



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**FACTORES SOCIALES DE LAS MADRES Y SU
RELACIÓN CON LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 MESES
A 3 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
YANAHUAYA, SANDIA - 2012**

PRESENTADO POR:

MARILU LOURDES CAHUAPAZA LIPA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO Y**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL NIÑO

PUNO - PERÚ

2014



MARILU LOURDES CAHUAPAZA LIPA

FACTORES SOCIALES DE LAS MADRES Y SU RELACIÓN CON LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS ATENDIDOS

My Files

My Files

Universidad Nacional del Altiplano

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::8254:410933304

Fecha de entrega

1 dic 2024, 9:10 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

1 dic 2024, 9:50 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

FACTORES SOCIALES DE LAS MADRES Y SU RELACION CON LA ANEMIA repositorio.docx

Tamaño de archivo

9.5 MB

73 Páginas

11,750 Palabras

60,071 Caracteres



17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 15% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

- Texto oculto**
8 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.





DEDICATORIA

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio y lograr mis objetivos para la conclusión de esta tesis.

A mis padres.

A pesar de nuestras distancias físicas siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ustedes como lo es para mí.

A mis maestros.

Dra. Rosa Pilco Vargas por su gran apoyo y motivación para la culminación de mi estudio profesional y para la elaboración de esta tesis; a la Dra. Silvia Cruz Colca por su apoyo incondicional en este trabajo.

Marilu Lourdes Cahuapaza Lipa



AGRADECIMIENTO

A Dios, por acompañarme todos los días, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Marilu Lourdes Cahuapaza Lipa



INDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.2.1. Hipótesis general:	14
1.2.2. Hipótesis específicas:	14
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivo Específicos.....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	15

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES.....	17
2.2. MARCO TEÓRICO.....	21
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	32



CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO	40
3.2. TIEMPO DE DURACIÓN DEL ESTUDIO.....	40
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	40
3.4. MÉTODO.....	43
3.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.6. VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACION	44
3.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	45

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	46
V.CONCLUSIONES.	56
VI. RECOMENDACIONES	57
VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	59
ANEXOS	63

Área: Ciencias Médicas y de Salud: Ciencias de la Salud

Tema: Factores sociales de las madres y su relación con la anemia

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 23 de octubre del 2014



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociales de madres y su relación con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud yanahuaya, sandia - puno 2012.....	46
Tabla 2. Edad de la madre según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años. Centro de salud yanahuaya, sandia,puno 2012.....	48
Tabla 3. Grado de instrucción de la madre según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años centro de salud yanahuaya,.....	50
Tabla 4. Ocupación de la madre según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años centro de salud yanahuaya.....	52
Tabla 5. Integrantes de la familia según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años centro de salud yanahuaya, sandia puno 2012.....	54



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de la madre según anemia, Yanahuaya 2012	48
Figura 2. Grado de instrucción según anemia, Sandia 2015.....	50
Figura 3. Ocupación de la madre según anemia, Sandia 2012.	52
Figura 4. Integrantes de la familia segun anemia	54



RESUMEN

Este trabajo se realizó sobre la ausencia de hierro en la sangre como el principal impulsor de la debilidad de la vida joven, y según el Establecimiento Público de Bienestar (INS) en su informe de 2012 y 2013 presume que aproximadamente, la mitad de los niños menores de 3 años experimentan los efectos nocivos de la fragilidad juvenil suave en la división de Puno, enfermedad que en general es tratada con una rutina alimenticia dirigida a ampliar la utilización de variedades de alimentos ricos en hierro, como la carne, y a construir su retención uniéndolo con productos naturales abundantes en ácido L-ascórbico, ya que para una mejor retención del hierro, éste necesita de estos suplementos fundamentales durante el tiempo que dura un procesamiento similar. Las mejoras de hierro se demuestran además, bajo vigilancia clínica, cuando la palidez no es suave. El objetivo era: Decidir las variables sociales de las madres y su relación con la palidez en niños de medio año a 3 años atendidos en el Centro de Bienestar Yanahuaya, Sandia - Puno 2012. Sistema: La revisión fue hechiza y de carácter correlacional, en un muestreo de 110 niños y en los resultados: se obtuvo que los factores sociales relacionados fueron la edad de la madre, la edad del niño, el grado de instrucción, la ocupación de la madre y los integrantes de la familia; según el nivel de anemia en niños de 6 meses a 3 años, el 80.91% (89) tuvieron anemia leve, 19.09% (21) tuvieron anemia moderada.

Palabras clave: Factores sociales, Anemia en niños.



ABSTRACT

This work was done about the lack of iron in the blood as a major cause of childhood anemia, according to the National Institute of Health report of 2012 and 2013 concluded that approximately 50% of children under 3 years old child suffering from anemia in the department of Puno, a condition that is usually treated with a diet designed to increase consumption of iron-rich foods such as meat, and increase its absorption by combining it with fruits rich in vitamin C, and that for iron absorb better, needs vitamin C in the same digestion. Iron supplements are also indicated, under medical supervision, when anemia is not mild. The objective was: To determine the social factors of mothers and their relation to anemia in children 6 months to 3 years who presented to the Health Center Yanahuaya, Sandia - Puno 2012 Methodology: The study was descriptive and correlational in a sample of 110 children. Results: Social factors include age of the mother, the child's age, level of education, occupation of the mother, the family members; Depending on the level of anemia in children 6 months to 3 years, 80.91% (89) had mild anemia, 19.09% (21) had moderate anemia.

Keywords: Social factors, anemia in children



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Ante la problemática mundial de la ausencia del consumo de ciertos micro nutrientes (especialmente el hierro) como causa de la anemia y otros trastornos nutricionales, Entusiasmado por crear y ejecutar respuestas para el hambre enterrada, el Micronutrient Supplementation The executives Drive trabaja en asociación con los estados, el área confidencial y las asociaciones de la sociedad común para resolver este difícil problema que influye en el 33% de la población total¹

El hierro es un micronutriente crítico para las personas, ya que está involucrado con una excepcional variedad de ciclos regulares, como la eritropoyesis, donde se asocia con los patrones de división celular y la restricción de la hemoglobina. Asimismo, es fundamental para el funcionamiento genuino de diversas mezclas, por lo que la deficiencia de este suplemento puede provocar y debilitar muchas capacidades metabólicas, incluida la reacción segura.²

La palidez por falta de hierro es la segunda razón más normal de palidez saludable y se debe a dietas carentes de folatos otros micronutrientes que podrían ir sobre como especialistas etiológicos de la deficiencia de hierro, como el nutriente B₁₂ y vitamina A.³

Por lo tanto, La falta de hierro es una afección médica asombrosamente ineludible y la justificación más generalmente percibida detrás de la enfermedad en todo el mundo, que influye en dos mil millones de individuos, la gran mayoría de los cuales

¹ Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud LIMA. 2010.

² Andelman MB, Sered BR. Utilization of dietary iron by term infants. Am J Dis Child 2003; 111: 45- 55



son frágiles. Los grupos generalmente más vulnerables a la falta de hierro son las mujeres en edad fértil, los estudiantes pre jóvenes y los mayores. En los niños menores de tres años, la carencia de hierro se debe en gran medida a una admisión desafortunada, a la escasa presencia de hierro en la dieta diaria y a las mayores necesidades de hierro debido al rápido desarrollo del niño durante los dos primeros años de vida. ⁴

Los factores sociales, por ejemplo, la edad, el nivel de formación, la ocupación y los familiares comprometen las reservas de hierro (Fe). El tipo La forma más grave de deficiencia de hierro es la fragilidad, y cuando ésta es moderada o extrema, se asocia a un aumento de la mortalidad y de la indefensión ante la contaminación, a una disminución del aprendizaje y de la capacidad de aprendizaje, y a una reducción de la capacidad de ejecución real, entre otros; en la medida que se reconozcan, podrán elaborarse protocolos de atención y seguimiento. ⁵

Este trabajo se desarrollo porque la anemia es un problema drástico en la población infantil, según el instituto nacional de salud de cada 10 niños menores de 3 años de edad 8 tienen anemia, siendo diversos los factores que la desencadenan, este trabajo nos permitirá identificar a los niños con este problema para su intervención y recuperación oportuna.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociales de las madres y la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012?



1.2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Hipótesis general:

- Los factores sociales de las madres están relacionados con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

1.2.2. Hipótesis específicas:

- Los factores sociales de la madre según la edad están relacionados con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.
- Los factores sociales de la madre según el grado de instrucción están relacionados con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.
- Los factores sociales de la madre según la ocupación están relacionados con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.
- Los factores sociales de la madre según los integrantes del núcleo familiar están relacionados con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General



- Determinar los factores sociales de las madres y su relación con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

1.3.2. Objetivo Específicos

- Identificar los factores sociales de la madre según la edad relacionado con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2024.
- Identificar los factores sociales de la madre según el grado de instrucción relacionado con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.
- Identificar los factores sociales de la madre según la ocupación relacionado con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.
- Identificar los aspectos sociales de la madre según el estado civil de la madre estos están relacionados con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En el presente estudio de gran importancia porque, surge la necesidad de conocer el estado actual de la anemia de niños de 6 meses a 3 años en el Centro de Salud de Yanahuaya en base a áreas de investigación, tipo de estudio y ubicación del estudio.

Por consiguiente, se ha investigado los factores sociales de la madre y la anemia cuyo resultado constituirá también información importante a las autoridades del MINSA



y los profesionales de salud en general por lo que pueden establecer técnicas dirigidas a rectificar o hacer otra conciencia en la población y de la misma manera las actividades clínicas de enfermería que se realizan actualmente durante la consideración del paciente menor portador de anemia.

Por otra parte, gracias a este estudio se obtendrá una base de datos de los factores sociales de madres y su relación con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, así mismo nos permitió ordenar los diferentes criterios, mantener la información actualizada y corregir los errores, contribuyendo esto a la acreditación.



CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

A NIVEL MUNDIAL

OMS – UNICEF. 2004. La anemia en el planeta, y que alrededor de la mitad de los casos pueden atribuirse a una insuficiencia de la prensa. Existen datos registrados sobre las repercusiones más sensacionales en el bienestar, por ejemplo, el mayor riesgo de mortalidad materna y neonatal debido a la extrema debilidad. Además, los desafortunados resultados de la falta de hierro en la mejora mental y real de los niños y la eficiencia laboral de los adultos son muy preocupantes. Del mismo modo, la alta frecuencia de palidez en pacientes cuidadosos podría aumentar el riesgo de tristeza y mortalidad postoperatoria.

Natalia Rybak, Fundación LACMAT- Buenos Aires. 2004. En su investigación retrata los exámenes clínicos de urgencia, oscilan entre el 1% y la mitad. Estos enormes contrastes en el riesgo estaban relacionados en su mayor parte con los contrastes en la consideración obstétrica que cualquiera podría esperar encontrar a las señoras que viven en regiones con falta de consultorios prenatales y obstétricos. de 3,51 (IC 95% 2,05-6,00). En el caso de los niños, aunque la mortalidad aumentó con la fragilidad (50 g/L), la prueba del aumento del riesgo relacionado con la debilidad menos grave era incierta. Un examen de la resistencia de los bebés en Malawi mostró que suponiendo que la Hb disminuyera. Pruebas de diversas investigaciones recomiendan que la mortalidad por fragilidad extrema de la fiebre de la selva es mayor que la mortalidad por falta de palidez de hierro.



La anticipación esencial de la palidez de la fiebre de la selva y la debilidad dietética en niños pequeños podría provocar disminuciones en la mortalidad juvenil.

A NIVEL NACIONAL

José Rosales Vargas, 2002 en Una evaluación realizada por el Servicio de Bienestar y UNICEF tras el sismo del 15 de agosto del año pasado en las zonas de Chíncha, Pisco e Ica, reveló que la deficiencia de hierro alimentario afecta al 47% de la población menor de tres años de estas regiones. Esta condición afecta negativamente su desarrollo y superación, lo que se convierte en baja eficiencia y trabajo activo, así como su fijación psicológica.

ENDES PERÚ 2005, refiere sobre El predominio encontrado en Perú fue de 42.2%, la cantidad de niños contemplados fue de 2552 entre los 3 y 71 meses de edad. Del número absoluto de pequeños débiles encontrados, el 22,5% presentaba una morbilidad moderada y el 19,7% una carencia extrema de hierro. Cuando se desglosa por espacios, la omnipresencia más notable se rastreó en los páramos altos con un 70,2% y el menor predominio en los páramos altos del norte con un 33,7%, con diferentes zonas dentro de estas cualidades. Con todo, se podría decir que la palidez tiene un patrón epidemiológico decreciente, que se convierte en una reducción de 10,6 focos en algún punto del rango de 1996 y 2005. Este descenso se ha visto significativamente más respaldado en la población residente en áreas metropolitanas que en localidades rústicas; en los distritos metropolitanos ha sido de 16,5 focos, mientras que en las localidades comunes esta mejora apenas se ha reflejado en la población residente en localidades provinciales en 3,8 focos.



