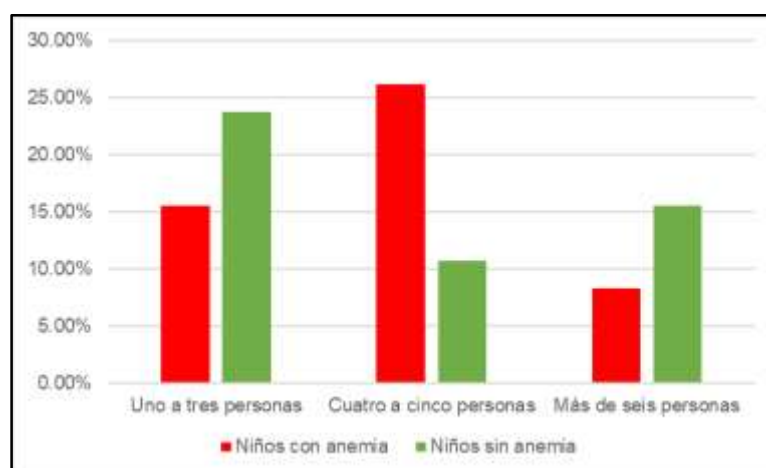
Podemos afirmar que la cantidad de personas en el hogar influyen en la presentación de anemia ($p < 0.05$), afirmando que familias numerarias (4 a 5 personas) se relacionan con niños anémicos y familias de una a tres personas se pueden encontrar a niños sin anemia, como se indica en la tabla 5.16.

Tabla 5.16. Frecuencia y porcentaje de encuestados según la cantidad de personas en el hogar y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.

Cantidad de personas		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Uno a tres personas		13 (15.5%)	20 (23.8%)	33 (39.3%)
Cuatro a cinco personas		22 (26.2%)	9 (10.7%)	31 (36.9%)
Más de seis personas		7 (8.3%)	13 (15.5%)	20 (23.8%)
Prueba	Chi- cuadrado	8.73		
	Valor de p	0.013		
	V Cramer	0.32		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.16. Distribución de la cantidad de personas en el hogar con los grupos de niños con y sin anemia.



En el gráfico 5.16 podemos observar la forma de distribución o de influencia de la cantidad de personas en el hogar a la anemia

g. Asociación de la cantidad de hijos en el hogar con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

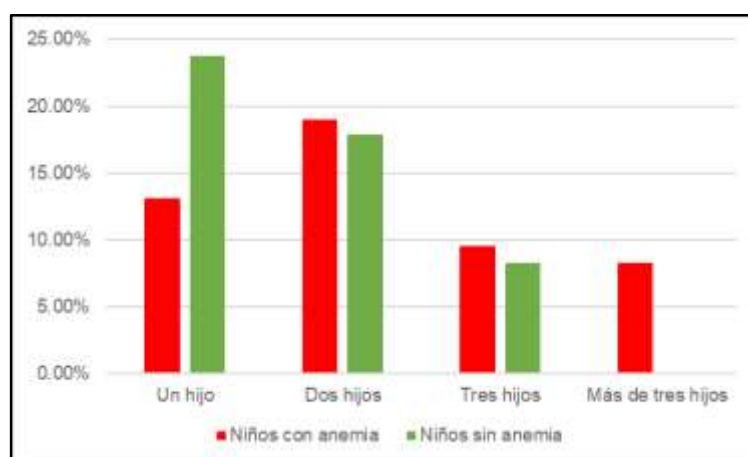
Tras la observación de la tabla 5.17. podemos afirmar que existe una moderada relación o asociación del factor social “cantidad de hijos en el hogar” con la presentación de anemia ($p < 0.05$)

Tabla 5.17. Frecuencia y porcentaje de encuestados según la cantidad de hijos en el hogar y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.

Cantidad de Hijos		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Un hijo		11 (13.1%)	20 (23.8%)	31 (36.9%)
Dos hijos		16 (19.0%)	15 (17.9%)	31 (36.9%)
Tres hijos		8 (9.5%)	7 (8.3%)	15 (17.9%)
Más de tres hijos		7 (8.3%)	0	7 (8.3%)
Prueba	Chi- cuadrado	9.71		
	Valor de p	0.02		
	V Cramer	0.34		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.17. Distribución de la cantidad de hijos en el hogar con los grupos de niños con y sin anemia.



En el gráfico 5.17 se observa la cantidad de niños según la presentación de anemia, y se denota que existe niños anémicos en familias con más de tres hijos.

h. Asociación de control CRED con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

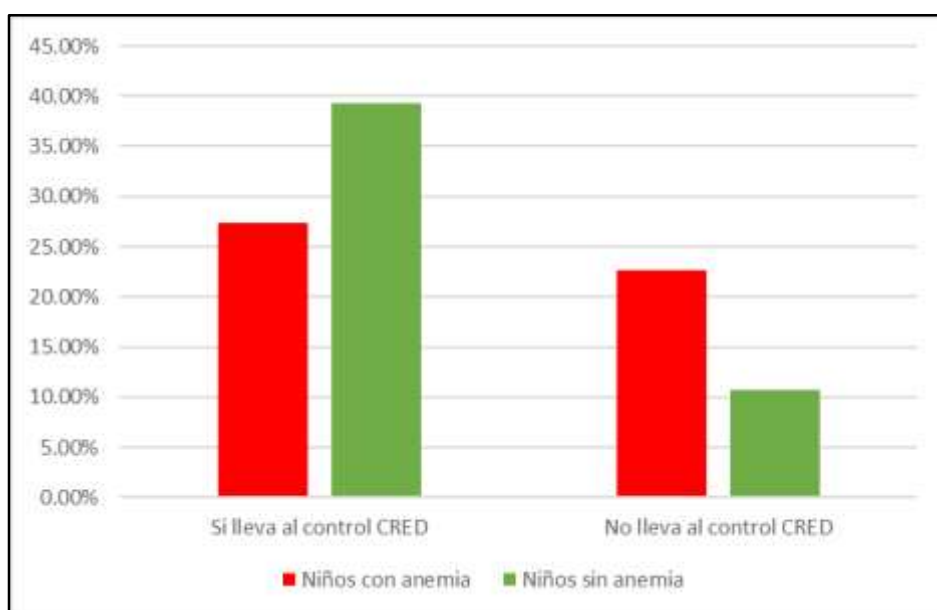
En la tabla 5.18. se observa que la cantidad de hijos que presentan las familias del C.S. Huancarama se asocian a la presentación de anemia en sus hijos de 6 a 36 meses ($p < 0.05$), y mantiene una moderada intensidad de asociación.