ENDES Perú 2008, dio a conocer sobre los porcentajes en niños menores de 5 años en las regiones rústicas 45,70%. Predominio de la fragilidad en niños menores de tres años a nivel público 56,80%. Predominio de la fragilidad en niños menores de tres años en regiones rústicas 61,00%. Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) 185. Inclusión escolar inicial en regiones rústicas 52,80%. Población provincial de 12 a 14 años que ha terminado la escuela primaria 65,69%. Población metropolitana de 12 a 14 años que ha terminado el grado 86,16%. Nivel de egresados de escuelas auxiliares con suficiente ejecución en aritmética 2,90%. Población metropolitana de 17-19 años que ha finalizado estudios discrecionales 72,05%. Población del país de 17 a 19 años con exámenes discrecionales terminados 36,02%. Nivel de niños y jóvenes menores de 18 años sin acceso a fuentes de agua más creadas 34,00%. Nivel de niños y jóvenes menores de 18 años sin acceso a fuentes adicionales de esterilización 47,00%. Prevalencia de la enfermedad del VIH en todos 0,21%. Nivel de jóvenes de 1 año vacunados contra la DPT3 94,69%. Nivel de casos de VIH/Helps por transmisión de madre a hijo (nivel público) 2,00%. juventud (Desde el inicio 5 años) Perú ha realizado mejoras extraordinarias en la prosperidad de los niños.

Fabiola Jiménez, 2004, nutricionista de la Organización Peruana de Alimentación y Nutrición, informa que la extensión de la debilidad en jóvenes madurados de medio año a tres años es mayor en las regiones rústicas (56,6 por ciento) y muestra una distinción de 10 guías de tasas en relación con las regiones metropolitanas (46,6 por ciento). Una verdad más llamativa es la conexión entre la palidez infantil y el grado de formación de la madre: a mayor escolaridad de la madre, menor es el grado de jóvenes con fragilidad algo reciente. Del mismo modo, Puno tienen los menores índices (en el ámbito de 32,2 y 42,4 por ciento). A partir de una porción del año, los niños requieren más hierro y, en



consecuencia, deben ingerir alimentos creados, como carne, vísceras y sangre, para combatir la palidez que es tan normal en nuestro país. La alimentación infantil es el inicio del cuidado recíproco: "Debido al tamaño y la disposición del estómago del niño, la comida infantil debe ser espesa y constante. Debe utilizar tubérculos, avena y variedades de alimentos que aporten energía y proteínas".

Ministerio de salud, 2009– 2010, reportó que La morbilidad en menores de 6 a tres años se expandió en 13 de las 24 zonas (la estimación no considera el distrito del Callao). En las otras 11 localidades, la fragilidad juvenil disminuyó entre 0,2 y 19,4 focos de tasa. Las zonas donde más disminuyó la palidez infantil fueron Junín, donde pasó de 60,5% a 41,4%; Cusco, de 76,3% a 58,6%; y Moquegua, de 58,3% a 42,4%.

A NIVEL LOCAL

Programa de Alimentación Completa PIN, 2009. El 78% de jóvenes en el rango de 6 y tres años que viven en la región rústica del distrito de Puno experimentan los efectos nocivos de la palidez. Estas cifras son importantes para las secuelas de la ENDES 2009, expuesta por el INEI. Estos resultados revelan que hay localidades del país que están experimentando debilidad padece de anemia, afección que se hace más crítica a raíz de la contaminación ambiental que afecta las cuencas y los ríos de Puno.

ENDES 2005. La penetrancia encontrada en Perú fue de 42,2%, la cantidad de pequeños examinados fue de 2552 entre 3 y 71 meses de edad. Del total de anémicos encontrados, el 22,5% presentaba palidez moderada y el 19,7% deficiencia grave de hierro. Desglosado por espacios, la mayor frecuencia se detectó en la Selva Alta, con un 70,2%, y la menor en la Sierra Norte, con un 33,7%, quedando diferentes zonas por debajo de estas calidades. Con todo, puede muy bien razonarse que la palidez muestra una



propensión epidemiológica a disminuir, lo que se traduce en una disminución de 10,6 focos en el intervalo de 1996 y 2005. Esta disminución ha sido significativamente más sostenida en la población residente en regiones metropolitanas que en regiones rurales; en las regiones metropolitanas ha sido de 16,5 focos, mientras que en las regiones provinciales esta mejora sólo se ha reflejado en 3,8 focos.

ENDES 2008 PERÚ. Penetración de la debilidad en niños menores de tres años a nivel público 56,80%. Penetración de la debilidad en niños menores de tres años en las regiones provinciales 61,00%.

Fabiola Jiménez, nutricionista de la Asociación Peruana de Alimentación y Ocupación. El nivel de delicadeza en jóvenes maduros de seis a tres años es más alto en distritos rústicos (56.6 por ciento) y muestra una distinción de 10 direcciones de tasa en conexión hacia locales metropolitanos (46.6 por ciento). Una verdad seriamente llamativa es la asociación entre la delicadeza de los jóvenes y el grado de instrucción de la madre: cuanto más instrucción tiene la madre, menor es la cantidad de niños con algún grado de delicadeza en curso. Puno, Huancavelica y Huánuco muestran los niveles más significativos de más significativos de palidez en los pequeños menores de tres años (78,1%, 71,5% y 66,5% por separado). En el ínterin, Lambayeque, Piura, Junín, Lima y Moquegua presentan los menores índices (entre 32,2% y 42,4%). A partir del medio año de Los jóvenes necesitan más hierro y, en este sentido, tienen que consumir fuentes de alimentos infantiles, como la carne, los despojos y la sangre, para combatir la delicadeza, tan habitual en nuestro país.

2.2. MARCO TEÓRICO

FACTORES SOCIALES



Los factores sociales se refieren a todo lo que nos rodea y que afectan los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno.

FACTORES SOCIALES DE LA MADRE

Edad:

La edad ordenada es nuestra introducción en el mundo. La edad natural es la edad de los armazones, tejidos y células de un ser vivo según los armazones, tejidos y células "típicos". Es decir, atendiendo a su utilidad y eficacia según lo ordinario (mensurablemente hablando). La edad orgánica es la edad "evidente". La construcción del joven aún no es la de una entidad orgánica adulta asentada; es la de un ser vivo actualmente en desarrollo. Su transformación crecerá, de este modo, según un estado de ánimo único, ya que será la variación de un ser que se está fabricando verdadera e intelectualmente, y que se desarrolla con rapidez. Para conocer esta peculiaridad transformadora en su punto de vista más notable, lo ideal es concentrarse en la mejora fisiológica del niño. Gracias a ello, podemos relacionar con seguridad y con un objetivo concreto estas emergencias del desarrollo, cuya información es esencial para cualquiera que necesite entender a los niños y hacerles un seguimiento real.⁶

Grado de instrucción:

El nivel instructivo de un individuo es el nivel más significativo de formación terminada. Se reconocen los niveles siguientes:



- Fundamental e inferior. evaluación, orientación juvenil, tutoría fundamental, formación esencial e investigaciones comparables, preparación profesional. estudios de preparación profesional.
- Instrucción auxiliar. Investigaciones de bachillerato rudimentario y equiparables, escolarización optativa obligatoria, bachillerato superior o BUP, bachillerato LOGSE, acceso a la universidad y equiparables.
- Medios incomparables. Investigaciones de arquitectos especialistas y especialistas, pedagogía, enfermería y otros de nivel similar.
- Superiores. Estudios de certificación de cuatro años, diseñadores superiores y equiparables, así como estudios de doctorado y especialización. Las modalidades de la variable son equivalentes a las de las licenciaturas. En determinadas sociedades, los tutores, así como otros familiares, como tías, tíos, hermanas más veteranas y abuelos, son fuentes de extraordinario impacto en la información, convicciones, perspectivas y luces de jóvenes y niños.

OCUPACIÓN:

Reclamar un puesto. Trabajo que un individuo actúa a cambio de dinero en efectivo y en una premisa más o menos constante. Negocio es una acción donde un individuo participa en una medida específica de tiempo, actividad e impacto de poseer. Trabajo o cuidado que previene la utilización del tiempo para algo diferente. Trabajo, ocupación u orgullo.⁷



ESTADO CIVIL.

El estado civil es la situación con no fijada en piedra por sus conexiones familiares, ya sea surgida del matrimonio o de la conexión, que establece privilegios y obligaciones específicas, ciertos conjuntos generales de leyes que podrían hacer diferentes calificaciones del estado conyugal. Por ejemplo, ciertas sociedades no perciben la opción de separarse, mientras que otras incluso piensan en tipos intermedios de fin del matrimonio (como el desprendimiento conyugal, la separación o la separación).⁸

El estado civil se compone de una progresión de realidades y actos que son tan significativos y críticos en la vida de un individuo que la ley piensa en ellos de forma cautelosa para enmarcar, por así decirlo, la historia legítima del individuo.

Aunque las diferenciaciones del estado conyugal de un individuo pueden cambiar empezando por un estado y pasando después al siguiente, el recuento más ampliamente reconocido de situaciones civiles con las siguientes: soltero, casado, separado, despojado, aislado, etc.⁹

ANEMIA

La anemia es un problema provocado por una disminución de la cantidad de plaquetas rojas y una disminución de la hemoglobina bajo los límites y principios y rara vez se registra libremente la falta de una sola de estas variables.¹⁰

Los rangos de ordinariedad son un factor profundo en cada población, dependiendo de elementos naturales (nivel del océano) y geológicos. A nivel de la deriva encontraremos calidades menores, y a gran altura las calidades deberían ser mayores (la

⁸

.



menor tensión fraccional de O₂ impulsa a la forma de vida a mejorar su vehículo). Además, vemos variedades de orientación, con valores más bajos vistos en damas (concebiblemente debido a la deficiencia de eritrocitos y contenido de sangre en cada período). Como regla general, un hematocrito en algún lugar en el rango de 40 y la mitad y la hemoglobina en algún lugar en el rango de 13 y 18 g% puede ser visto como típico para un hombre, y en algún lugar en el rango de 37 y 40% para una dama, y en algún lugar en el rango de 12 y 16 g% para una dama. Los efectos secundarios e indicaciones de fragilidad se relacionan con su fuerza, su velocidad de inicio y el lugar donde ocurre. Con respecto a la velocidad de inicio, la palidez puede ser intensa o continua, siendo la anterior más sensacional, mientras que la palidez persistente considera una variación continua. Diferentes elementos que inciden en los efectos secundarios.¹¹

Los efectos secundarios que se observan en la drepanocitosis intensa. Habitualmente se observan esplenomegalia, hepatomegalia, petequias, equimosis e ictericia, sobre todo en la fragilidad extrema. Asimismo, pueden aparecer efectos secundarios de distintos tipos, por ejemplo, cardiovasculares (taquicardia, disnea de esfuerzo con sello, angina de pecho, claudicación discontinua), estomacales. Para tener la opción de tratar eficazmente una enfermedad pálida, hay que retratarla y establecer su etiología, y para ello hay que concentrarse en las cualidades de las plaquetas rojas, reticulocitos, leucocitos y plaquetas que circulan por la sangre de arriba abajo mediante un hemograma, observando realmente el hematocrito, y en las cualidades de la serie hematopoyética mediante un mielograma. Esto no es fundamental; un médico preparado



puede normalmente caracterizar una fragilidad basándose sólo en el cuadro sindrómico y el hemograma.¹²

Según cada uno de los factores anteriores, las anemias se pueden clasificar en varios grupos, esta reducción en el enfoque de la hemoglobina en la sangre no es definitivamente un valor decente, sin embargo, depende de algunos factores, por ejemplo, la edad, el sexo y las condiciones únicas como el embarazo.

Así mismo La palidez es un problema sanguíneo típico que se produce cuando la cantidad de plaquetas rojas es inferior a la ordinaria, o cuando el foco de hemoglobina en la sangre es bajo.¹³

- Hemoglobina - componente de la sangre cuya función es hacer circular el oxígeno de los pulmones a los tejidos del organismo.
- Hematocrito - estimación del nivel de plaquetas rojas rastreadas en un determinado volumen de sangre.

La falta de hierro es, por regla general, un síntoma de una enfermedad en lugar de una enfermedad en sí, y suele producirse por la presencia de una de estas variables:

- Desgracia o muerte irracional de la sangre.
- Creación deficiente de plaquetas rojas.
- Borrado irrazonable de plaquetas rojas.
- Creación deficiente y obliteración irrazonable de plaquetas rojas.



CAUSAS

Generalmente, la anemia puede ser provocada por varios problemas, entre los que se incluyen:

- Infecciones
- Ciertas enfermedades.
- Ciertos medicamentos.
- Nutrición deficiente.

Tipos de anemia

- Anemia ferropénica.
- Anemia megaloblástica (perniciosa).
- Anemia hemolítica.
- Anemia drepanocítica o de células falciformes.
- Anemia de Cooley (talasemia).
- Anemia aplásica.
- Anemia crónica.

La fragilidad puede deberse a diferentes causas y éstas se relacionan con variedades en la forma y tamaño de las Plaquetas Rojas. (G.R.).

Este tamaño es diferente en función del motivo de la debilidad. El tamaño del G.R. no está totalmente establecido por un límite científico llamado Volumen Corpuscular Medio (VCM), que permite delegar las anemias siguientes:

A. Anemia microcítica (VCM < 80 fl). Ausencia de drepanocitosis férrica. Falta de hemoglobinopatías por hierro: Talasemia menor. Palidez facultativa por enfermedad continua, carencia de hierro sideroblástica.



- B. anemia normocítica (VCM 80 - 100 fl). Anemias hemolíticas, aplasia de médula ósea, ataque de médula ósea, palidez auxiliar de enfermedad en curso, agonía intensa.

SÍNTOMAS

La anemia produce una progresión de problemas generales en la criatura que no se corresponden con una enfermedad.

Síntomas Generales:

- Somnolencia, disminución del apetito sexual, efectos secundarios cardiocirculatorios, palpitaciones, debilidad tras el esfuerzo, pulso bajo, aumento del tamaño neurológicos, migraña, aturdimiento, mareo, pereza, desorganización, mal humor y zumbido de oídos.
- Influencias inquietantes femeninas, indicaciones cutáneas, palidez, uñas débiles, calvicie. En casos graves y además intensos puede haber (angina de pecho), así como otros efectos secundarios explícitos y signos dependiendo del tipo de fragilidad o componente potencialmente causante.¹⁴

Una gran parte de los efectos secundarios de la fragilidad ocurren debido a una disminución del oxígeno en las células, o "hipoxia". Como las plaquetas rojas, a través de la hemoglobina, transportan oxígeno, un descenso en la creación o cantidad de estas células provoca "hipoxia". Gran parte de las secuelas no se producen en caso de que la hipoxia sea leve, ya que el organismo puede compensar los cambios dinámicos de la hemoglobina. A continuación, los resultados más populares de la enfermedad, aunque todos los niños pueden sufrirlos de forma inesperada.

14



Los síntomas pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Palidez inusual o pérdida de variedad en la piel.
- Aumento rápido del pulso (taquicardia).
- Windedness (disnea).
- Ausencia de energía o somnolencia injustificable (agotamiento).
- Discombobulación o inestabilidad, sobre todo al estar de pie.
- Dolores cerebrales.
- Mal humor
- Ciclos mensuales imprevisibles
- No aparición o aplazamiento de la regla (amenorrea).
- Heridas o irritación en la lengua (glositis)
- Ictericia o coloración amarillenta de la piel, los ojos y la boca.
- Extensión del bazo o del hígado (esplenomegalia, hepatomegalia).
- Desarrollo y avance pospuesto o impedido.
- Lenta cicatrización de heridas y tejidos.

Los efectos secundarios de la debilidad pueden parecerse a otros problemas sanguíneos o clínicos. Dado que la debilidad es muchas veces un efecto secundario relacionado con otra enfermedad, es vital que el médico conozca los efectos secundarios que aparecen en el niño.¹⁵

DIAGNÓSTICO

Se puede pensar en la debilidad a la luz de los datos generales de la historia clínica completa y la evaluación real de su hijo, y signos como somnolencia ridícula, piel o labios

¹⁵



claros, o un ritmo cardíaco rápido (taquicardia). La debilidad suele identificarse durante una evaluación clínica que incorpora análisis de sangre que miden la fijación de hemoglobina y la cantidad de plaquetas rojas.¹⁶

Sin perjuicio de una historia clínica completa y una evaluación real, la metodología indicativa de la palidez podría incluir:

- Análisis de sangre adicionales
- anhele de la médula ósea y biopsia con aguja - una metodología que incluye la expulsión de una modesta cantidad de líquido de la médula ósea (deseo), así como fuerte tejido de la médula ósea (centro o biopsia con aguja), por regla general de los huesos de la cadera, para concentrarse en el número, tamaño y desarrollo de plaquetas y células extrañas.¹⁷

TRATAMIENTO

Cuando se haya encontrado el motivo concreto de esta patología en el joven, a través de diversas pruebas (la fundamental es un análisis de sangre que mostrará el grado de hemoglobina, hematocrito, etc.), el experto en bienestar decidirá como fase más importante del tratamiento garantizar un régimen alimenticio suficiente y abundante en hierro y vitamina B12.¹⁸

A partir de entonces, se pueden recomendar suplementos nutricionales que contengan hierro y otros nutrientes. El tiempo del tratamiento depende a la reacción del



menor, por lo general la suplementación se permite durante mucho tiempo después de la hemoglobina estima se ha normalizado.¹⁹

En caso de que la carencia de hierro sea extrema y no responda al tratamiento, se realizará una unión sanguínea. Esto sólo se utiliza en casos específicos (fragilidad grave, carencia de hierro además).

Tratamiento explícito de la debilidad no establecido en piedra por el médico tratante en vista de lo que se acompaña:

- La edad, el bienestar general y el historial clínico de su hijo.
- La gravedad de la fragilidad.
- El tipo de palidez.
- el motivo de la fragilidad
- la capacidad de su hijo para soportar prescripciones explícitas, metodología o medicamentos
- Suposiciones sobre la evolución de la enfermedad.
- Su punto de vista o inclinación
- La palidez puede ser difícil de tratar, y el tratamiento podría incluir
- potenciación de nutrientes y minerales
- cambios en la rutina alimentaria de su hijo
- Medicación o suspensión de los fármacos causantes.
- Tratamiento del problema causante Un procedimiento médico para eliminar el bazo (si hay palidez hemolítica).



- Vinculaciones sanguíneas, si es necesario (para suplir una desgracia sanguínea importante).
- Agentes antiinfecciosos (en caso de que el especialista causante sea una contaminación). Trasplante de médula ósea (en caso de ferropenia aplásica).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA

Anemia de Fanconi

Una enfermedad autosómica pasiva retratada por la presencia de contorsiones intrínsecas, pancitopenia moderada y un riesgo ampliado de daño. Los cromosomas en la debilidad de Fanconi son curiosamente impotentes a los especialistas de conexión cruzada de ADN, que es la razón de su conclusión.²⁰

Anemia aplástica

Muchas medicaciones, particularmente quimioterapéuticas, tienen ocultación de médula ósea como la ocasión vitalmente antipática, tales impactos son subordinados de porción y pueden suceder en todos los pacientes. En casos diferentes son respuestas excéntricas infrecuentes libres de la porción. El cloranfenicol merece un aviso excepcional, ya que la frecuencia genuina de la palidez aplásica parece, por todas las cuentas, ser mucho menor de lo que se ha temido y en la población se concentra en la apuesta absoluta tiene todas las características de ser muy baja.



La tabla registra los medicamentos que han sido relacionados con el evento de palidez pulverulenta, recordando que algunos de ellos son utilizados regularmente en la práctica cotidiana.

Frecuentes	
Fármacos citotóxicos utilizados en la quimioterapia del cáncer	Agentes alquilantes Antimetabolitos Antimitóticos
Raros	
Antibióticos	Cloranfenicol
Antiprotozoarios	Cloroquina Quinacrina Mepacrina
AINES	Fenilbutazona Indometacina Ibuprofeno Sulindac Aspirina
Anticonvulsivantes	Hidantoínas Carbamazepina Fenacemida Felbamate
Sulfonamidas (<i>incluyendo antibióticos, antitiroideos, antidiabéticos, y diuréticos</i>)	Metimazol Metiltiouracilo Propiltiouracilo Tolbutamida Clorpropamida Acetazolamida Matazolamida
Antihistamínicos	Cimetidina Clorfeniramina
Otros	D-Penicilamina Estrógenos
Muy raros	



Antibióticos	Estreptomina Tetraciclina Meticilina Mebendazole Trimetoprim/Sulfametoxazol Flucitosina
Sedantes y tranquilizantes	Clorpromazina Proclorperacina Piperacetazina Clordiazepóxido Meprobamato Metiprilon
Otros	Alopurinol Metildopa Quinidina Litio Guanidina Perclorato de Potasio Tiocianato Carbimazol

Anemia aplásica iatrogénica y relacionada con drogas

Según algunas series, la deficiencia aplásica adquirida es idiopática hasta en el 80% de los casos. En el 20% sobrante, pueden reconocerse algunos componentes potenciadores, un número significativo de los cuales son compartidos por ejemplo, sistemas de lesión resistentes,

- **Radiación:** La radiación puede dañar el ADN de las células causando daños celulares irreversibles. Las células germinales de la médula ósea son especialmente vulnerables debido a su elevada actividad mitótica, por lo que existe un riesgo potencial de desilusión de la hematopoyesis. Las personas en peligro son las que están expuestas a la radiación curativa, así como cada uno de los individuos que tienen la palabra



- relacionada con la apertura a la radiación, como los médicos radiólogos, representantes de centros de investigación, y las personas que trabajan en la limpieza²¹
- Sintéticos: El benceno, una sustancia utilizada como disolvente moderno, es una razón importante de la delicadeza aplásica. Se ha teorizado que el oro, el arsénico, el bismuto y el mercurio son sustancias causantes de la delicadeza aplásica; en cualquier caso, esta relación no se ha establecido fundamentada en profundidad.
 - Enfermedades: se ha demostrado que algunas infecciones están relacionadas con la edad de ocultación de la médula ósea. Entre las enfermedades víricas, la hepatitis seronegativa es el motivo más habitual de la encefalopatía aplásica, normalmente debida a infecciones de hepatitis no A, no B y no C, que se acepta que está relacionada con otro tipo aún no evidente. Otras infecciones incluidas son la infección por Epstein-Barr, que causa una mononucleosis irresistible, el Parvovirus B19, que puede causar una emergencia aplásica transitoria, y la infección por VIH.
 - Enfermedades inmunológicas y del colágeno: en las enfermedades de la unión que se producen tras las conexiones y los movimientos de órganos y tejidos, puede producirse una aplasia de la médula ósea y causar el fallecimiento, sobre todo en pacientes inmunodeficientes. Otras sustancias que se han relacionado con la enfermedad aplásica son la fascitis eosinofílica y el lupus eritematoso fundacional.
 - Embarazo: De vez en cuando, la palidez aplásica puede aparecer y repetirse durante el embarazo, que mejora con el transporte o la eliminación del feto. La conclusión se



obtiene mediante la anemia aplásica es increíblemente sucesiva, pero la aclaración de este hecho es todavía confusa.

Anemia aplásica adquirida

Los signos clínicos dependen del disfraz celular. La falta de hierro puede manifestarse como agotamiento, blancura y taquicardia, sin embargo, debido a su inicio en constante evolución es muchas veces muy soportado. La granulocitopenia puede manifestarse por úlceras orales y contaminación bacteriana. Signos hemorrágicos por trombocitopenia ocurren temprano y pueden ser la justificación para entrevista, con muerte de mucosa, petequias y púrpura, drenaje extremo es intrigante.

COMPLICACIONES.

Una revisión demostró que la palidez en los niños implica un factor de peligro para crear escasez de consideración y retrasa la mejora de la memoria.²²

Mediante una revisión dirigida a 15 jóvenes con debilidad y 19 con hierro adecuado en su organismo, se vio los niños con una cantidad adecuada de hierro mostraban, a los nueve meses, un límite de consideración más notable y tenían más memoria para recordar las caras que veían anteriormente que los jóvenes con palidez.²³

Otras complicaciones de la anemia son:

- Agotamiento físico y mental constante.
- Disminución de la ejecución escolar o de los trabajos académicos.
- Colapso cardiovascular.