Tabla 5.18. Frecuencia y porcentaje de encuestados que llevan a su hijo al control CRED y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.

Control CRED		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Si		23 (27.4%)	33 (39.3%)	56 (66.7%)
No		19 (22.6%)	9 (10.7%)	28 (33.3%)
Prueba	Chi- cuadrado	5.35		
	Valor de p	0.02		
	V Cramer	0.25		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.18. Distribución de encuestados que llevan a su hijo al control CRED con los grupos de niños con y sin anemia.



El grupo que llevan a los niños al control CRED se relaciona más con el grupo de niños no anémicos (grafico 5.18).

i. Asociación de antecedente de anemia con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

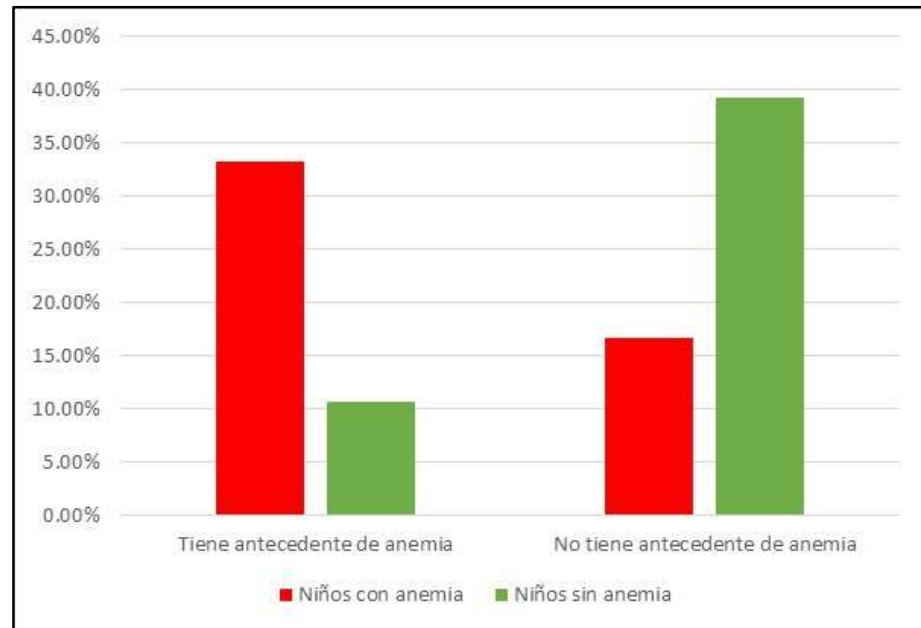
A través de esta asociación ($p < 0.05$) podemos afirmar que, los niños que en algún momento (entre los 6 y 36 meses) tengan anemia es muy probable que vuelvan a tener esta enfermedad.

Gráfico 5.19. Frecuencia y porcentaje de encuestados que tiene hijos con antecedentes de anemia y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.

Antecedente de anemia		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Si		28 (33.3%)	9 (10.7%)	37 (44.0%)
No		14 (16.7%)	33 (39.3%)	47 (56.0%)
Prueba	Chi- cuadrado	17.43		
	Valor de p	0.00		
	V Cramer	0.45		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.19. Distribución de hijos con antecedentes de anemia con los grupos de niños con y sin anemia.



Esta asociación de niños con antecedentes de anemia y con actual presentación de anemia resulta muy significativa. Además, mantiene una moderada intensidad de asociación (según la prueba de V Cramer). Es decir, los niños con anemia (actual), es probable que ya hayan pasado por un cuadro de anemia (anteriormente). Se puede observar de mejor forma en el gráfico 5.19.

j. Asociación del tipo de dieta alimentaria con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

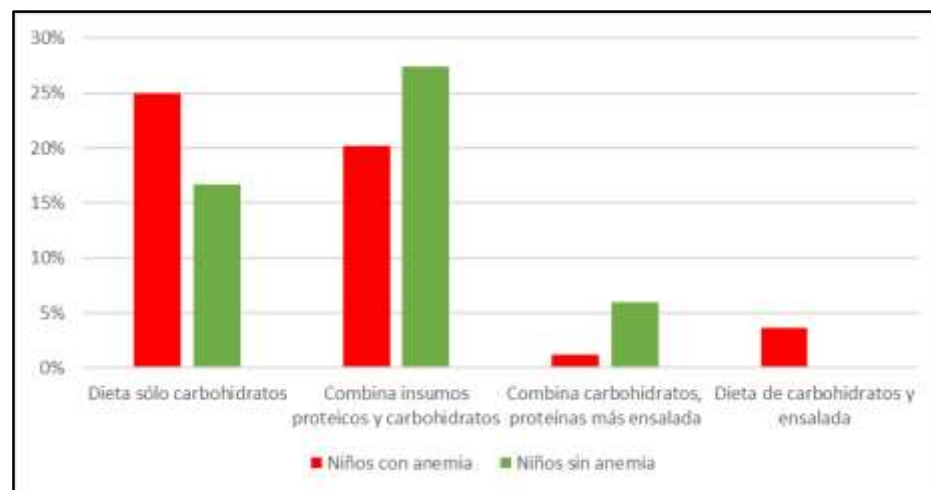
En la tabla 5.20 podemos observar que si existe asociación entre el tipo de dieta presente en el hogar con la presentación de niños anémicos con moderada intensidad. Esta asociación nos muestra que las dietas a base de insumos energéticos (dieta de sólo carbohidratos) se relaciona con la presentación de anemia.