- Aumento de las probabilidades de mortalidad en caso de contaminación respiratoria grave.²⁴

El Hierro Y Su Relación Con La Anemia

El hierro es un compuesto sintético cuya envisión es Fe, su número atómico es 26 y su peso atómico 55 847. Cuarta parte más abundante de la corteza exterior del planeta (5%), el hierro es un metal flexible, irrompible, ligeramente lustroso y seductor. Los cuatro isótopos estables que se dan en la naturaleza tienen las masas 54, 56, 57 y 58. Los dos minerales primarios son la hematites, Fe_2O_3 , y la limonita, $Fe_2O_3 \cdot 3H_2O$. La pirita, FeS_2 , y la cromita, $Fe(CrO_2)_2$, se extraen como metales individuales de azufre y cromo. El hierro se encuentra en diversos minerales y está disponible en las aguas subterráneas y en la hemoglobina roja que clama la sangre. El hierro se encuentra en la carne, los cereales, las patatas y las verduras. El cuerpo humano absorbe el hierro clamor animales más rápido que las plantas raqueta, y el hierro es un componente estructural fundamental de la hemoglobina, el experto color rojo conmoción de la sangre que transporta el oxígeno en nuestro cuerpo.

Puede provocar conjuntivitis, coriorretinitis y retinitis en caso de que entre en contacto con los tejidos y permanezca en ellos. La inhalación constante hacia el interior de racimos superfluos de gases de escape o humos de óxido de hierro puede provocar una neumoconiosis inocua, denominada siderosis.. No se ha relacionado el debilitamiento real de la capacidad pulmonar con la siderosis. No se ha relacionado ningún debilitamiento real de la capacidad pulmonar con la siderosis.²⁵



Prevención

Algunos tipos de palidez pueden prevenirse, por ejemplo, los provocados por la dieta. Una persona puede ayudar con la prevención de este tipo de debilidad mediante la ampliación de la cantidad de hierro en su régimen de alimentación y la expansión de más fuentes de variedades de alimentos con alto contenido en hierro. El cuerpo aclimata mejor el hierro de la carne. Comer una cantidad limitada de carne junto con otras fuentes de hierro, como verduras explícitas, puede ayudar con la integración de hierro considerablemente adicional de estas fuentes de alimentos. Tomar píldoras de ácido L-ascórbico o ingerir alimentos ricos en ácido L-ascórbico, por ejemplo, productos naturales cítricos o zumos de Los productos naturales cítricos, mientras Comer variedades de alimentos ricos en hierro o tomar una píldora de hierro también puede ayudar al cuerpo con la retención de hierro. Algunas fuentes de alimentos impiden que el hierro se espese, como el café, el té, las claras de huevo, la leche, la fibra y la proteína de soja, por lo que esta variedad de alimentos debe mantenerse alejado de cuando una persona come fuentes de alimentos ricos en hierro.

Alimentos altos en hierro

- Sangrecita.
- Bazo.
- Hígado.
- Carne roja.
- Pescados y mariscos.
- Frutas secas, como albaricoques, ciruelas pasas y uvas pasas.
- Nueces.
- Frijoles, en especial, frijoles verdes.



- Verduras de hojas verdes, como espinaca y brócoli.
- Melaza negra.
- Granos enteros.
- Alimentos fortificados con hierro, como muchos tipos de panes y cereales (examine la etiqueta).

Llevar a cabo una rutina alimenticia satisfactoria, ajustada y rica en suplementos es una razón fundamental para el gran desarrollo y mejora del joven, y para que esta rutina alimenticia se lleve a cabo, las proteínas, almidones y grasas, así como los nutrientes y minerales, no deben ser deficientes en el régimen alimenticio. La contrarreacción comienza durante el embarazo, mediante un examen prenatal decente que garantice que la madre no experimenta los efectos nocivos de la palidez. Los niños cuyas madres han padecido debilidad durante el embarazo tienen varias veces más probabilidades de sufrir palidez durante el primer año de vida.²⁶

Cuando en menor es alimentado en un siglo alimentario que sea rico en hierro. Una alimentación suficiente es la razón de un buen desarrollo y avance. Los aumentos de nutrientes de hierro sólo deben controlarse en los casos siguientes: bebés prematuros a partir del segundo septenio de vida, niños recién nacidos que no son amamantados a partir del tercer mes. Diferentes medidas incorporan la evaluación ocasional de parasitosis gastrointestinales y el tratamiento ideal de las contaminaciones.²⁷

Dieta para evitar la anemia infantil

No hay nada preferible para alejarse de la blancura energética que una dieta buena, separada y cambiada. El hierro es un mineral que abunda en las hamburguesas con queso,



las aves de corral y el pescado. Del mismo modo, el hierro de las variedades de alimentos criatura se prefiere guardado sobre el hierro de fuentes de alimentos vegetales, que, aunque en sumas adicionales sin pretensiones, es igualmente presente en ciertas variedades de alimentos. Por regla general, las fuentes más abundantes son:

- **Carne** de vaca, pollo y pescado.
- **Yema** de huevo.
- **Mariscos de concha:** mejillones, almejas y berberechos.
- **Vísceras.** Hígado de ternera, mollejas, etc.
- **Legumbres:** alubias, lentejas, garbanzos y soja.
- **Verduras:** guisantes, espinacas, brócoli, coliflor y remolacha.
- **Verduras de hoja verde** oscuro.
- **Frutas:** uvas, mango, etc.

El mantenimiento de hierro es más potente cuando se ingiere en un ciclo comparable con ascórbico destructiva o extricate cítricos, L-ascórbico corrosivo, rastreado por ejemplo en las naranjas y los limones, se ocupa de un ciclo comparable, puede sofocar el mantenimiento de hierro. Por lo tanto, al comer un filete justo, por ejemplo, acompañelo con naranjas o limones exprimidos con un alimento entero obtenido de los productos lácteos molidos (cheddar, yogur, natillas, flan y otros) en un festín similar.²⁸

Lo principal que hay que tener en cuenta sobre la debilidad es que existen varios tipos de palidez, entre los que se encuentran las supuestas anemias "nutritivas"; a causa



de este tipo de debilidad, la más sucesiva y la más preocupante es la debilidad por falta de hierro de principio de criatura.



CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

El estudio realizado en el Centro de Salud de Yanahuaya, en el servicio de enfermería, ubicado en la selva puneña de la provincia de Sandia, distrito del mismo nombre, donde su geografía es inaccesible, la carretera para llegar al Centro de Salud de Yanahuaya es camino trocha, estrecho que va al borde de los cerros. La carretera va limitada por grandes torrenteras que al fondo se puede apreciar el río Tambopata. Es preciso señalar que para llegar al establecimiento se debe llegar primero a la provincia de Sandia para luego llegar a la capital del distrito de Yanahuaya.

Dentro de principales casos de riesgo en el del distrito de Yanahuaya que al ser una zona de extrema pobreza la alimentación es inadecuada sin cubrir las necesidades básicas que el organismo requiere y se evidencia una alta prevalencia de enfermedades.

3.2. TIEMPO DE DURACIÓN DEL ESTUDIO

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

Se consideró el 100% del total de 110 niños comprendido entre 6 meses a 3 años de edad, que radican en el distrito de Yanahuaya, en el centro de salud del mismo nombre.

Criterio de inclusión:

- Niños de 6 meses a 3 años.
- Menores de edad que acuden puntualmente a cada fecha de sus controles de desarrollo y crecimiento de CRED del centro de salud Yanahuaya.



- Madres que permitan ser entrevistadas.

Criterio de exclusión:

- Niños que no estén inscritos en el establecimiento.
- Niños en mal estado de salud.

3.4. MÉTODO

3.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

De la coordinación:

Para la ejecución de este trabajo se solicitó permiso por escrito a la Redess Sandía y por consiguiente al Centro de Salud de Yanahuaya.

Se coordina con las autoridades de Yanahuaya para recabar la información de manera organizada.

De la selección:

Una vez fijada la fecha y la hora, se seleccionó lo siguiente a las madres indicadas.

De la ejecución:

La entrevista se realizó en un lugar tranquilo y relajado, tomando en cuenta la cultura local, los aspectos de confidencialidad y difusión hayan sido claramente y abiertamente discutidos con las madres de los participantes para proteger la seguridad de los niños para no exponerlos a reacciones violentas por parte de los familiares, miembros de la comunidad.

3.6. VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACION

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALAS
<p>Variable Independiente:</p> <p>FACTORES SOCIALES DE LAS MADRES</p> <p>Los factores se refieren a las poblaciones humanas en término de edad, grado de instrucción, ocupación e integrantes de la familia que afectan sistemas políticos, económicos, sociales y culturales brew medio ambiente.</p>	<p>Aspectos Sociales</p>	<p>Edad de la madre</p> <p>Grado de instrucción de la madre</p> <p>Ocupación de la madre</p> <p>Estado civil</p>	<p>a) < de 20 años. b) De 21 a 30 años. c) Más de 31 años.</p> <p>a) Primaria b) Secundaria c) superior</p> <p>a. Su casa b. Comercio c. Estudiante d. Otro.</p> <p>a. soltera. b. conviviente. c. casada d. divorciada</p>

<p>Variable Dependiente:</p> <p>ANEMIA</p> <p>La anemia es una afección causada por una disminución del número de glóbulos rojos y un descenso de la hemoglobina dentro de los parámetros estándar. desarrollada debido a la presencia de uno de los factores afectando a los grupos de extrema pobreza</p>	<p>Tamizaje de hemoglobina</p>	<p>a. Normal b. Anemia leve c. Anemia moderada d. Anemia grave</p>	<p>a. (11 g/dL a 18 g/dL) b. (Hb 9 a 10 g/dl) c. (Hb 7 a 8 g/dl) d. (Hb < 6 g/dl)</p>
--	--------------------------------	--	--



3.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Con los datos obtenidos, previamente ordenados y clasificados las tablas y en cuadros de porcentajes, se aplica el Chi-cuadrado

$$X^2 = \sum_{Ei} [(O_i - E_i)^2]$$

Σ = Sumatoria – O_i = Frecuencia observada - E_i = Frecuencia esperada

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1.

Factores sociales de madres y su relación con la anemia en niños de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud yanahuaya, sandia - puno 2012

FACTORES SOCIALES		ANEMIA				Total	
		Moderada (Hb 7 a 8 g/dl)		Leve (Hb 9 a 10 g/dl)			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad de la madre	< de 20 años	8	7.27	3	2.73	11	10.00
	De 21 a 30 años	6	5.45	66	60.00	72	65.45
	Más de 31 años	7	6.36	20	18.18	27	24.55
	Total:	21	19.09	89	80.91	110	100.00
Grado de instrucción de la madre	Primaria	12	10.91	6	5.45	18	16.36
	Secundaria	9	8.18	81	73.64	90	81.82
	Superior	0	0.00	2	1.82	2	1.82
	Total:	21	19.09	89	80.91	110	100.00
Ocupación de la madre	Su casa	9	8.18	17	15.45	26	23.64
	Comercio	4	3.64	45	40.91	49	44.55
	Estudiante	2	1.82	7	6.36	9	8.18
	Otro	6	5.45	20	18.18	26	23.64
	Total:	21	19.09	89	80.91	110	100.00
Integrante de la familia	Menor a 3	6	5.45	2	1.82	8	7.27
	De 4 a 6	12	10.91	75	68.18	87	79.09
	Mayor a 7	3	2.73	12	10.91	15	13.64
	Total:	21	19.09	89	80.91	110	100.00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.



En el presente cuadro se observa, en cuanto a la edad de la madre según anemia, se tuvo que el 65.45% (72) madres tenían entre 21 a 30 años de edad, de los cuales el 60% (66) tenían anemia leve; seguido de un 24.55% (27) madres tenían más de 31 años de los cuales el 18.18% (20) niños que tenían anemia leve.

En la prueba de resultado es el 5% de error, se tuvo un chi cuadrado calculada de 33,947, con una significancia de 0,000 con 4 grados de libertad. Por tanto, concluimos que las edades de las madres se relacionan en niños de 6 meses a 3 años.

Frente a lo descrito Children. J Pediatr (Rio J) 2002; 78(4): 269-78, en los últimos años, ve con preocupación el incremento de madres jóvenes, especialmente de menores de edad, desencadenando problemas de otra índole como por ejemplo, el hecho de ser madres adolescentes ya es un problema, muchas de ellas a temprana edad afrontan solas la crianza de un hijo por el rechazo de sus familias en algunos casos y la falta de madurez conlleva al desconocimiento de cómo brindar la alimentación adecuada a sus menores hijos, por tanto ponen en riesgo la nutrición de sus niños, sumándose a esto otros problemas letales para su entorno familiar.

Los estudios realizados en la presente investigación porque hay un alto aumento de menores con anemia 21 a 30 años de edad lo que demanda la responsabilidad del personal de salud en brindar mayor educación, sino también la forma de preparar incluyendo alimentos de la región de costo económico bajo y de alto valor nutritivo.

Tabla 2.

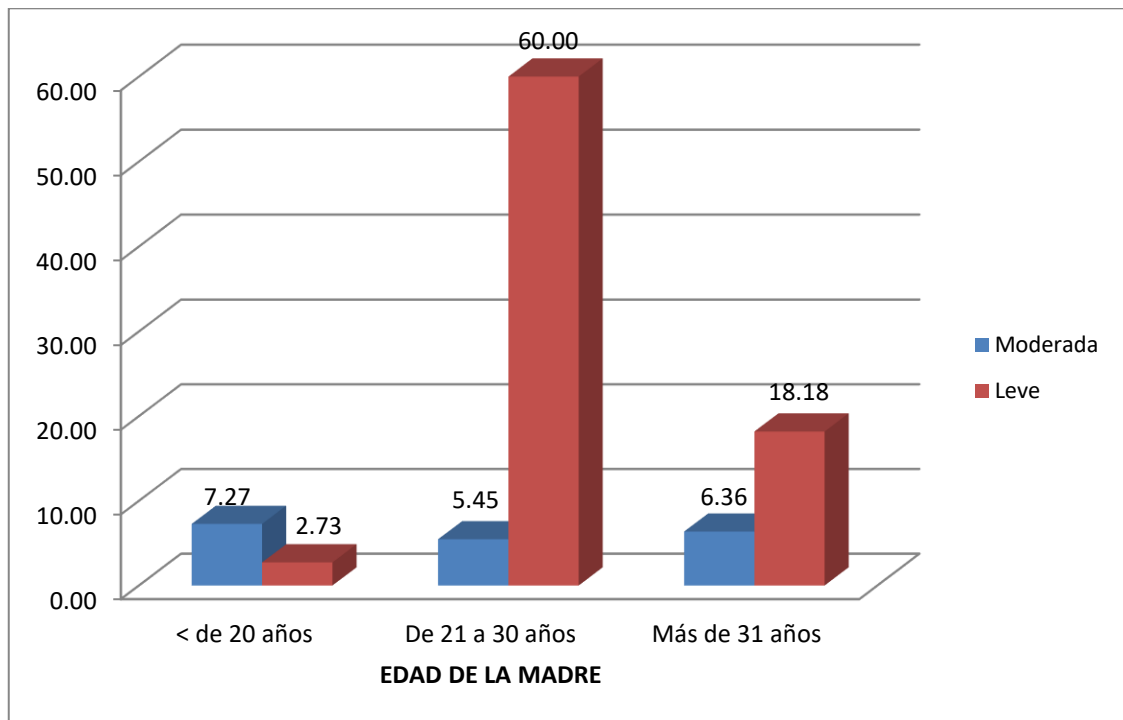
Edad de la madre según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años. Centro de salud yanahuaya, sandia, puno 2012.

Edad de la Madre	Nivel de Conocimientos sobre ANEMIA				Total	
	Moderada		Leve			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< de 20 años	8	7.27	3	2.73	11	10.00
De 21 a 30 años	6	5.45	66	60.00	72	65.45
Más de 31 años	7	6.36	20	18.18	27	24.55
Total:	21	19.09	89	80.91	110	100.00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Figura 1.

Edad de la madre según anemia, Yanahuaya 2012





Fuente: cuadro 02.

En el presente cuadro en cuento las edades de las madres según los casos de anemia en niños menores de 3 años se tuvo que el 65.45% (72) madres tenían de 21 a 30 años de edad, de los cuales el 60% (66) tuvieron anemia leve, un 5.45% (6) tuvieron anemia moderada; un 24.55% (27) madres tenían más de 31 años de edad, de los cuales el 18.18% (20) tenían anemia leve, y un 6.36% (7) tenía anemia moderada; un 10% (11) madres tenían menor a 20 años, de los cuales el 7.27% (8) tenían anemia moderada y un 2.73% (3) tenían anemia leve.

Muchos estudios demuestran que la edad es un indicador de salud determinante, a menor edad de las madres mayor riesgo de tener problemas de salud, se suma a esto otros indicadores como el nivel de instrucción, e incluso la condición económica.

En muchas culturas se inicia con la maternidad a menor edad, en las sociedades europeas observamos que la maternidad es cada vez postergada a mayor edad, puesto que la mujer prioriza sus necesidades profesionales y económicas posponiendo la maternidad para más adelante.

Tabla 3.

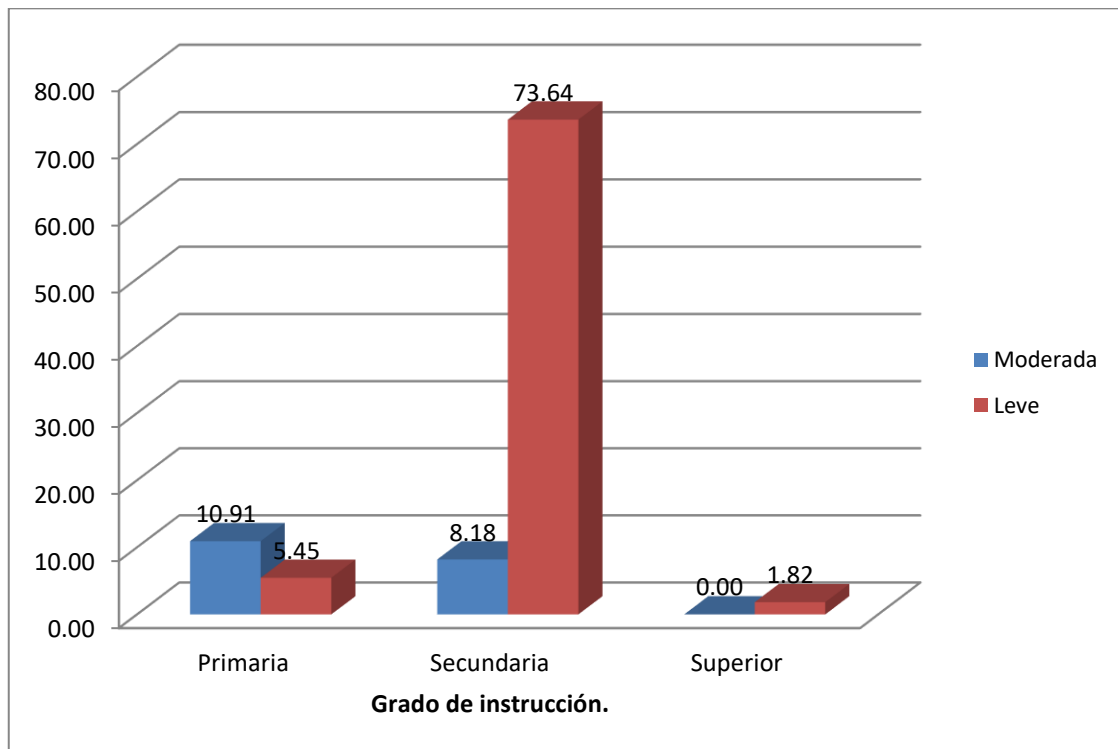
grado de instrucción de la madre según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años centro de salud yanahuaya, sandia, puno 2012.

Grado de instrucción de la madre	Nivel de Conocimientos sobre ANEMIA				Total	
	Malo		Regular			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	12	10.91	6	5.45	18	16.36
Secundaria	9	8.18	81	73.64	90	81.82
Superior	0	0.00	2	1.82	2	1.82
Total:	21	19.09	89	80.91	110	100.00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Figura 2.

Grado de instrucción según anemia, Sandia 2015



Fuente: Tabla N° 03.



En el presente cuadro en cuanto al grado de instrucción de la madre según anemia en niños menores de 3 años se tuvo que el 81.82% (90) madres tuvieron grado de instrucción secundaria, de los cuales el 73.64% (81) tuvieron anemia leve, un 8.18% (9) con anemia moderada.

Al tratamiento estadístico del chi calculada con un 5% de error se tuvo un chi cuadrado de 52.561, con una significancia de 0,000 con 4 grados de libertad, concluyendo que el grado de instrucción es anemia en menores de 3 años de edad.

Rodríguez Castillo A, Bernal R. según su estudio de seguridad alimentaria más allá del derecho a no padecer hambre se enfoca en el nivel de instrucción o nivel cultural, donde se viene demostrando que es un factor muy importante, puesto que representa a mayor nivel cultural o de instrucción mayor conocimiento y entendimiento sobre situaciones generales, lo mismo que permite mejorar en este caso las condiciones de vida de las familias, en nuestro estudio de investigación nuestras madres la gran mayoría tiene como grado de instrucción secundaria, siendo mínima, lo que no ayuda mucho para que nuestras madres de iniciativa propia mejoren las condiciones nutricionales de sus niños.

Por otra parte, la investigación nos refleja un porcentaje considerable respondiendo a la realidad quedando una ardua tarea para el personal de salud, que pueda realizar planes de contingencia frente a la problemática nutricional especialmente de la población infantil en aras de prevenir la desnutrición infantil.

Tabla 4.

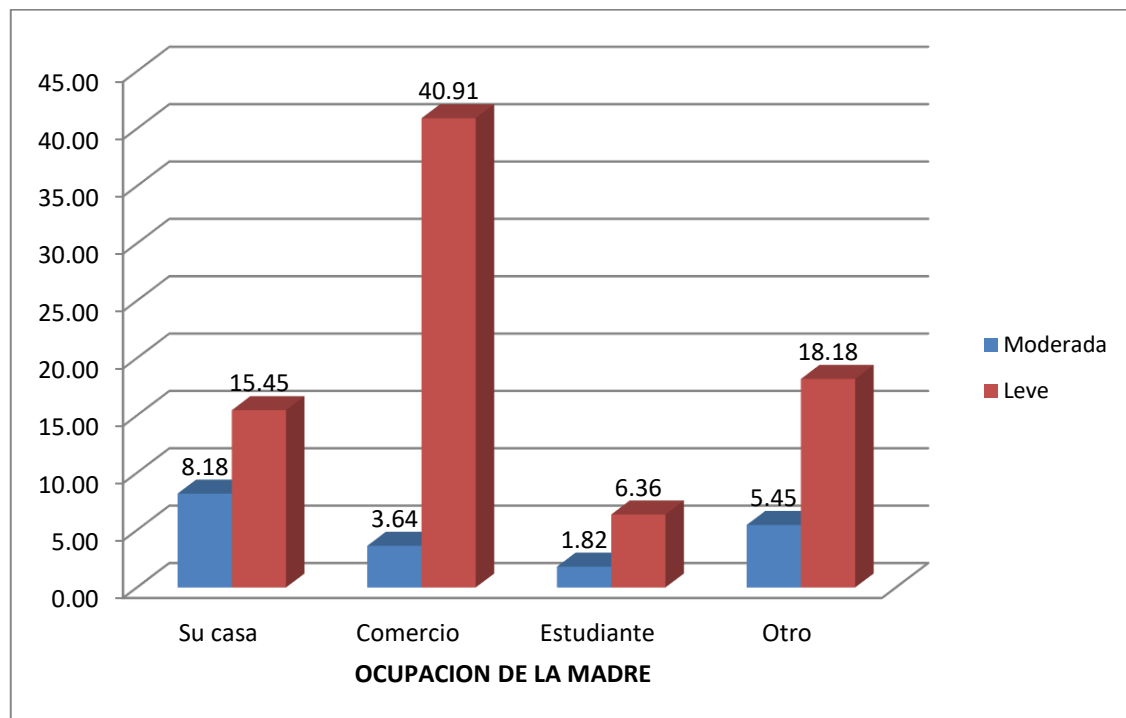
Ocupación de la madre según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años centro de salud yanahuaya

Ocupación de la madre	ANEMIA				Total	
	Moderada		Leve			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Su casa	9	8.18	17	15.45	26	23.64
Comercio	4	3.64	45	40.91	49	44.55
Estudiante	2	1.82	7	6.36	9	8.18
Otro	6	5.45	20	18.18	26	23.64
Total:	21	19.09	89	80.91	110	100.00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Figura 3.

Ocupación de la madre según anemia, Sandia 2012.





Fuente: Tabla N° 04.

En el presente cuadro, con respecto a la ocupación de la madre según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años de edad, se obtuvo que el 44.55% (49) madres se dedican al comercio como fuente de economía, de los cuales el 40.91% (45) tuvieron anemia leve; un 23.64% (26) madres se dedicaban a su casa, de los cuales un 15.45% tenían anemia leve; otro porcentaje igual 23.64% (26) se dedicaban a otras actividades, de los cuales el 18.18% (20) tenían anemia leve.