Tabla 5.19. Frecuencia y porcentaje de encuestados según el tipo de dieta presente en el hogar y la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses.

Tipo de dieta		Niños con anemia	Niños sin anemia	Total
Dieta sólo carbohidratos		21 (25%)	14 (16.7%)	35 (41.7%)
Combina insumos proteicos y carbohidratos		17 (20.2%)	23 (27.4%)	40 (47.6%)
Combina carbohidratos, proteínas más ensalada		1 (1.2%)	5 (6.0%)	6 (7.1%)
Dieta de carbohidratos y ensalada		3 (3.6%)	0	3 (3.6%)
Prueb	Chi- cuadrado	7.96		
	Valor de p	0.04		
	V Cramer	0.30		

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5.20. Distribución del tipo de dieta presente en los hogares con niños anémicos y sin anemia.



En gráfico 5.20 podemos observar que las dietas a base de carbohidratos son mayores en los niños anémicos, en cambio las dietas donde combinan insumos de carbohidratos y proteicos son menores en los niños no anémicos.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis

Tras el análisis de los resultados (descriptivos e inferenciales), aceptamos la hipótesis alterna planteada: “Determinados factores sociales y culturales están relacionados con la presencia de anemia en niños de 6 a 36 meses en el centro de salud de Huancarama” y rechazaremos la hipótesis nula: “Ningún factor social y cultural se relaciona a la presencia de anemia en niños de 6 a 36 meses en el centro de salud de Huancarama”.

Respaldamos la decisión de aceptar la hipótesis planteada (alterna) ya que la prueba de Chi cuadrado pudo salir que tres factores sociales y tres culturales tienen relación o están asociadas a la presentación de anemia en niños menores de 6 a 36 meses de edad ($p < 0.05$).

6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares

6.2.1. Asociación del tipo de familia del hogar con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

En nuestro estudio encontramos que el tipo de familia en el hogar está asociada a la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad ($p < 0.05$), a su vez la prueba de V de Cramer (que mide la intensidad de asociación) muestra una moderada intensidad de asociación. Del Carpio y Quico (2019), en su trabajo, determinó los mismos ítems (nuclear, monoparental, extendida y reconstruida), que su población, en su mayoría está conformada por familias de tipo nucleares, seguida de las familias de tipo extendida (43), muy similar a la distribución que se encontró en nuestro trabajo. En el trabajo de Ouzennou, Amor y Baali (2019), intentó relacionar el tipo de familia con la presentación de anemia. Sin embargo, sus resultados salieron que no presentan asociación. No obstante, sus datos muestran que el tipo familia nuclear está más en niños anémicos (45.54%) que en los niños no anémicos (37.52%) (44).

6.2.2. Asociación de la edad de la madre (según grupo etario) con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

En nuestro estudio se pudo encontrar que no existe asociación entre la edad de la madre (según su grupo etario) y la presentación de anemia, ya que en ambos grupos (niños anémicos y sin anemia) mantenían resultados similares. En el estudio publicado por Chandran y Kirby (2021), nos indican que las poblaciones de madres más jóvenes (15 a 19 años) mantienen una fuerte relación con sus niños anémicos, debido a que este grupo de madres, en su mayoría eran personas sin ningún grado de educación, pertenecen a una tribu y están alejadas de las ciudades (45). Comparando con nuestro trabajo, sólo el 8.3% de mamás compartían estas características de las madres.

6.2.3. Asociación de la ocupación de la madre con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

Según la prueba de Chi cuadrado se pudo determinar que la ocupación de la madre no está asociada a la presentación de anemia. En todos los grupos (según la ocupación) se observó que las concentraciones de niños anémicos y no anémicos son similares según la ocupación de la madre. Es decir, el tipo de ocupación no influye a la presentación de anemia (tabla 5.13). Nuestros resultados también se comparan con los publicados por Adamu *et al.*, (2017) donde se puede observar que la mayoría de mamás se dedican a los quehaceres de la casa (44.0%), seguido de mamás que se dedican a la agricultura (29.8%) (46). Resultados similares, también encontramos en los datos publicados por Soncco, Brousett y Pumacahua (2018) en niños de la ciudad de Yocará (Puno), donde las madres, la gran mayoría (92.0%) se dedican al hogar (47). Estos dos últimos trabajos midieron las frecuencias y los porcentajes, mas no pudieron relacionar o predecir si la anemia infantil se asociaba a la anemia.

6.2.4. Asociación del ingreso económico familiar con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

El ingreso económico familiar en nuestro estudio fue indistinto para relacionarlo con la presentación de anemia. Sin embargo, en otros estudios, como el desarrollado por Chandran y Kirby (2021) indican que los reducidos ingresos económicos de las familias, vuelve a los niños ser más propensos a la presentación de anemia (45). Este dato se relaciona con el presentado por Ouzennou, Amor y Baali (2019), donde demuestran que la inactividad laboral de los padres y por ende el no tener dinero se asocia a la presentación de anemia (44). No obstante, en nuestro trabajo la mayoría (53.6%) de las madres participan en una actividad productiva, las cuales les permitía tener ingresos económicos. Según el rango de ingresos económicos, en el trabajo de Sadeghian *et al.*, (2013) nos muestra similares ingresos económicos en el área rural, y no pudo encontrar diferencias con la presentación de anemia, es decir sus grupos de niños anémico y no anémicos no estuvieron asociadas a la cantidad de ingreso económico (48).