Al tratamiento estadístico del chi calculada con un 5% de error de tuvo un chi cuadrado de 21.634, con una significancia de 0,001 con 6 grados de libertad, concluyendo que la ocupación de la madre se relaciona con la anemia en niños menores de 3 años.

Haas J, Brownlie T. Iron en el estudio se refiere a la incursión de la mujer a los roles que solo eran de los hombres, en estos tiempos cada vez es más frecuente observar a mujeres que se involucran en aportar a la canasta familiar, algunas de ellas estudian para desarrollarse como profesionales, y cuando no es el caso simplemente la decisión es por el comercio que por cierto en los últimos años cada vez hay mayor número de mujeres que se involucran en estas actividades, el otro problema es que se deja un poco abandonado a los hijos, dejando la responsabilidad de alimentar a sus niños a terceras personas, el problema se genera cuando estas otras personas desconocen de la alimentación adecuada que debe recibir el niño.

También Se acepta que este problema se debe a la falta, razón por la cual se optó por llevar a cabo esta exploración, elaborando las normas sobre alimentación y cuidados mediante la colaboración con expertos en enfermería en la dirección y elaboración de exámenes relacionados con el tema de la alimentación.

Tabla 5.

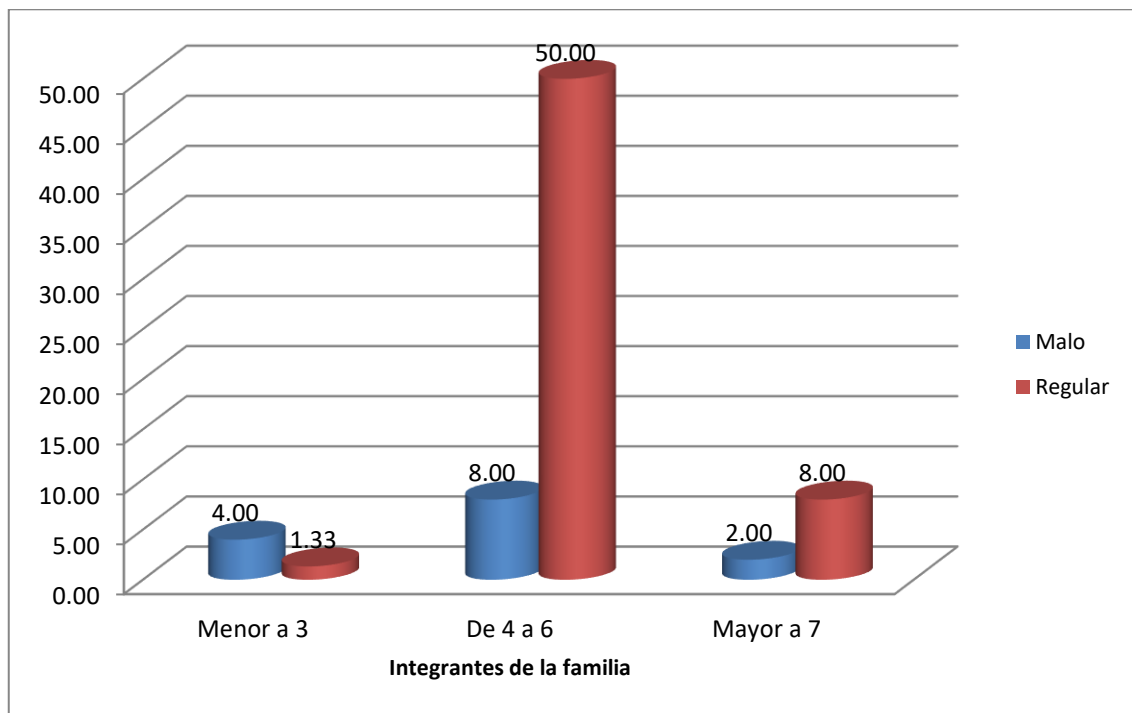
Integrantes de la familia según casos de anemia en niños de 6 meses a 3 años centro de salud yanahuaya, sandia puno 2012.

Integrantes de la familia	ANEMIA				Total	
	Moderada		Leve			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor a 3	6	5.45	2	1.82	8	7.27
De 4 a 6	12	10.91	75	68.18	87	79.09
Mayor a 7	3	2.73	12	10.91	15	13.64
Total:	21	19.09	89	80.91	110	100.00

Fuente: Resultados del trabajo de investigación.

Figura 4.

Integrantes de la familia según anemia



Fuente: Cuadro N° 05.



En el presente cuadro, en cuanto a los integrantes de la familia según casos de anemia en niños, se tuvo que el 79.09% (87) eran de 4 a 6 integrantes por familia, de los cuales el 68.18% (75) tenían anemia leve; seguido de un 13.64% (15) eran de 4 a 6 integrantes de los cuales el 10.91% (12) tenían anemia leve; seguido de 7.27% (8) eran menor a 3 integrantes de la familia, de los cuales 5.45% (6) tenían anemia moderada.

Al tratamiento estadístico del chi calculada con un 5% de error de tuvo un chi cuadrado de 19.514, con una significancia de 0,001 con 4 grados de libertad, concluyendo que el número de integrantes de la familia se relaciona con la anemia en niños menores de 3 años.

Bryce J et al. en su estudio Maternal and Child Undernutrition refiere que se ha visto cambios, anteriormente el número de integrantes por familia eran generalmente más de 8, incluso en muchos casos llegaban fácilmente hasta los 8 integrantes por familia, incluyendo a los hijos fallecidos, en los últimos años este comportamiento del núcleo familiar viene cambiando, tal es así que hablamos de las grandes ciudades los integrantes solo llegan a 4 por familia, incluso a veces solo es 2 (madre e hijo) no siendo raro este panorama, de alguna manera al disminuir el número de integrantes facilita el ingreso económico, porque a mayor número de integrantes de la familia mayor desembolso económico por tal motivo no hay un adecuado aporte de nutrientes o alimentos en el núcleo familiar.

Al analizar los resultados se observa que de 4 a 6 integrantes de la familia presentaron anemia leve posiblemente porque existe una desventaja socioeconómica, De este modo, es importante subrayar el desarrollo de órdenes sociales equitativas adicionales para lograr objetivos de salud pública, destacando la conexión entre los determinantes amistosos y las disparidades por falta de palidez de hierro.



V.CONCLUSIONES.

PRIMERO. - Los factores sociales que influye sobre la anemia en niños de 6 meses a 3 años de edad en Yanahuaya, fue la edad de la madre, un 65.45% (72) que tenían entre 21 a 30 años de edad, con una significancia de 0,000.

SEGUNDO. - Los factores sociales según la edad del niño el 80.91% (89) niños tuvieron dos años de edad, presentando anemia leve, con una significancia de 0,004.

TERCERO. - Los factores sociales que influyen sobre la anemia fueron: el grado de instrucción 81.82% (90) madres tuvieron grado de instrucción secundaria, con una significancia de 0,000; la ocupación de la madre el 44.55% (49) madres se dedican al comercio, con una significancia de 0,001; los integrantes de la familia el 79.09% (87) eran de 4 a 6 integrantes por familia, con una significancia de 0,001.

CUARTO. - Según el nivel de anemia en niños de 6 meses a 3 años, del Centro de Salud Yanahuaya de Sandía, de un muestreo de estudio de 110 niños, el 80.91% (89) tuvieron anemia leve, seguido de 19.09% (21) tuvieron anemia moderada.

QUINTO. - Se elabora la base de datos de los factores sociales según los tipos de anemia y es presentada a la coordinación de investigación.



VI. RECOMENDACIONES

A la Coordinación a nivel Local y Regional.

Proponer proyectos de inversión donde se contemple programas de educación sobre nutrición, además de las sesiones demostrativas a las madres, así mismo programar en menores de 3 años de edad con participación de la familia, comunidad especialmente con intervención de autoridades locales gubernamentales.

A la Coordinación de la Segunda Especialidad.

Actualizar la áreas de lianas enfermería acorde a la realidad nacional, regional y local en cuanto a las necesidades de la sociedad y dar a conocer a los estudiantes para que realicen investigaciones dentro de estas áreas.

Promover la investigación en la Segunda Especialidad para fortalecer el saber y hacer del estudiante integrándose con docentes para su participación en proyectos de investigación a fin de difundir, publicar y discutir los resultados en coordinación con la dirección de investigación de la especialidad.

A la Coordinación del Profesional de Salud.

Ante la deficiencia de consumo del hierro, se debe incentivar el consumo de vitaminas y minerales especialmente del sulfato ferroso, en las familias, así mismo fomentar el consumo de vísceras, por su bajo costo económico y alto valor nutritivo combinado con consumo de ensaladas para garantizar la absorción del hierro, especialmente en pequeñas de 3 años.

Ccapacidad de implementar el control sobre la de anemia, dentro del sistema del Modelo de Consideración Incorporada y de los Proyectos Esenciales. Esto incluye el



límite especializado de la facultad de bienestar, así como el límite introducido de las oficinas de bienestar (equipo). Actividades para prevenir y controlar la carencia de hierro, que se exponen en el Paquete, ejercicios que se complementan con el profesorado asistencial responsable de la atención sanitaria del niño.

Los contenidos técnicos que serán reforzados, consejería nutricional, sesión demostrativa, y visita domiciliaria y el material de difusión que se diseñe para estos fines están centrados en puntualizar 5 mensajes:

a) Importancia de la atención integral del niño: llevar al niño a su control CRED.

b) Prevención de la anemia:

- Consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.
- Consumo del suplemento de hierro.
- Consumo de alimentos que potencian la absorción de hierro de los alimentos.

c) Alimentación Complementaria: comidas espesas y frecuencia adecuada.

d) Lavado de manos e higiene

e) Uso de los multimicronutrientes

- Que son
- Para que sirven
- Como se preparan
- Quienes deben consumirlo



VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et al. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 40-3
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Iron supplementation for infants. Pediatrics 2006.
3. Andelman MB, Sered BR. Utilization of dietary iron by term infants. Am J Dis Child 2003; 111: 45- 55.
4. CNPV 2007, ENDES 2004-2006, Línea de Base 2008 de Programas Presupuestales Estratégicos, ENDES 2000, INEI-ENDES 2007, ENCO-2006, Cifras de la Educación en el Perú 2006, MINEDU-ESCALE, ENAHO 2007, Estado de la Niñez en el Perú, Vigilancia Centinela 2006-MINSA, Formulario Conjunto de OPS/OMS/UNICEF Inmunización 2007, Dirección General de Epidemiología-MINSA.
5. Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics: Assessment of Nutritional Status. In: Pediatric Nutrition Handbook. A.A.P. 4th Edition. 2000; p.165-184.
6. Cooper A. and Heird W.: Nutritional Assessment of the pediatric patient including the low birth weight infant. Am J. Clin Nutr 2002; 35: 1132
7. De Onis M, Habicht JP: Antropometric reference data for international use: Recommendations from a World Health Organization Expert Committee. Am. J. Clin. Nutr. 2000. 64: 650-658.
8. Diccionario Enciclopédico Universal. Aula siglo XXI. impreso en la U.E. Printed in U.E. edición. Madrid – España. 2004.



9. Elizabeth Cañipa de Arana. Chispitas Nutricionales. Dirección General de Promoción de la Salud unidad de Nutrición. Noviembre 2008. Bolivia.
10. Espino L, Valladares C. Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población aguaruna de niños menores de tres años y mujeres en edad fértil. Revista de medicina Experimental y Salud Pública 2006.
11. Estudios de brote, Módulos del Programa de Especialización en Epidemiología de Campo. Ministerio de Salud. Perú, Lima: Oficina General de Epidemiología, Escuela Nacional de Salud Pública; 2001.
12. Gobierno Regional de Puno. Plan de Desarrollo regional concertado 2007 – 2011. Noviembre 2008. Puno Perú.
13. Hamill PV, Drizd TA, Johnson CL et al: Physical growth: National Center for Health Statistics Percentiles. Am J Clin Nutr. 2001 32: 607-625.
14. Hubbard VS, Hubbard LR.: Clinical assessment of nutritional status. In: Walker WA and Watkins YB: Nutrition in pediatrics: Basic Science and Clinical Application. BC Decker Inc. Publisher 1997; p. 7-28.
15. Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y de Salud familiar (ENDES 2000)
16. Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y de Salud familiar (ENDES 2005)
17. Instituto nacional de Salud (INS). Centro Nacional de alimentación y Nutrición (CENAN). Dirección Ejecutiva de vigilancia Nutricional. Informe Final del Monitoreo Nacional de indicadores nutricionales (MONIN) 2004.
18. Instituto nacional de salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) Dirección Ejecutiva de vigilancia nutricional. Informe final de Monitoreo nacional de indicadores nutricionales (MONIN) 2004.