6.2.5. Asociación del grado de educación de la madre con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

El grado de educación obtenido por las mamás del C.S. Huancarama, en la mayoría son madres que lograron estudios de nivel secundaria (53.6%), seguido de mamás que lograron el nivel primario (19.0%), luego, mamás que obtuvieron un estudio superior técnico (13.1%), superior universitario (6.0%) y por último están las mamás que no obtuvieron educación (8.3%). Según Chandran y Kirby (2021) indican que los factores determinantes de la anemia pueden ser similar en varias partes del mundo, siendo una de ellas el grado de educación logrado en las madres (45), En el estudio publicado por Ouzennou, Amor y Baali (2019), demuestran que el analfabetismo está altamente relacionado a la presentación de anemia en niños; si comparamos nuestros resultados con este trabajo denotamos que el analfabetismo (29.0%) es mucho mayor que el encontrado por nosotros, pero es

similar en el grado de educación universitaria (44). En el gráfico 17, podemos denotar que el grupo de niños no anémicos va creciendo cómo el nivel educativo de las madres. Esto se asemeja al trabajo de Santos, Wahib y Cardoso (2018), quienes en su estudio observaron la misma dinámica, la anemia disminuye según el grado educativo logrado de la madre (17).

6.2.6. Asociación de la cantidad de personas en el hogar con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

En nuestros resultados se pudo determinar que la cantidad de personas que viven bajo un mismo techo es un determinante para la presentación de anemia infantil ($p < 0.05$), donde podemos denotar que mayor concentración de niños anémicos hay en familias de más de 4 personas (22.0%), este resultado se asemeja por el presentado por Solano *et al.* (2018), el porcentaje de niños anémicos era más en familias de más de 4 personas (49). Este factor, también se relaciona directamente con el factor “tipo de familia” de nuestro cuestionario, donde sale que si existe relación entre la presentación de anemia y las familias extendidas (se denota mayor cantidad de personas dentro de la familia)

6.2.7. Asociación de la cantidad de hijos en el hogar con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

En la tabla 5.17 podemos se puede confirmar que existe asociación del factor cantidad de hijos en el hogar con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad. También se puede observar que la mayor cantidad de niños anémicos podemos encontrar en el grupo de dos hijos en el hogar (19%). En el trabajo de Sobrino *et al.* (2014), este dato es similar al presentado por nosotros: la cantidad de dos hijos o más se relaciona a la presentación de anemia en niños (50).

6.2.8. Asociación de control CRED con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

El control CRED parece ser un determinante en la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses (tabla 5.18) ($p < 0.05$). Las frecuencias halladas se relacionan más entre los niños anémicos con la ausencia de su control CRED (22.6%). En el trabajo presentado por Pajuelo, Miranda y Zamora (2015) pudieron encontrar datos por debajo del que encontramos (12.8%) en su población anémica y no asiste al control CRED y tampoco pudo hallar que estas variables se relacionaban, pero la población que no lleva a su niño infante a su control es mayor que el grupo que si lleva, aunque no se halle diferencia significativa (51). La ausencia de la cobertura o deficiente práctica de llevar al infante a su control CRED influye en el índice de anemia y de otros problemas de salud (52)

6.2.9. Asociación de antecedente de anemia con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

Según nuestros resultados se observa que los niños de 6 a 36 meses de edad pueden (muy probablemente) volver a tener anemia (tabla 5.19). Estos datos asocian como factor determinante al antecedente de haber presentado anemia ($p < 0.05$).

6.2.10. Asociación del tipo de dieta alimentaria con la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.

Se encontró que el tipo de dieta que reciben los niños de 6 a 36 meses está asociada a la presentación de anemia. Donde, los alimentos de mayor concentración de carbohidratos (energéticos) fueron los más consumidos por los niños anémicos y las dietas más completas (aporte de carbohidratos y proteínas) fueron mayores en el grupo no anémico. La malnutrición en niños es una de las causas por llevar una dieta desequilibrada, es decir que en su dieta falta uno o varios de los nutrientes necesarios para desarrollarse (53). En el trabajo de Santos, Wahib y Cardoso (2018) explican que las prácticas inadecuadas de alimentación son una de los principales factores

predictores de anemia en los niños (17), estos dos trabajos se asemejan a los resultados encontrados, ya que el grupo anémico fue mayor en dietas desequilibradas (dieta de carbohidratos). Según Olivares y Walter (2004) nos explica que la anemia en la infancia es más habitual por el déficit de hierro en la dieta, más aún en la temporada de lactancia (54).

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- a. Se pudo determinar que existe tres factores sociales y tres factores culturales de las madres que se asocian significativamente ($p<0.05$) a la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses del centro de salud Huancarama.
- b. Se determinó las estadísticas descriptivas de los factores sociales y culturales de las madres que tienen niños con anemia. Resaltamos que el 45.2% de estos niños anémicos viven en familias tipo extendidas; el 52.3% de niños anémicos tienen familias compuestas de 4 a 5 personas y 73.8% de familias con niños anémicos tiene más de dos hijos; también se determinó que el 45.2% de las mamás no llevan a sus hijos con anemia a sus controles CRED; se identificó que 66.7% de los niños anémicos pasaron por cuadros anémicos (anteriormente) y el tipo de dieta que lleva el 50% de niños anémicos es a base de fuentes de carbohidratos.
- c. Se correlacionó la presentación de anemia en niños de 6 a 36 meses con lo factores sociales y culturales de las madres en el centro de salud Huancarama y gracias a la prueba de Chi cuadrado se pudo identificar los factores como: tipo de familia, la cantidad de personas presentes en el hogar, la cantidad de hijos que tiene la madre, la responsabilidad de la madre a llevar a su hijo al control CRED, el niño presentó antecedentes de anemia y el tipo de dieta que tiene el niño(a). Estos factores sociales y culturales resultaron tener asociación significativa ($p<0.05$)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lazarte CE, Soto A, Alvarez L, Bergenståhl B, Medrano N, Granfeldt Y. Nutritional Status of Children with Intestinal. *Food and Nutrition Sciences*. 2015 March; 6: p. 399-411.
2. Lazarte y-Avalos AG. Factores relacionados a la no adherencia del consumo de multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del centro de salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis-2016. Tesis maestría. Huanuco: Universidad de Huánuco, Escuela de postgrado; 2017 February.
3. Male C, Persson LA, Freeman V, Guerra A, Van't Hof MA, Haschke F. Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study). *Acta paediatrica*. 2001; 90(5): p. 492-498.
4. Cardero Reyes Y, Sarmiento Gonzales R, Selva Capdesuñer A. Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención. *Medisan*. 2009 agosto; 13(6): p. 1-13.
5. Alvarez Ballano D, Barragan Angulo A, Gracia Ruiz M, Chena Alejandro JA. Anemia y hematocromatosis, dieta controlada en hierro De Luis Roman DA, Bellido Guerrero D, García Luna P, editors. Madrid: Diaz de Santos Albansanz; 2012.
6. Brotanek JM, Gosz J, Weitzman M, Flores G. Iron Deficiency in Early Childhood in the United States: Risk Factors and Racial/Ethnic Disparities. *PEDIATRICS*. 2007; 120(3): p. 568-575.
7. OMS. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 de Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M, editors. Spain: World Health Organization; 2008.
8. Zhang X, He , Xie , Ji , Ma X, Yu. Distribution of hemoglobin and prevalence of anemia in 10 ethnic minorities in China. *Medicine*. 2017 November; 96(50).
9. Osório MM, Lira PIC, Batista-Filho M. Prevalence of anemia in children 6–59 months old in the state of Pernambuco, Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2001 may; 10(2): p. 101-107.
10. Zavaleta N. Anemia infantil: retos y oportunidades al 2021. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017 diciembre; 34(4): p. 588-589.
11. GR-Apurimac. Análisis de la situación de Salud Apurímac. Informe. Abancay: Gobierno Regional de Apurimac, Apurímac; 2017.
12. Arroyo Laguna J. Hacia un Perú sin anemia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017 diciembre; 34(4): p. 586-587.

13. Carire Ccarhuas I, Figueroa Salazar A. Características socioculturales asociados a aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 – 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho. Tesis. Abancay: Universidad Tecnológica de los Andes, Apurímac; 2017.
14. Oliveira MAA, Osório MM, Raposo MCF. Socioeconomic and dietary risk factors for anemia in children aged 6 to 59 months. *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83(1): p. 39-46.
15. Lopez MA, White Jr C, Cabada MM. Burden of *Fasciola hepatica* Infection among Children from Paucartambo in Cusco, Peru. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2012; 86(3): p. 481-485.
16. Mantadakis E, Chatzimichael , Zikidou P. Iron Deficiency Anemia in Children Residing in High and Low-Income Countries: Risk Factors, Prevention, Diagnosis and Therapy. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2020 julio; 12(1).
17. Santos da Silva LL, Wahib Fawzi W, Augusto Cardoso M. Factors associated with anemia in young children in Brazil. *PLoS ONE*. 2018 septiembre; 13(9).
18. Bermeo Sanmartin DN, Ramírez Castillo MG. Factores que inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes Chis Paz, en cuidadoras de niños menores de 3 años, del centro de salud Santa Anita, en el Centro Infantil del Buen Vivir “Nuevos Horizontes El Condado”, en la ciudad de Quito. Tesis de licenciado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de ciencias médicas; 2017.
19. Mohammed Ismail I, kahkashan A, Antony A, Sobhith V. Role of socio-demographic and cultural factors on anemia in a tribal population of North Kerala, India. *Int J Community Med Public Health*. 2016 Mayo; 3(5): p. 1183-1188.
20. Mayca Perez J, Medina Ibañez A, Velasquez Hurtado JE, Llanos Zavalaga LF. Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajún y Wampis, PERÚ. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017 septiembre; 34(3): p. 414-422.
21. Velasquez Hurtado JE, Rodriguez Y, Gonzales M, Astete Robilliard L, Loyola Romaní J, Vigo WE, et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica*. 2016 Septiembre; 36: p. 220-229.
22. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos , Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2011 octubre; 8(4): p. 16-23.

23. Moctezuma Pérez S. Una aproximación a las sociedades rurales de México desde el concepto de aprendizaje Vicario. *Rev LiminaR*. 2017 diciembre; 15(2): p. 169-178.
24. Feather NT, Newton JW. Values, expectations, and the prediction of social action: an expectancy-valence analysis. *Motivation and emotion*. 1982; 6(3).
25. Moreira VF, López San Román A. Anemia ferropénica. Tratamiento. *Rev ESP enferm dig*. 2009; 101(1): p. 1-70.
26. Coronado Escobar ZY. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. Tesis de licenciado. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la salud; 2014.
27. De la Cruz Góngora V, Villalpaldo S, Rebollar R, Shamah Levy T, Méndez Gómez I. Nutritional causes of anemia in Mexican children under 5 years. Results from the 2006 National Health and Nutrition Survey. *Salud Publica Mex*. 2012 January; 54(2): p. 108-115.
28. Diaz Pareja EM. El factor actitudinal en la atención a la diversidad. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*. 2002; 6(2): p. 151-165.
29. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(2).
30. Gonzales Urrutia R. Biodisponibilidad del hierro. *Rev. costarric. salud pública*. 2005; 14(26): p. 1409-1429.
31. Chang Calderón CL. 034'FACT'ORES DETERMINANTES CON LA ANEMIA FERROPENICA EN NINOS DE 6 A 36 MESES QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CATALINA HUANCA, EL AGUSTINO 2016. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2016.
32. Peñuela OA. Hemoglobina: una molécula modelo para el investigador. *Colomb Med*. 2005 junio; 36(3): p. 215-225.
33. Gonzales Jiménez R, Leon Larios F, Lomas Campos M, Jesús Albar M. Factores socioculturales determinantes de los hábitos alimentarios de una escuela -jardín en Perú: estudio cualitativo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 agosto; 33(4): p. 700-705.
34. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. cub. salud pública*. 2004 abril; 30(4).
35. Huaman Espino L, Aparco JP, Nuñez Robles E, Gonzales E, Pillaca J, Mayta Tristán P. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una

intervención poblacional en Apurímac, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2012 agosto; 29(3): p. 214-323.

36. Tejada Cifuentes F. Hepatotoxicidad por fármacos. Rev clin med fam. 2010 marzo; 3(3): p. 177-191.
37. Fajardo Gutierrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Rev Alerg Mex. 2017 enero; 64(1): p. 109-120.
38. Colls Garrido C, Gomez Urquiza L, Cañadas De la Fuente GA, Fernandez Castillo R. Uso, efectos y conocimientos de los suplementos nutricionales para el deporte en estudiantes universitarios. Nutr Hosp. 2015 mayo; 32(2): p. 837-844.
39. García García JA, Rending Bernal A, López Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Inv Ed Med. 2013 agosto; 2(8): p. 217-224.
40. Ramos Chagoya E. Métodos y técnicas de investigación. GestioPolis. 2016 julio; 16(8).
41. Urquidi C, Vera A. C, Trujillo B. N, Mejía S. H. Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 24 meses de edad de tres Centros de Salud de la ciudad de La Paz. Rev Chil Pediatr. 2008 noviembre; 79(3): p. 327-331.
42. MINSA. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Norma técnica NTS.137-MINSA/2017/DGIESP. Ministerio de salud; 2017.
43. Del-Carpio Alvarado DB, Quico Casani SY. Factores sociales y conocimientos en madres de niños con anemia de 6 a 36 meses CS: Semi rural Pachacutec y CS. Nueva Alborada. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Nacional De San Agustín de Arequipa, Facultad de Enfermería; 2019.
44. Ouzennou N, Amor H, Baali A. Socio-economic, cultural and demographic profile of a group of Moroccan anaemic pregnant women. Afr Health Sci. 2019 Sep; 19(3): p. 2654-2659.
45. Chandran V, Kirby RS. An Analysis of Maternal, Social and Household Factors Associated with Childhood Anemia. Int J Environ Res Public Health. 2021 March; 18(6): p. 3105.
46. Adamu A, Crampin , Kayuni N, Amberbir , Koole , Phiri A, et al. Prevalence and risk factors for anemia severity and type in Malawian men and women: urban and rural differences. Popul Health Metr. 2017 Mar; 15(12): p. 128-132.

47. Soncco M, Brousett M, Pumacahua A. Impacto de un programa educativo incluyendo un pan fortificado para reducir los niveles de anemia en niños escolares de Yocará, Puno –Perú. *Journal of High Andean Research*. 2018 mar; 20(1): p. 73-84.
48. Sadeghian M, Fatourehchi A, Lesanpezeshki M, Ahmadnezhad E. Prevalence of Anemia and Correlated Factors in the Reproductive Age Women in Rural Areas of Tabas. *J Family Reprod Health*. 2012 Sep; 7(3): p. 139-144.
49. Solano Barquero M, Mora Mora AM, Santamaría Ulloa C, Marín Arias L, Granados Zamora M, Reyes Lizano L. Deficiencias nutricionales y anemia en niñas y niños preescolares de Costa Rica en el periodo 2014-2016. *PSM*. 2018 Dic; 16(1): p. 324-347.
50. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha A, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(2): p. 104-112.
51. Pajuelo , Miranda M, Zamora R. PREVALENCIA DE DEFICIENCIA DE VITAMINA A Y ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE PERÚ. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015 abr; 32(2): p. 245-251.
52. Gonzales E, Huaman L, Aparco J, Pillaca J, Gutierrez C. FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE AMAZONAS, LORETO Y PASCO. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Mar; 33(2): p. 224-232.
53. Reyes Narvaez SE, Contreras Contreras AM, Oyola Canto MS. Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. *Rev. investig. Altoandin*. 2019 Jul; 21(3): p. 205-2014.
54. Olivares M, Walter T. Causas y consecuencias de la deficiencia de hierro. *Rev. Nutr*. 2004 Mar; 17(1).

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CUESTIONARIO DE LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES
ASOCIADOS A LA ANEMIA EN NIÑOS DE SEIS A 36 MESES”**

INSTRUCCIONES

Estimado(a) encuestado(a), la presente ficha de evaluación forma parte del estudio orientado a obtener información sobre los factores asociados a la anemia en niños de seis a 36 meses, por lo tanto, responda honestamente las siguientes preguntas.

Encierre con un círculo las respuestas que indique la encuestada.

1. DATOS GENERALES.

- a. N° de encuesta: ____
- b. Nombre de la madre: _____
- c. Dirección de domicilio: _____
- d. Localidad _____, Huancarama, Andahuaylas – Apurímac.
- e. Nombre del encuestador: _____
- f. Fecha (hoy): ____/____/____
- g. Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____

2. FACTOR SOCIAL.

2.1. Tipo de familia

- () Nuclear (papa, mama e hijo)
- () Monoparental (mama e hijo(a) o papa e hijo(a))
- () Extendida (papa, mama, hijos, tíos, primos y abuelos)
- () Reconstruida (papa o mama, nueva pareja más hijo o hija)
- () Ampliada (hijos y ambos padres cada uno con sus nuevas parejas)
- () Equivalente familiar (padres que adoptan un hijo)

2.2. ¿Cuál es su edad (edad de la madre)?

6.2.10.1.1. 12 a 17

6.2.10.1.2. 18 a 24

6.2.10.1.3. 25 a 64

2.3. ¿Cuál es su estado civil?

6.2.10.1.3.1.1.1. Soltera

6.2.10.1.3.1.1.2. Conviviente

6.2.10.1.3.1.1.3. Casada

6.2.10.1.3.1.1.4. Viuda

6.2.10.1.3.1.1.5. Divorciada

2.4. ¿Qué ocupación tiene usted?

- a. Ama de casa
- b. Estudiante
- c. Agricultor
- d. Comerciante
- e. Trabaja para alguna entidad

2.5. ¿Cuánto es su ingreso económico por mes?

- a. < 700 soles
- b. 701 a 1000 soles
- c. 1001 a 1500 soles
- d. > 1500 soles

2.6. Grado de instrucción de la madre

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior técnico
- e. Superior universitario

2.7. Grado de instrucción del padre

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior técnico
- e. Superior universitario

2.8. ¿Cuántas personas viven en el hogar?

- a. 1 a 3 personas
- b. 4 a 5 personas
- c. Más de 6 personas

2.9. ¿Cuántos hijos tiene?

- a. Uno
 - b. Dos
 - c. Tres
 - d. Más de tres
- 2.10. ¿Cumple con traer a su último hijo a su control CRED en el centro de salud?
- a. Si
 - b. No
- 2.11. ¿Su último hijo presenta retraso en el crecimiento?
- a. Si
 - b. No
- 2.12. ¿En los últimos seis meses ha desparasitado a su hijo (a)?
- a. Si
 - b. No
- 2.13. ¿Su hijo (a) tiene antecedentes de anemia?
- a. Si
 - b. No registra
- 2.14. ¿Qué tipo de agua consume su familia?
- a. Agua tratada (>5 ppm de hipoclorito)
 - b. Agua no tratada (<5ppm de hipoclorito)

3. FACTORES CULTURALES.

- 3.1. ¿Usted fuma?
- a. Si
 - b. No
- 3.2. ¿Cuántas veces su hijo o hija menor de tres años come sus alimentos?
- a. Una vez al día
 - b. Dos veces al día
 - c. Tres veces al día
 - d. Cuatro veces al día
 - e. Cinco veces al día
- 3.3. ¿Qué dieta alimenticia mantiene a la semana?
- a. Dieta a base de carbohidratos
 - b. Combina insumos proteicos y carbohidratos

- c. Incluye ensalada en la dieta b.
- d. Alternativa a y ensalada

FIN

Muchas gracias por su participación.

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sr(a),
identificada con DNI. N°. madre del
niño..... de.....
edad del Centro de Salud de Huancarama, estoy de acuerdo en participar en la
investigación titulada “FACTORES SOCIALES Y CULTURALES ASOCIADOS A
LA ANEMIA EN NIÑOS DE SEIS A 36 MESES EN EL CENTRO DE SALUD
HUANCARAMA; APURÍMAC, 2021”.

Se me ha explicado minuciosamente el trabajo de investigación, así como los
objetivos y procedimientos del estudio, por lo cual acepto la divulgación de mis
datos exclusivamente para el trabajo de investigación como también para su
publicación.

Procedimientos: Para el desarrollo del tema de investigación se realizará una
encuesta que durará aproximadamente 20 minutos y se utilizará un cuestionario
donde se recolectará la información brindada. No existe ninguna consecuencia
desfavorable para su niño, en caso de no aceptar la invitación. La encuesta no
tiene ningún costo.

Mi participación es totalmente voluntaria y en señal de ello firmo este documento
y autorizo me incluya.

Sr(a).....

DNI.....



ANEXO 3. TABLAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS DE LAS ENCUESTAS

Tabla de codificación de las respuestas de cada pregunta para su procesamiento en Microsoft Excel 2016.

<i>Pregunta n</i>	<i>Código</i>
<i>Alternativa (a)</i>	1
<i>Alternativa (b)</i>	2
<i>Alternativa (c)</i>	3
<i>Alternativa (d)</i>	4
<i>Alternativa (e)</i>	5

Tabla de Plantilla para plasmar las respuestas por cada encuesta

	<i>Pregunta a</i>	<i>Pregunta b</i>	<i>Pregunta (n-1)</i>	<i>Pregunta n</i>
<i>Encuesta 1</i>				
<i>Encuesta 2</i>				
<i>Encuesta 3</i>				
<i>Encuesta (n-1)</i>				
<i>Encuesta n</i>				

Tabla de Formato para el recuento de respuestas de todas las encuestas (con fórmula)

	<i>Total, de encuestas</i>				
	Recuento alternativa 1 (i)	Recuento alternativa 2 (ii)	Recuento alternativa 3 (iii)	Recuento alternativa 4 (iv)	Recuento alternativa 5 (v)
<i>Pregunta a</i>	=CONTAR.SI.CONJUNTO(Conjunto;Código de alternativa)				
<i>Pregunta b</i>					
<i>Pregunta c</i>					
<i>Pregunta (n-1)</i>					
<i>Pregunta n</i>					
<i>Total</i>	=SUMA (toda la columna)				

ANEXO 4. Tabla de análisis descriptivo y bivariados de las características sociales y culturales asociadas a la anemia en niños de 6 a 36 meses.

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORÍA	ANÉMICO (%)	NO ANÉMICO (%)	TOTAL (%)	Chi- CUADRADO (χ^2)	Valor p ($p < 0.05$)	V de Cramer
Factores sociales y culturales	Tipo de familia	Nuclear	11 (13.1%)	24 (28.6%)	35 (41.7%)	8.51	0.03	0.32
		Monoparental	11 (13.1%)	7 (8.3%)	18 (21.4%)			
		Extendida	19 (22.6%)	10 (11.9%)	29 (34.5%)			
		Reconstruida	1 (1.2%)	1 (1.2%)	2 (2.4%)			
	Edad de la madre	Adolescente (12 a 17)	3 (3.6%)	6 (7.1%)	9 (10.7%)	1.19	0.55	--
		Joven (18 a 24)	14 (16.7%)	14 (16.7%)	28 (33.3%)			
		Adulto (25 a 64)	25 (29.8%)	22 (26.2%)	47 (56%)			
	Estado civil	Soltera	5 (6.0%)	8 (9.5%)	13 (15.5%)	3.60	0.46	--
		Conviviente	20 (23.8%)	17 (20.2%)	37 (44.0%)			
		Casada	14 (16.7%)	10 (11.9%)	24 (28.6%)			
		Viuda	1 (1.2%)	4 (4.8%)	5 (6.0%)			
		Divorciada	2 (2.4%)	3 (3.6%)	5 (6.0%)			
	Ocupación	Ama de casa	16 (19%)	11 (13.1%)	27 (32.1%)	4.18	0.38	--
		Estudiante	3 (3.6%)	9 (10.7%)	12 (14.3%)			
		Agricultor	12 (14.3%)	13 (15.5%)	25 (29.8%)			
		Comerciante	7 (8.3%)	6 (7.1%)	13 (15.5%)			
		Dependiente	4 (4.8%)	3 (3.6%)	7 (8.3%)			
	Ingreso económico	<700 soles	2 (2.4%)	7 (8.3%)	9 (10.7%)	3.78	0.28	--
		701 a 1000 soles	18 (21.4%)	18 (21.4%)	36 (42.9%)			
		1001 a 1500 soles	15 (17.9%)	10 (11.9%)	25 (29.8%)			
>1500 soles		7 (8.3%)	7 (8.3%)	14 (16.7%)				
Educación (grado de instrucción) de la madre	Ninguno	3 (3.6%)	4 (4.8%)	7 (8.3%)	6.59	0.16	--	
	Primaria	12 (14.3%)	4 (4.8%)	16 (19.0%)				
	Secundaria	20 (23.8%)	25 (29.8%)	45 (53.6%)				
	Superior técnico	6 (7.1%)	5 (6.0%)	11 (13.1%)				
	Superior universitario	1 (1.2%)	4 (4.8%)	5 (6.0%)				
Educación (grado de instrucción) del padre	Ninguno	1 (1.2%)	6 (7.1%)	7 (8.3%)	5.38	0.25	--	
	Primaria	7 (8.3%)	3 (3.6%)	10 (11.9%)				
	Secundaria	30 (35.7%)	28 (33.3%)	58 (69.0%)				
	Superior técnico	3 (3.6%)	4 (4.8%)	7 (8.3%)				
	Superior universitario	1 (1.2%)	1 (1.2%)	2 (2.4%)				
Personas en el hogar	1 a 3 personas	13 (15.5%)	20 (23.8%)	33 (39.3%)	8.74	0.01	0.32	
	4 a 5 personas	22 (26.2%)	9 (10.7%)	31 (36.9%)				
	> 6 personas	7 (8.3%)	13 (15.5%)	20 (23.8%)				
Hermanos de la madre	Uno	7 (8.3%)	1 (1.2%)	8 (9.5%)	5.00	0.17	--	
	Dos	6 (7.1%)	7 (8.3%)	13 (15.5%)				
	Tres	10 (11.9%)	11 (13.1%)	21 (25.0%)				

	Más de tres	19 (22.6%)	23 (27.4%)	42 (50.0%)			
Cantidad de hijos	Uno	11 (13.1%)	20 (23.8%)	31 (36.9%)	9.71	0.02	0.34
	Dos	16 (19.0%)	15 (17.9%)	31 (36.9%)			
	Tres	8 (9.5%)	7 (8.3%)	15 (17.9%)			
	Más de tres	7 (8.3%)	0	7 (8.3%)			
Enfermedades en la familia	Si	6 (7.1%)	11 (13.1%)	17 (20.2%)	1.84	0.17	--
	No	36 (42.9%)	31 (36.9%)	67 (79.8%)			
Edad del hijo	Años						
Control en el CCSS	Si	23 (27.4%)	33 (39.3%)	56 (66.7%)	5.35	0.02	0.25
	No	19 (22.6%)	9 (10.7%)	28 (33.3%)			
Retraso en crecimiento	Si	9 (10.7%)	5 (6.0%)	14 (16.7%)	1.37	0.24	--
	No	33 (39.3%)	37 (44.0%)	70 (83.3%)			
Desparasitación	Si	17 (20.2%)	19 (22.6%)	36 (42.9%)	0.19	0.65	--
	No	25 (29.8%)	23 (27.4%)	48 (57.1%)			
Enfermedad en el hijo	Si	7 (8.3%)	6 (7.1%)	13 (15.5%)	0.09	0.76	--
	No	35 (41.7%)	36 (42.9%)	71 (84.5%)			
Antecedentes de anemia en el hijo	Si	28 (33.3%)	9 (10.7%)	37 (44.0%)	17.43	0.00	0.45
	No	14 (16.7%)	33 (39.3%)	47 (56.0%)			
Tipo de agua domiciliaria	Agua tratada	26 (31.0%)	32 (38.1%)	58 (69%)	2.00	0.15	--
	Agua no tratada	16 (19.0%)	10 (11.9%)	26 (31%)			
Fuma	Si	6 (7.1%)	5 (6.0%)	11 (13.1%)	0.10	0.74	--
	No	36 (42.9%)	37 (44.0%)	73 (86.9%)			
Frecuencia de comida	Dos veces	3 (3.6%)	1 (1.2%)	4 (4.8%)	2.79	0.42	--
	Tres veces	17 (20.2%)	15 (17.9%)	32 (38.1%)			
	Cuatro veces	9 (10.7%)	15 (17.9%)	24 (28.6%)			
	Cinco veces	13 (15.5%)	11 (13.1%)	24 (28.6%)			
Dieta alimenticia	*Carbohidratos	21 (25.0%)	14 (16.7%)	35 (41.7%)	7.96	0.04	0.30
	*Proteínas y carbohidratos	17 (20.2%)	23 (27.4%)	40 (47.6%)			
	*Incluye ensalada en la dieta b	1 (1.2%)	5 (6.0%)	6 (7.1%)			
	*Carbohidratos y ensalada	3 (3.6%)	0	3 (3.6%)			