19. Jiménez AS, Pita RG, Padrón HM. La anemia por déficit de hierro. La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos; 2009.
20. Lo CW: Laboratory assessment of nutritional status. In: Walker WA and Watkins YB: Nutrition in pediatrics: Basis Science and Clinical Application. BC Decker Inc. Publisher 2001; p. 29-43.
21. McCurdy PR. Oral and parenteral iron therapy. JAMA 2001; 191: 859-870.
22. Ministerio de salud (2002), Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2012 y Principios.
23. Ministerio de salud. “Manual de definición de términos” 2006.
24. Ministerio de Salud.” Epidemiología básica y enfoque de riesgo”. oficina de vigilancia epidemiológica. Lima Perú. 2000.
25. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Alimentación y nutrición. Plan de trabajo 2010.
26. Ministerio De Salud. DISA Puno. “Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Salud Del paquete niño” Resolución Ministerial 2006.
27. Ministerio de Salud. Estudios en niños pre escolares. Anemia en el Perú: Un reto pendiente. 2009.
28. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Reporte preliminar del proyecto “Evaluación basal de anemia por deficiencia de hierro y folatos en mujeres en edad fértil y niños de 24 a 59 meses en Lima Metropolitana. Lima 2006.
29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejos a los viajeros que regresan de zonas afectadas de la nueva gripe. 2009.
30. Módulos Principios de Epidemiología, unidad V: Investigación epidemiológica de campo: aplicación al estudio de brotes. 2 ed. Washington DC: OPS, 2001.



31. Norby A. Iron absorption studies in iron deficiency. Scand J Haematol 2004; 20 (Supl.): S1.
32. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud LIMA. 2010..
33. Organización Panamericana de la Salud. UNICEF. “Alimentación y nutrición del niño Pequeño” Memoria de la reunión sub regional de los países de sudamerica. Diciembre 2008. Lima Perú.
34. Rios E, Hunter RE, et al. The absorption of iron as supplements in infant cereal and infant formulas. Pediatrics 2005; 55: 686-689.
35. Salinas Castro Elías Wilfredo. Sánchez Abanto José Ramón. Diagnostico Situacional 2010. Centro Nacional De Alimentación Y Nutrición, Plan De Trabajo 2010. Perú. 2010.
36. Sánchez Aguilar Aníbal, Instituto de Estadística e Informática INEI, presentación de los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Endes2010
37. Sari M. De Pee S. Martini E et al. ESTimating the prevalence of anemia a comparison of three methods. Bulletin of the World Health Organization 2001; 79:506-511.
38. Shaddock RK, Anemia. Hematología de Williams 6ta edición 2000, chapter 3
39. VVR. Vademecum Vallory 2000. Buenos Aires: Havas Medi Media, Ediciones Médicas, 2000: 62, 1007.
40. Walter T. Consecuencias no hematológicas de la deficiencia de hierro. Anales Nestlé 2005
41. Young NS, Anemia Aplástica Adquirida. Anales de medicina Interna. 2002.
42. Young NS, Anemia Aplástica, Principios de Medicina Interna de Harrison 16ta edición 2005,



ANEXOS



ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01: Ficha de Entrevista.

ANEXO 02: Registro de tamizaje de Anemia en niños y niñas de 6 meses a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

ANEXO 03: Gráficos de los resultados.

Figura 1. Edad de la madre según anemia en niños de 6 meses a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

Figura 2. Edad del niño según anemia en niños de 6 meses a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

Figura 3. Grado de Instrucción de la madre según anemia en niños de 6 meses a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

Figura 4. Ocupación de la madre según anemia en niños de 6 meses a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.

Figura 5. Integrantes de la familia según anemia en niños de 6 meses a 3 años de edad atendidos en el Centro de Salud Yanahuaya, Sandia – Puno 2012.



ANEXO 01

FICHA DE ENTREVISTA

Ficha N°:

1. ASPECTOS SOCIALES:

1.1. Edad de la madre:

- b. < 20 años () b. De 21 a 30 años () c. > 31 años ()

1.2. Edad del niño:

- a. < a 1 año () b. De 1 año () c. De 2 años ()

1.3. Grado de instrucción de la madre:

- a. Primaria () b. Secundaria () c. Superior ()

1.4. Ocupación de la madre:

- a. Su casa () b. Comercio () c. Estudiante ()

d. Otros ()

1.5. Integrantes de la familia:

- a. Menor a 3 () b. De 4 a 6 () c. Mayor a 7 ()



ANEXO 02

REGISTRO DE TAMIZAJE DE ANEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS (6 MESES A 3 AÑOS)

No	H.CL.	D.N.I.	Nombre y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Edad	Procedencia	Resultado de hg.
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							

ANEXO 03

Gráfico 01

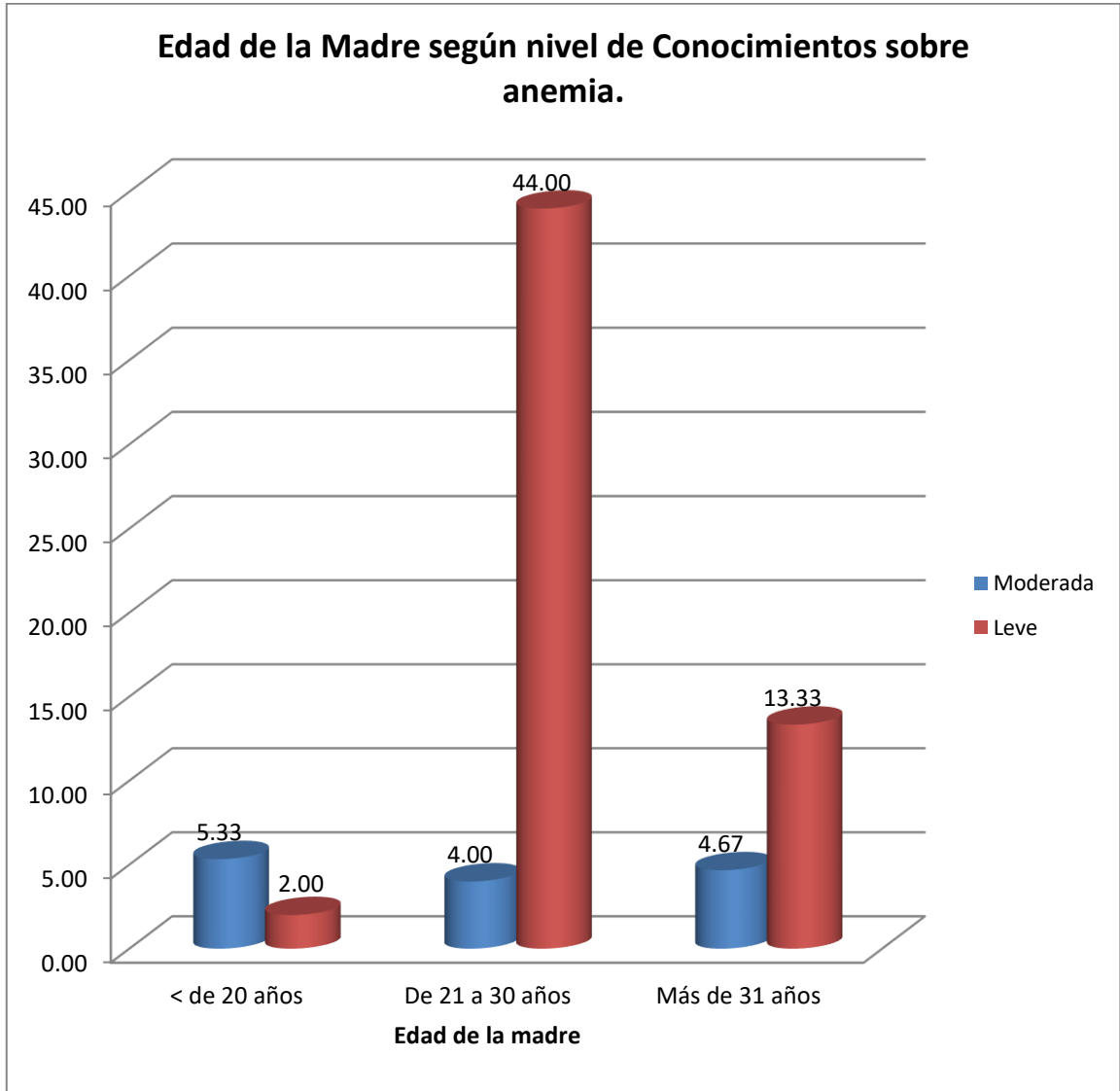


Gráfico 02

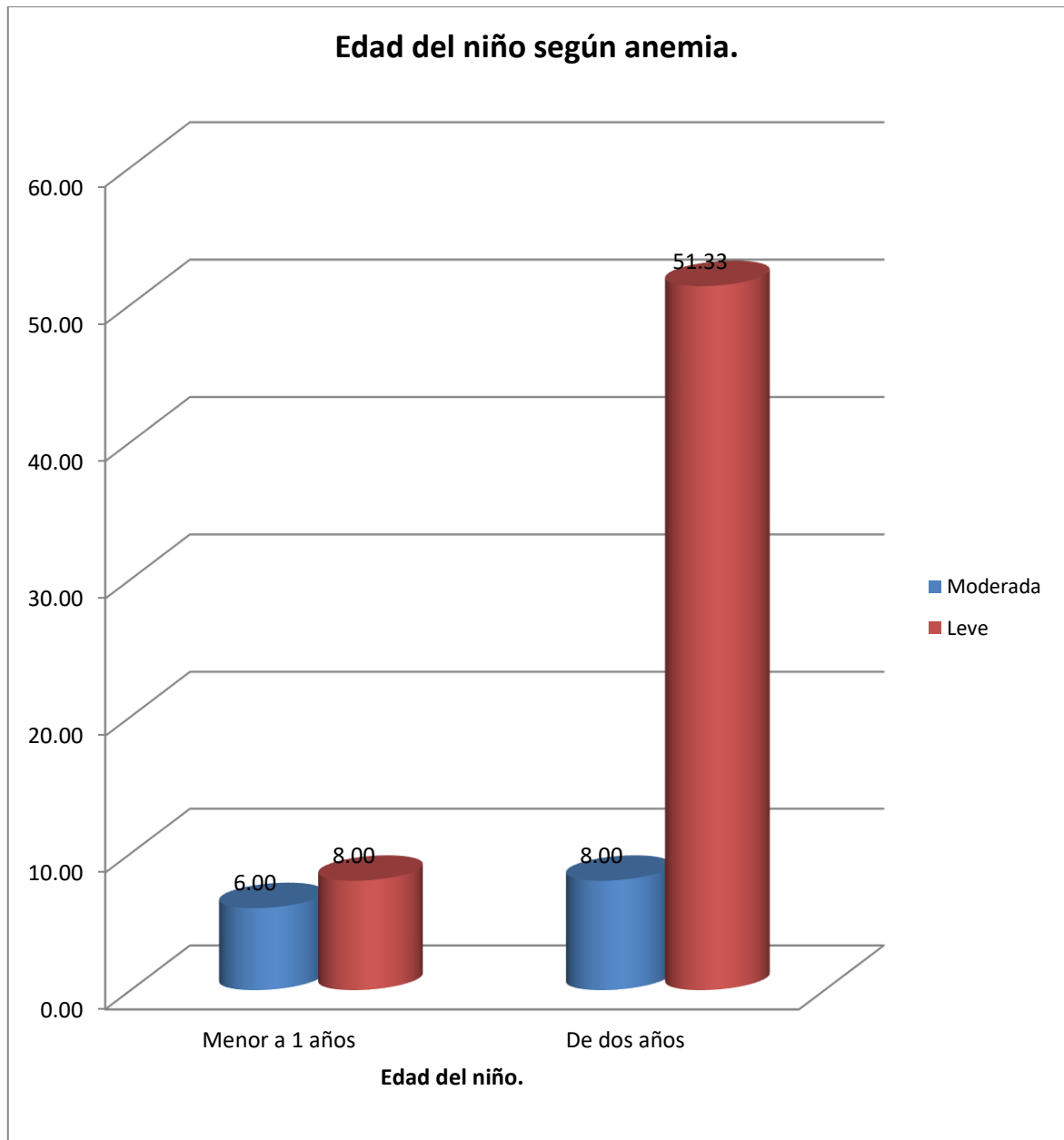


Gráfico 03

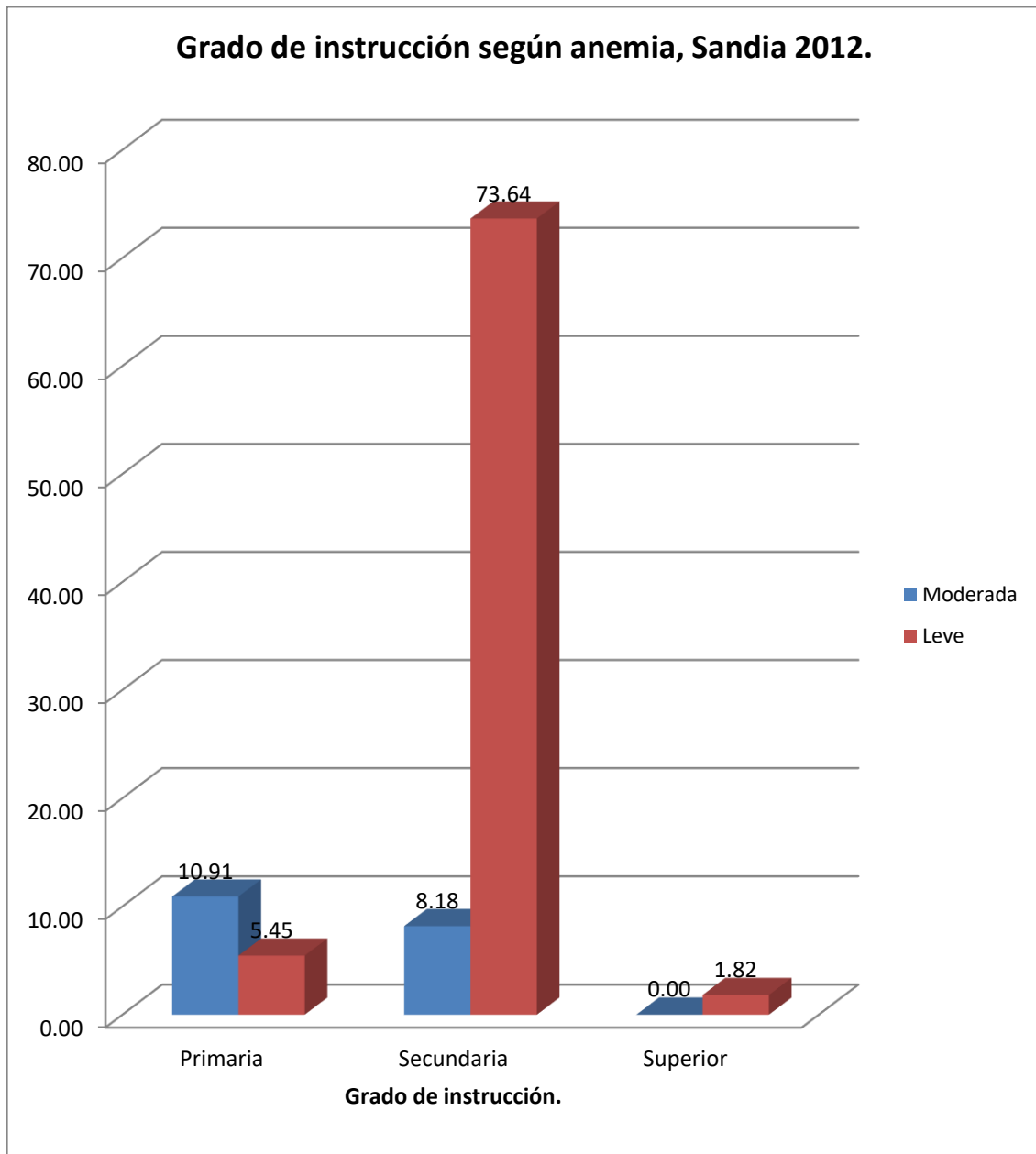


Gráfico 04

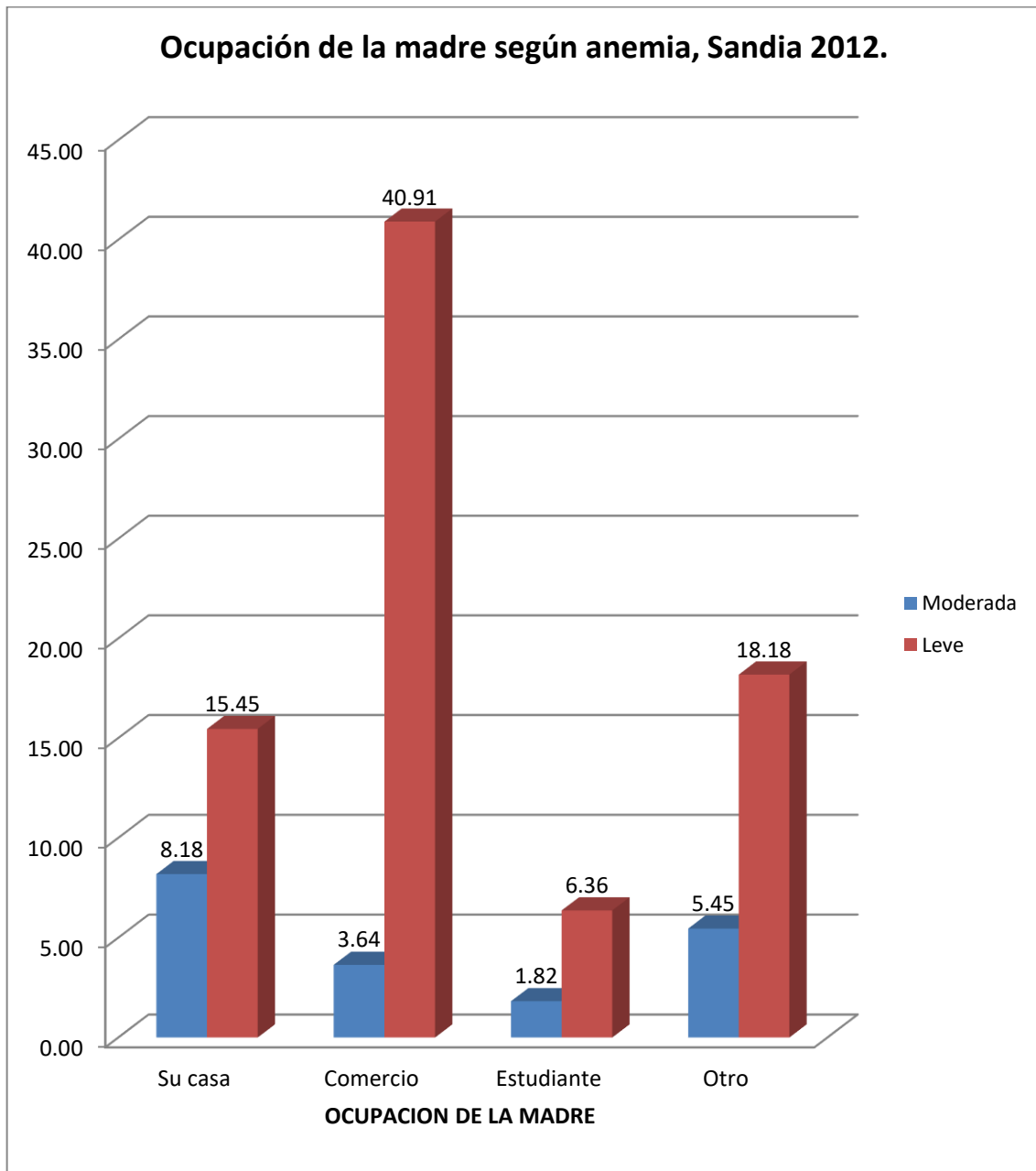
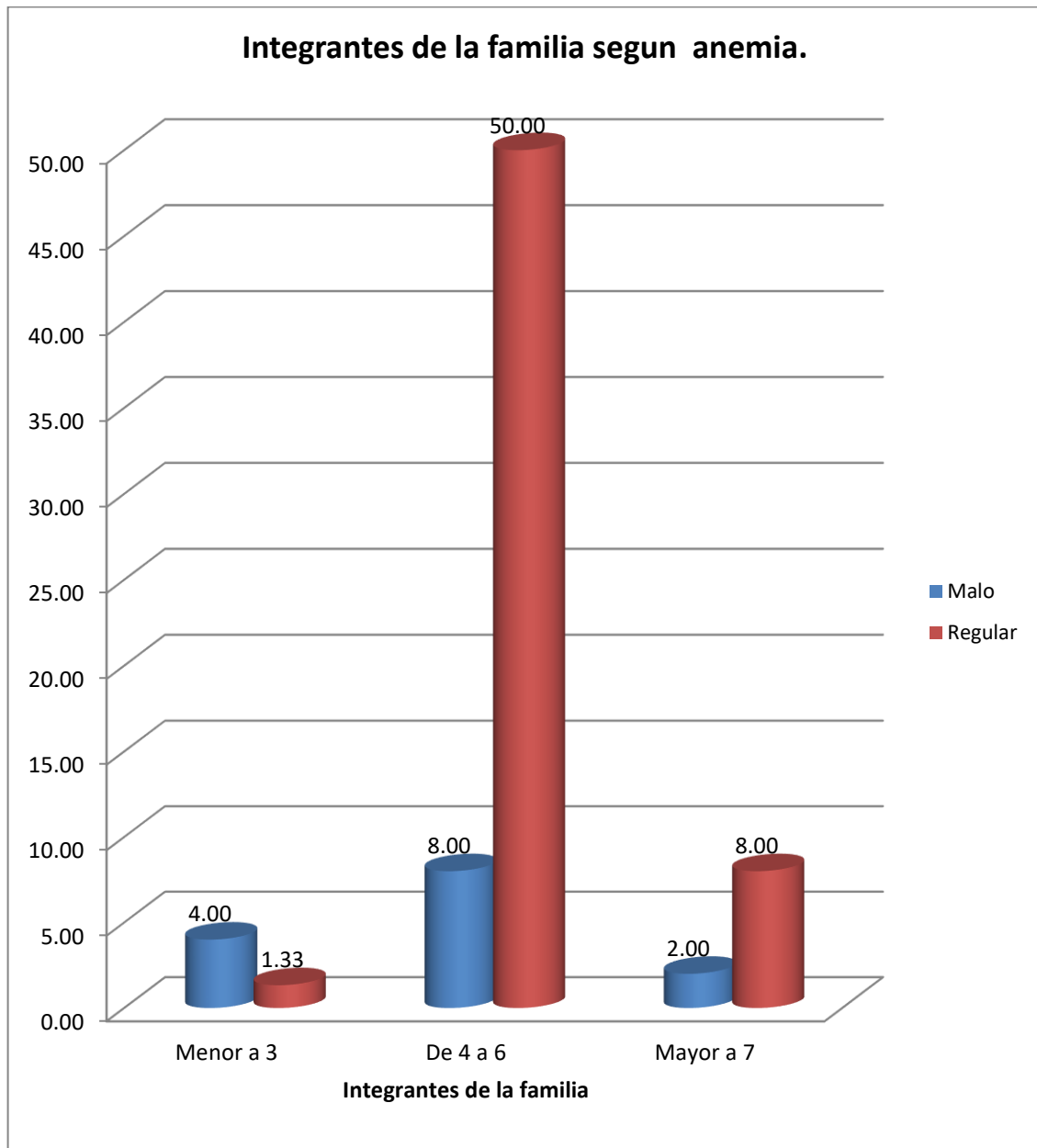


Gráfico 05





Universidad Nacional
del Altiplano Puno



VRI
Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo MARILY JOURDES SAMBAPAZA WPA
identificado con DNI 41975821 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
ENFERMERIA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACION TEMPRANA DEL NIÑO

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
"Factores sociales de las madres y su relación con la
anemia en niños de 6 meses a 5 años atendidos en el
centro de salud Yanahuaya, Sandia - 2012"

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 29 de Noviembre del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo MARILYN LOURDES CAHUAPAZA LIPA
identificado con DNI 41975022 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
EXPERIENCIA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACION TEMPRANA DEL NIÑO
informe que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"Factores sociales de las madres y su relación con la anemia
en niños de 6 meses a 5 años atendidos en el centro
de salud Yanahuaya, Sandía - 2012"

Es un tema original.

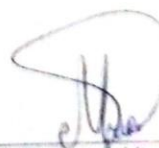
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 29 de NOVIEMBRE del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella