



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex Fundo Naranjal 2013

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina de Enfermería en Salud Pública

AUTOR

Beatriz Veronica Luna Guerrero

LIMA – PERÚ

2014

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL
CENTRO DE SALUD EX
FUNDO NARANJAL
2013**

A Dios Padre Celestial; por estar siempre conmigo iluminando y guiando mi camino para cumplir mi anhelo y hacer realidad el logro de mis objetivos.

A mis dos ángeles más hermosos que Dios me dio mis padres Genaro y Manuela, por estar conmigo apoyando el logro de mis metas.

A mis hermanas quienes han estado en todo momento brindándome su apoyo durante mi formación profesional.

A mi asesora la Lic. Juana Elena Durand Barreto, por su enseñanza y asesoramiento valioso durante el desarrollo del presente estudio.

A la jefatura y al departamento de Enfermería del C.S Ex Fundo Naranjal, por su disponibilidad y apoyo para el desarrollo satisfactorio del trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Situación Problemática	3
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5 Propósito	8
CAPÍTULO II.MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudio	9
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Definición operacional de términos	44
CAPITULO III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	45
3.2. Lugar de estudio	45
3.3. Población de estudio	46
3.4. Muestra y muestreo	46
3.5. Criterios de selección.....	47
3.5.1. Criterios de inclusión.....	47
3.5.2. Criterios de Exclusión	47
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	47
3.7. Procedimiento de análisis e interpretación de datos	48
3.8. Consideraciones Éticas	48
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados.....	49
4.2. Discusión	56
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	63
5.2. Limitaciones.....	65
5.3. Recomendaciones	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	66
BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1	Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del C.S Ex Fundo Naranjal Lima – Perú 2013.	52
2	Factores relacionados con el cuidador del paciente según ítems que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del C.S Ex Fundo Naranjal Lima - Perú 2013.	53
3	Factores relacionados con el tratamiento según ítems que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del C.S Ex Fundo Naranjal Lima - Perú 2013.	54
4	Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud según ítems que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del C.S Ex Fundo Naranjal Lima - Perú 2013.	55

RESUMEN

AUTOR: BEATRIZ VERÓNICA LUNA GUERRERO

ASESORA: JUANA ELENA DURAND BARRETO

El objetivo fue determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en los niños menores de 3 años del C.S Ex Fundo Naranjal 2013. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 55 niños. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (55), 58% (32) madres expresaron que los factores relacionados con el cuidador del paciente está ausente y 42% (23) presente. En la dimensión relacionado con el tratamiento 67% (37) refieren que esta ausente y 33% (18) presente; en la dimensión relacionado con la prestación de los servicios de salud 56% (31) está presente y 44% (24) ausente. **Conclusiones.** Los factores que afectan la adherencia en mayor porcentaje son los factores relacionados con el tratamiento los cuales están dados por el incumplimiento de los regímenes dietéticos ya que el niño no consume vísceras, carnes rojas y pescado de 3 a más veces por semana, no consume menestras, y alimentos ricos en hierro para prevenir y tratar la anemia. Seguido por los factores relacionados con el cuidador del paciente referido a que el niño no consume alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia y no termina el tratamiento de 6 meses. Mientras que los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud se encuentran presente ya que el personal de salud brindo orientación sobre el tratamiento y cuidados de la anemia, disponibilidad del medicamento en la farmacia del establecimiento.

PALABRAS CLAVES: Factores, adherencia, tratamiento de anemia ferropénica.

SUMMARY

AUTHOR: BEATRIZ VERÓNICA LUNA GUERRERO

ADVISOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO

The aim was to determine the factors that influence the adherence of treatment of iron-deficiency anemia in children under 3 years of C.S Ex Fundo Naranjal 2013. **Material and Method.** The study was applicative level, quantitative type, cross-sectional descriptive method. The sampling consisted of 55 children. The technique was the survey and the instrument a questionnaire, which was applied after prior informed consent. **Results.** Out of 100% (55), 58% (32) of the mothers expressed that the related factors to the patient's caregiver is missing and 42% (23) said that it is present. In the dimension related to the treatment 67% (37) comment that it is absent and 33% (18) think it is present; in the dimension related to the provision of health services 56 % (31) consider it present and 44 % (24) consider it absent. **Conclusions.** The factors affecting adherence to a greater percentage are the factors related to treatment, which is due to the failure of dietary regimes since the child does not consume organ meats, red meat and fish 3 or more times a week, does not consume legumes and iron-rich food to prevent and treat anemia. This is followed by factors related to the patient's caregiver referred to the fact that the child does not consume foods rich in iron to prevent anemia and does not finish the 6-month treatment. While factors related to the provision of health services are present since I am health personnel I offer guidance on the treatment and care of anemia, availability of medication in the pharmacy of this place.

KEYWORDS: Factors, adherence, treatment of iron deficiency anemia.

PRESENTACIÓN

La anemia ferropénica es la deficiencia nutricional con mayor prevalencia a nivel mundial, y dada la alta tasa de morbilidad es considerada un problema de salud pública que afecta sobre todo a niños menores de 3 años y mujeres en edad fértil, siendo una de las principales causas el desequilibrio generado por la baja ingesta de hierro en la dieta, desconocimiento de su biodisponibilidad, mala absorción o utilización de hierro e incumplimiento de las indicaciones recomendadas ⁽¹⁾.

La anemia ferropénica, puede ocasionar y/o producir deterioro en el desarrollo psicomotor y cognoscitivo del niño ya que afecta la formación del sistema nervioso central desde la etapa fetal, las cuales no podrán ser resueltos con posterioridad y las consecuencias en la edad adulta van a afectar negativamente la productividad de las personas cuando ingresan en el mercado laboral ⁽²⁾.

El presente estudio titulado: “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex fundo Naranjal 2013”, tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia de niños menores de 3 años. Con el propósito de proporcionar información actualizada a la enfermera y al equipo de salud; que contribuya, motive y promueva la formulación de estrategias orientadas a promover la adopción de conductas saludables y/o programas de salud, dirigido a las madres y/o responsables de la crianza de los niños menores de 3 años, promoviendo la participación activa y consciente para mejorar la salud del niño.

El estudio consta de: Capítulo I. Introducción; el cual contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico en el que se expone los antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología; en el que se incluye el nivel, tipo y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, unidad de análisis, muestra y muestreo, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento para el análisis e interpretación de información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el 2008, estimó que en el mundo hay 2000 millones de personas con algún grado de anemia, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro que pueden ser prevenibles o tratados a bajo costo. A nivel mundial la prevalencia de la anemia sobre todo la severa es mayor en América del Sur (Perú, Brasil, Bolivia y parte de Venezuela) en África en un 50% de países, en Asia (Iraq, India, Indonesia) con prevalencias mayores al 40%. Anemia moderada Ecuador, Colombia, México, Libia, Egipto, China, Rusia, Canadá. Anemia Leve Chile, Groenlandia, Noruega, Suecia, Australia; no presenta prevalencia de Anemia Estados Unidos (EE.UU).⁽³⁾

La situación de anemia a nivel de latino América y el Caribe se encuentran en países como Haití con el porcentaje más alto 65.8%, encontrándose el Perú en tercer lugar con un 50.4% de porcentaje de anemia en niñas y niños menores de 5 años .De los países de América del Sur, Chile es el que ocupa el último lugar con un 1.5% de anemia. La clasificación de anemia en los países de América latina y el Caribe según gravedad como problema de Salud Pública ubica al Perú con una prevalencia severa mayor al 40% por lo que se considera como problema de Salud Publica en el país.⁽⁴⁾

En el Perú, uno de cada dos niños menores de 3 años tiene anemia (46,6 %), siendo esta mayor en el área rural (53,3%) que en el

área urbana (42,9%). Según la ENDES 2009 y la ENDES 2011, primer semestre, la prevalencia de la anemia en los menores de tres años disminuyó en 3,8 puntos porcentuales a nivel nacional (de 50,4 % a 46,6%), la misma que fue de 3,9 puntos porcentuales en el área urbana y 3,4 puntos porcentuales en el área rural. Según región natural, la ENDES 2011 primer semestre ratifica que la prevalencia de la anemia es mayor en la sierra (54,9%) y en la selva (50,9%), que contrastan con la costa (38,9%); mientras que en la sierra y la selva la anemia afecta a cerca de seis y cinco de cada diez niños respectivamente; en la costa solo afecta a cuatro de ellos, cerca de dos y alrededor de un niño menos que en la sierra y la selva. Según ENDES 2009 y la ENDES 2011 primer semestre, el nivel promedio de la prevalencia bajó en la región de la costa (de 43,4 a 38,9 %) y en la sierra (de 59,8% a 54,9%); y subió en algo más de tres puntos porcentuales en la región de la selva (de 47,6 % a 50,9%).⁽⁵⁾

Sin embargo, la cifra resulta mayor cuando revisamos la prevalencia según grupo etareo, así, tenemos que afecta al 75,2 % de niños y niñas de 6 a 8 meses y alcanza al 72% en niños y niñas de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60.3%), mientras que en los infantes de 18 a 59 meses los porcentajes son menores, la prevalencia se da en las zonas rurales que en la urbana; encontrándose regiones donde las brechas son mayores.⁽⁶⁾

La prevalencia de la anemia por carencia de hierro ocurre en niños de 6 y 17 meses de edad, lo que significa que una importante proporción de nuestros niños van a tener problemas en su desarrollo psicomotor y cognoscitivo.⁽⁷⁾ Al nacer, el niño lleva una reserva de hierro, que es transmitida por la madre, para compensar la cantidad

aportada por la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. A partir de esta edad, el niño va complementar el aporte de hierro con una alimentación balanceada. Por lo tanto la presencia de anemia por carencia de hierro, en la mayoría de los casos está determinada por diversos factores culturales como creencias y costumbres alimentarias arraigadas; factores económicos, como el nivel socioeconómico bajo, bajo poder adquisitivo, prácticas alimentarias, como aporte insuficiente de alimentos ricos en hierro, así como por factores biológicos de las personas y las características de los alimentos, acceso, disponibilidad y consumo. ⁽⁸⁾

Según datos del Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Nutrición, en el Perú solo el 3.8% de niños con anemia cumple el tratamiento de 6 a más veces por semana; el 22.2% de niños menores de 36 meses reciben una alimentación complementaria acorde al esquema del MINSA; y el 56.8% de niños menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva. ⁽⁹⁾

Casas Castro, Vilma en su investigación “Adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en niños de 6- 24 meses y factores asociados C.S.M.I Tahuantinsuyo Bajo” (2010), menciona que la razón por la que muy pocos niños son adherentes al tratamiento, responde a diversos factores que están relacionados a efectos secundarios al tratamiento farmacológico, desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, atención inoportuna; entre otras fueron las razones que conllevaron a la no adherencia al tratamiento. ⁽¹⁰⁾

En el Centro de Salud “Ex fundo Naranjal”- SMP; componente CRED, esta situación no es ajena a la realidad de los niños que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo, según datos estadísticos

registrados en el año 2012 , el 45 % de niños de niños menores de años atendidos en el consultorio de CRED, son diagnosticados con anemia ferropénica⁽¹¹⁾ y se encuentran en tratamiento, de los cuales realizando la revisión de historias clínicas de todos los niños que presentan anemia se muestra la tendencia que no cumplen con el tratamiento farmacológico y dietético indicado. Al interactuar con las madres de familia refieren: “no le doy la medicina por que se estriñe”, “no sé qué pasa, será por la medicina que sus dientes se están manchando de marrón”, “no tengo plata para comprar la vitamina”, “mi hijo vomita la vitamina”, “me olvido de darle la vitamina todos los días”, “solo le di un mes”, “a mi niño no le gusta la sangrecita”, “en mi casa mi esposo no quiere que comamos carnes”, “me da asco la sangrecita y por eso no hago para mi niño”, “en mi casa lo que comemos mas es la sopa”, “la espinaca es muy buena contra la anemia”, “no sé qué darle a mi hijo, que alimentos tienen más hierro” , “el doctor me dijo que no le diera la vitamina si mi hijo se encuentra enfermo con tos o diarrea”, entre otras expresiones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo que se creyó conveniente realizar un estudio sobre:
¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del centro de Salud de Ex Fundo Naranjal - 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Dada la alta incidencia de la anemia en nuestro país, que afecta sobre todo a niños menores de 3 años; el cual trae como consecuencia efectos adversos irreversibles en el desarrollo, disminuyendo el

desarrollo motor y la actividad física en el niño, que puede dejar una secuela funcional caracterizada principalmente por un menor rendimiento escolar en comparación a niños que no han sido anémicos, aumentando la repitencia en los niños en edad escolar. La enfermera que trabaja en el primer nivel de atención en las actividades de promoción y prevención que desarrolla debe enfatizar el rol educativo a través de la consejería integral, identificando factores de riesgo, realizando visitas domiciliarias de seguimiento y desarrollando programas de educación para la salud que promuevan la adopción de conductas saludables en la prevención y control de la anemia infantil.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica de niños menores de 3 años del centro de Salud de Ex Fundo Naranjal.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores relacionados al cuidador del paciente según ítems que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica de niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex fundo Naranjal.
- Identificar los factores relacionados con el tratamiento según ítems que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica de niños menores de 3 años del centro de Salud de Ex Fundo Naranjal.
- Identificar los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud según ítems que influyen en la adherencia

al tratamiento de anemia ferropénica de niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex fundo Naranjal.

1.5. PROPÓSITO

El propósito del estudio está orientado a que sus resultados proporcionen información actualizada a la enfermera y al equipo de salud; de modo a que contribuya, motive e incentive a la formulación de estrategias orientadas a promover la adopción de conductas saludables y/o programas de salud dirigido a las madres y/o responsables de la crianza de los niños menores de 3 años buscando la participación activa y decidida de ellas para que todos los niños terminen el tratamiento de anemia; el cual a su vez permitirá la disminución de prevalencia de casos de anemia.

Además, se pretende que el equipo multidisciplinario de salud conformada por la enfermera, médico, personal técnico y administrativo; reoriente estrategias como el diseño de intervenciones educativas en las que incluyan metodologías participativas dirigidas a quienes están al cuidado del niño en este caso las madres, mejore los sistemas de vigilancia y seguimiento epidemiológico que permitan a los profesionales realizar una oportuna intervención e incorpore la prevención de la anemia a las prácticas cotidianas que contribuya a la disminución de la prevalencia de casos de anemia y de esta manera favorecer el crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Luego de haber revisado los antecedentes se ha encontrado estudios a fines. Así tenemos:

A NIVEL NACIONAL

CASAS CASTRO, Vilma Liliana de La Merced, el 2010, en Lima; realizó un estudio sobre: “Adherencia al Tratamiento de Anemia Ferropénica en Niños de 6 a 24 Meses y Factores Asociados C.S.M.I. Tahuantinsuyo Bajo”. El objetivo fue determinar la adherencia y los factores asociados a la adherencia al tratamiento de anemia en niños de 6 a 24 meses de edad en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo”. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo. El marco muestral fueron los niños de 6 a 24 meses y la unidad de análisis las 50 madres que conformaron la muestra. El instrumento fue un cuestionario y la técnica fue la entrevista. Las conclusiones a las que llegó la autora fueron entre otras, que:

“La no adherencia al tratamiento es una condición manifiesta en casi la totalidad de niños con diagnóstico de anemia ferropénica en el C.S “Tahuantinsuyo Bajo”, evidenciándose el incumplimiento de los regímenes farmacológico y dietético. Los factores que guardan una asociación estadísticamente significativa son a) Efectos secundarios al tratamiento farmacológico, condición que se presentó en todos los niños, siendo el estreñimiento el más observado y el que fue motivo de interrupción del tratamiento. b) Desconocimiento

de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, apreciándose este factor en más de la mitad de la población en estudio, donde destaca la no percepción de la anemia como una enfermedad grave y el desconocimiento de los regímenes del tratamiento. c) Atención inoportuna, factor presente en la mayor cantidad de madres que conllevó a la no continuidad de atención”.⁽¹²⁾

MUNAYCO ESCATE, César; GAMBIRAZIO CARBAJAL, Carlos; SUÁREZ OGNIO, Luis y ARIAS RAMIREZ, Lena; el 2009, en Ayacucho; realizaron un estudio sobre: “Adherencia a la suplementación con hierro durante la gestación en las direcciones de salud de Apurímac y Ayacucho”. El objetivo fue determinar la adherencia al suplemento de hierro de las gestantes que acuden al control prenatal en los establecimientos del MINSA e identificar los factores asociados a la baja adherencia a la suplementación de hierro. El estudio fue descriptivo con enfoque epidemiológico longitudinal con una cohorte, entre los meses de agosto del 2006 a abril del 2007, en 18 establecimientos de salud (EESS) de las Direcciones regionales de Salud (DIRESA) de Ayacucho (11 EESS) y Dirección de Salud (DISA) Andahuaylas (5 EESS). El nivel de inferencia es regional (DISA Apurímac II, DIRESA Ayacucho). El estudio tuvo dos fases: uno a dos meses de enrolamiento, y tres a cinco meses de seguimiento. El tamaño muestral fue de 385 gestantes más 50 adicionales por pérdida en el seguimiento, lo cual hace un total de 435. La técnica fue la encuesta y el análisis documental y el instrumento fueron una ficha de seguimiento. Las conclusiones que llegaron los autores fueron:

La adherencia promedio a la suplementación de hierro en las gestante estudiadas es menor al 50%, y disminuye conforme transcurren los meses de gestación, llegando a ser sólo del 30% al sexto mes de seguimiento. Esta baja adherencia no asegura el cumplimiento del objetivo de la suplementación. El riesgo de presentar adherencia baja se relacionó con mayor número de efectos adversos producto de la suplementación, la pérdida de motivación para

continuar con la suplementación, la inadecuada consejería de refuerzo y la falla en la dispensación del hierro en el establecimiento de salud.

No hubo diferencia significativa entre la prevalencia de anemia al inicio y al final del estudio en Ayacucho. Sin embargo, hubo un incremento significativo en Andahuaylas. Estos resultados son consistentes con la baja adherencia encontrada en el estudio⁽¹³⁾.

HUACHACA BENITES, Cynthia, el 2008, en Lima; realizó un estudio sobre: “Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega baja”. El objetivo fue determinar la efectividad de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega baja. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi-experimental de un solo diseño. La muestra estuvo conformada por 39 madres. El instrumento fue el cuestionario y la técnica fue la encuesta. Las conclusiones que llegó la autora fue entre otras, que:

Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre la prevención de anemia ferropénica, antes de la aplicación de la sesión demostrativa fue de nivel medio predominantemente con 53.80%, seguido del 23.1% con conocimiento bajo. Con respecto a las madres que presentaron nivel de conocimiento medio, mostraron una modificación considerable en la evaluación posterior, encontrándose que 19 (90.5%) incrementaron sus conocimientos pasando a presentar un nivel de conocimiento alto y sólo 2 (9.5%) se mantuvo con la estimación inicial. Las madres que inicialmente presentaron nivel de conocimiento bajo, también mostraron variaciones en la evaluación posterior a la aplicación de la sesión demostrativa; encontrándose que 8 (88.9%) incrementaron sus conocimientos a un nivel de conocimiento alto, y sólo 1 (11.1%) pasó a conocimiento medio⁽¹⁴⁾.

MÁRQUEZ LEÓN, Julia Esperanza, el 2007, en Lima; realizó un estudio sobre: “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos que sobre la anemia ferropénica tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud de Micaela Bastidas. El estudio es de tipo descriptivo, aplicativo, transversal, se contó con una población de 112 madres, La técnica fue la encuesta y el instrumento, un cuestionario. La conclusión fue entre otros:

De 112 madres que son el 100%, 70 (62.5%) de madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre la anemia ferropénica, lo que limitando que las madres tomen una conducta acertada del cuidado de sus hijos frente a la anemia. De 112 (100%) de madres, 77 (68.75%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a esta enfermedad debido a la desinformación para prevenirla. De 112 (100%) de madres, 74 (66.07%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y a tratamiento de la anemia, lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño. Del (100%) de madres, 97 (84.82%) (Suma del conocimiento medio y bajo) de madres, tienen conocimiento medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas, sobre todo al daño en el sistema nervioso⁽¹⁵⁾.

A NIVEL INTERNACIONAL

MERINO ALMARAZ, Vania Nohelia; LOZANO BELTRÁN, Daniel Franz; TORRICO Faustino el 2010, en Bolivia, realizaron un estudio sobre: “Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo”. El objetivo fue determinar el nivel de adherencia a la prescripción durante los controles prenatales y los factores que influyen en la falta de adherencia. El diseño del estudio es caso control. La población estuvo conformada por gestantes del

hospital Materno Infantil Germán Urquidi de Cochabamba, la muestra para los casos fue de 135 pacientes y para control 47. El instrumento utilizado fue un instrumento. La conclusión que llegaron los autores entre otros fue:

Se debe fortalecer la relación médico paciente en especial en lo referido a las indicaciones que se da a la paciente para la toma de la medicación y los efectos adversos que pueden ocurrir adaptados al grado de educación y los aspectos culturales de la mujer embarazada para lograr un mejor efecto sobre la prevención de las anemias con el uso de sulfato ferroso.

Las mujeres que no tuvieron estudios de secundaria o superior, muestran tener una mala adherencia. Lo cual concuerda con la literatura donde se afirma que uno de los factores que influye en la adherencia a un tratamiento es el nivel de escolaridad. Una baja escolaridad está relacionada a muchos aspectos que incluye la falta de comprensión adecuada de las indicaciones médicas, las razones y beneficios de la suplementación con sulfato ferroso y quizá otros aspectos culturales que disminuyen en conjunto la adherencia al tratamiento⁽¹⁶⁾.

FIGUEROA PINEDA, Claudia Lucía, el 2010, en Colombia; realizó un estudio sobre: “Factores asociados con la no Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de la empresa promotora de salud de Bucaramanga”. El objetivo fue determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de la empresa promotora de salud Bucaramanga. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo analítico de corte trasversal. La población estuvo conformada por 2061 pacientes con diabetes tipo 2 y la muestra estuvo conformada por 403. La técnica fue una encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones del estudio fueron entre otras:

Existe una alta no adherencia al tratamiento de diabetes en la población estudiada, de más del 60% determinada principalmente por los factores clínicos tales como; no uso o mal uso de la terapia farmacológica, dietaria y diabetes de más de 10 años. Sin embargo, otros factores independientes asociados a la no adherencia, como estilo de vida de alto riesgo, asistir a veces acompañado a la consulta, vivir solo con el cónyuge, estar desempleado, y tener inadecuada percepción de la atención y orientación en el tratamiento”⁽¹⁷⁾.

ESCALANTE IZETA, Ericka; BONVECCHIO Anabelle; THEODORE Florence; NAVA, Fernanda; VILLANUEVA María Ángeles; RIVERA DOMMARCO, Juan Ángel; el 2008, en México; realizaron un estudio sobre: “Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades”, cuyo objetivo fue determinar y explorar los factores socioculturales que facilitan u obstaculizan el consumo recomendado de un complemento alimenticio (CA) repartido en todo el país como parte del Programa Oportunidades en niños de 6 a 59 meses de edad. El estudio fue de tipo cualitativo, método descriptivo analítico. La población estuvo conformada por las comunidades rurales de los estados de Chiapas y Veracruz. La muestra fue de 30 madres. La técnica fue la entrevista a profundidad y el instrumento fue un cuestionario semiestructurado. Las consideraciones a la que llegaron los autores entre otras fueron:

Los resultados permitieron sugerir elementos para promover el CA, así como identificar las incongruencias culturales y sociales entre las recomendaciones del programa y las prácticas y preferencias de la población objetivo.

La representación materna de la alimentación infantil se basa en la propia experiencia de las madres con sus hijos. Éstas mencionaron que los niños bien alimentados son aquellos que están saludables, corren, juegan, se ven robustos, son alegres y fuertes. Estas características se identificaron también como beneficios aportados por el CA, además de la mejoría de la inteligencia y el aumento de peso. Las madres refirieron que el CA tiene vitaminas (concepto

entendido como positivo dentro de la alimentación en general) y evita enfermedades⁽¹⁸⁾.

URQUIDI BELLOTA, Claudia Cinthya, el 2006, en Bolivia; realizó un estudio sobre: “Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso microencapsulado”. El objetivo fue evaluar según el porcentaje de respuesta la adherencia al tratamiento de la anemia con microgránulos de fumarato ferrosos microencapsulado, en condiciones similares a los de un programa de intervención en curso, en comparación a las gotas de sulfato ferroso en niños de 6 meses a 24 meses de edad. El diseño de estudio fue un ensayo clínico aleatorio controlado, abierto. La población estuvo conformada por 144 niños de 6 a 24 meses de edad. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario; además se realizó la intervención y seguimiento de los casos. Las conclusiones que llegó la autora fue entre otras, que:

El uso de fumarato ferroso microencapsulado, produce una reducción significativa de la prevalencia de anemia en una población pediátrica de alto riesgo por presentar mejor adherencia a este. La aplicación de la nueva intervención en los Programas de Salud, aumentaría en un 33% los beneficios obtenidos por el nuevo suplemento, es decir que cada 3 niños tratados con fumarato ferroso, uno aumentaría sus niveles de hemoglobina hasta alcanzar el estado no anémico⁽¹⁹⁾.

Los antecedentes revisados han sido de gran aporte al presente estudio en cuanto a la estructura de la base teórica y la metodología; siendo importante realizar el estudio con la finalidad de promover la implementación de un programa orientado a promover la participación activa y decidida de la madres en el cuidado de sus niños para controlar la anemia ferropénica y lograr la adherencia al tratamiento.

2.2. BASE TEÓRICA

PROBLEMÁTICA SOBRE LA ANEMIA INFANTIL

La prevalencia mundial de la anemia y el número de personas afectadas a nivel mundial es de 1620 millones de personas (IC95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, IC95%: 446,2 a 490,6 millones). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008, estimó que en el mundo hay 2000 millones de personas con algún grado de anemia, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro que pueden ser prevenibles o tratados a bajo costo. A nivel mundial la prevalencia de la anemia sobre todo la severa es mayor en América del Sur (Perú, Brasil, Bolivia y parte de Venezuela) en África en un 50% de países, en Asia (Iraq, India, Indonesia) con prevalencias mayores al 40%. Anemia moderada Ecuador, Colombia, México, Libia, Egipto, China, Rusia, Canadá. Anemia Leve Chile, Groenlandia, Noruega, Suecia, Australia, No presenta prevalencia de Anemia Estados Unidos⁽²⁰⁾.

Una proporción significativa de la población mundial presenta carencias de minerales y vitaminas, a los que comúnmente se designa como micronutrientes. Aunque algunas de las consecuencias clínicas obvias de la malnutrición de micronutrientes han sido conocidas por largo tiempo, sólo recientemente se han comprobado las dimensiones globales y el amplio espectro de consecuencias adversas de las deficiencias aun en las leves de micronutrientes sobre el desarrollo

físico y mental, la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad. Desde 1990, el compromiso político de reducir y controlar las carencias de los principales micronutrientes ha estado presente en la agenda de numerosas reuniones mundiales ⁽²¹⁾.

SITUACIÓN NACIONAL DE LA ANEMIA Y SUS DETERMINANTES

Si bien se han identificado múltiples causas, la ingesta insuficiente de hierro es la causa principal en el Perú. La anemia afecta principalmente a los niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y gestantes. La anemia es considerado un problema severo de salud pública en el Perú que afecta al 42% de niños menores de tres años a nivel nacional, cuyos porcentajes en las zonas urbanas llegan al 38% y en las rurales al 50%, según datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES) 2011. Así tenemos que, según ENDES continua 2009, el 37.2% de niñas y niños menores de cinco años, padece de anemia, proporción menor a la observada en el año 2002 (49.6%); sin embargo, la cifra resulta mayor cuando revisamos las prevalencias según grupo etario así, tenemos que afectar al 75.2 % de niñas y niños de 6 a 8 meses y alcanza el 72% en niños y niñas de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60.3%), mientras que en los infantes de 18 a 59 meses los porcentajes son menores. Según características, el porcentaje de anemia es mayor en niñas y niños de madres con primaria y sin educación (46.7 y 41.9%respectivamente); por sexo los niños tienen mayor prevalencia de anemia que las niñas (38.3 y 36%) ⁽²²⁾.

La anemia es más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (44.1%) de la sierra (46.6%). Cabe señalar que la ingesta de hierro proveniente de la dieta, en niños de 12 a 35 meses, solo alcanza

a cubrir el 41.8% de las necesidades de hierro, siendo la mayor parte hierro no hemínico (76.7%) proveniente de alimentos de origen vegetal. La situación es más crítica tomando en cuenta que solo el 12.5% de niños entre 6 a 36 meses ha recibido suplemento de hierro⁽²³⁾.

DETERMINANTES NACIONALES DE LA ANEMIA

Los determinantes de la anemia tienen que ver con factores sociales, económicos y culturales, así como por factores biológicos de las personas y las características de los alimentos, acceso, disponibilidad y consumo, estos son⁽²⁴⁾:

- Factores socioeconómicos y culturales: incluyen las características de acceso económico, cultural y geográfico a cantidad y calidad de alimentos ricos en hierro, así como agua y saneamiento a alimentos facilitadores de absorción de hierro, la baja proporción de lactancia materna exclusiva y el bajo nivel de educación de los padres. Según características, el porcentaje de anemia es mayor en niñas y niños de madres con primaria y sin educación (42.7 y 41.9% respectivamente).
- Consumo alimentario inadecuado. La inadecuada ingesta de hierro, con bajo consumo de alimentos ricos en hierro y la ingesta de alimentos con hierro de baja disponibilidad, el bajo consumo de facilitadores de absorción de hierro (ej. Vitamina C), los requerimientos incrementados característicos de algunas etapas de vida y condiciones fisiológicas como los primeros 6 meses de vida y el último trimestre de la gestación, así como los primeros 2 años de vida. Respecto al consumo de alimentos ricos en hierro, un 85.2 % de niños y niñas menores de 36 meses los consume. Según el área de residencia, en la zona rural es donde existe menor consumo de este tipo de alimentos

(77%) en comparación con el área urbana (89.3%); el consumo de alimentos ricos en hierro es menor en madres de 15 a 19 años (78.4%) con relación a otros grupos etarios en donde superan el 85%.

- Falta de acceso y uso de servicios de salud y nutrición. El acceso y el cumplimiento de controles prenatales, atención de parto, controles CRED, la atención integral que incluye consejería nutricional y suplementación con hierro y micronutrientes son una oportunidad para disminuir la anemia en etapas de mayor requerimiento y mayor potencial de mejorar la salud y desarrollo de MEF e infantil.
- Deficiente estado nutricional. Es necesario evitar el deficiente estado nutricional en las diferentes etapas de vida, facilitando el acceso y favorecer el consumo de alimentos ricos en hierro de elevada disponibilidad así como facilitadores de absorción de hierro y el uso de suplementos en etapas de incremento de requerimientos fisiológicas de hierro, puesto que, por ejemplo, la anemia en mujeres en edad fértil y en gestantes condiciona partos prematuros, niños con bajo peso al nacer y desnutrición crónica.
- Incremento de la morbilidad. Existe evidencia que las infecciones endémicas en niños; parasitosis y enfermedades infecciosas agudas, promueven la respuesta inflamatoria y, por lo tanto, a que las reservas de hierro disminuyan, incrementando el riesgo de anemia ⁽²⁵⁾.
- Factores biológicos de mayor vulnerabilidad. Existen factores biológicos, asociados con cada etapa de vida en las que el mecanismo probable sea un incremento en el requerimiento de hierro, como la etapa de 6 a 24 meses de edad. En la que es necesario priorizar la lactancia materna, suplementación con

hierro, alimentación complementaria con alimentos ricos en hierro, fortificación de alimentos con hierro y facilitadores de absorción de este mineral⁽²⁶⁾.

LA ANEMIA

El término anemia designa la disminución de los eritrocitos o de la hemoglobina circulante en sangre, y resulta básicamente del desequilibrio entre la producción y la pérdida o destrucción de los hematíes o de la hemoglobina⁽²⁷⁾.

CAUSAS

Los grupos de población con mayor riesgo de sufrir carencia de hierro son los niños de entre 6 y 24 meses de edad, y las mujeres embarazadas. La causa común es el aumento del requerimiento de hierro, relacionado con la mayor velocidad de crecimiento.

Niños: El niño de término al nacer tiene una concentración corporal de hierro de alrededor de 75 mg por Kg de peso corporal. Estos depósitos, relativamente altos, alcanzan para sostener la duplicación del peso corporal que se produce alrededor del 4º mes de vida. Luego, el lactante es totalmente dependiente del hierro de la dieta. Al final del primer año, el niño normal ha triplicado el peso corporal y duplicado su volumen sanguíneo. Por esta razón, el requerimiento diario de hierro es similar al de un hombre adulto, pero la cantidad total de alimentos consumidos por un niño de 1 año es alrededor de 1/3. Este simple cálculo ayuda a explicar la situación de riesgo de los lactantes. En los niños pequeños el aumento del requerimiento relacionado con el crecimiento coincide con el período de mayor vulnerabilidad del cerebro a las noxas nutricionales; por otra

parte, la densidad de hierro en sus dietas suele ser baja. Además existen factores que aumentan el riesgo de anemia como bajo peso al nacer, ligadura precoz del cordón umbilical, breve duración de la lactancia materna exclusiva, introducción precoz de leche de vaca, introducción tardía de la carne y dietas de baja biodisponibilidad de hierro ⁽²⁸⁾.

CONSECUENCIAS

La anemia en los niños provoca alteraciones en diversas funciones: alteración del desarrollo psicomotor, especialmente del lenguaje, disminución de la capacidad motora, retardo del crecimiento físico, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones ⁽²⁹⁾.

Mientras la deficiencia de hierro afecta el desarrollo cognoscitivo en todos los grupos de edad, los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después de un tratamiento. Al cumplir su primer año de vida, 10% de los infantes en los países desarrollados, y alrededor de 50% en los países en desarrollo, están anémicos; esos niños sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor- cognoscitivo, y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente ⁽³⁰⁾.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo a criterios de la OMS y su gravedad se estratificó del siguiente modo: severo (<7 g/dl); moderada (de 7 a 9 g/dl); y leve (> 9 a 11g/dl); considerándose normales las concentraciones de hemoglobina de 12 g/dl o mayores y estos datos se dan a nivel del mar como en Lima, para nuestra localidad que se encuentra a 3400

m.s.n.m. se produce la hipoxia y aumentó de la concentración de la hemoglobina dando un valor promedio para niños de 4 a 6 años de 13.41 gr/dl. Y considerando menores a estos anémicos⁽³¹⁾.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Son palidez en conjuntivas palpebrales, mucosas orales, lechos ungueales y palma de las manos, anorexia, debilidad, fatiga. Otras manifestaciones clínicas incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. Asimismo se pueden observar alteraciones en el comportamiento de los lactantes y de los niños, caracterizadas por irritabilidad y falta de interés en su ambiente.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de anemia se realiza con base en los antecedentes médicos y familiares del paciente, el examen médico y los resultados de pruebas y procedimientos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la anemia ferropénica considera dos aspectos: el tratamiento farmacológico y no farmacológico. El tratamiento farmacológico consiste en suplementos de hierro (sulfato ferroso) que se toman por vía oral. La dosis de hierro elemental por vía oral es de 3 a 6 mg/kg/día⁽³²⁾. Se debe dar la dosis fraccionada en dos o tres tomas diarias, preferiblemente alejadas y antes de las comidas, en lo posible a la misma hora, ingiriéndose preferentemente con jugos de frutas, en especial de naranja o agua hervida y no se debe dar junto a otros medicamentos, este suplemento no sustituye la alimentación con alimentos ricos en hierro que el niño debe consumir. La vitamina C

aumenta la absorción, mientras que el calcio interfiere la absorción del hierro, por lo que los suplementos de hierro no deben tomarse con leche.

ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA

En niñas y niños nacidos a término y con peso adecuado para la edad gestacional, se prescribe de 1 a 2 mg de hierro elemental/kg de peso/día, por vía oral (en soluciones orales o polvos), desde los 6 meses hasta los 35 meses de edad durante 6 meses continuos cada año. En niñas y niños nacidos con bajo peso y prematuros, se prescribe de 2 a 4 mg de hierro elemental/kg de peso/día, por vía oral (en soluciones orales), desde el primer mes de edad, durante 11 meses continuos.

Advertencias del uso y conservación del suplemento de hierro:

Explicar a la madre o cuidador que las deposiciones pondrán ser de color oscuro y que pueden ocurrir molestias colaterales, tales como náuseas, estreñimiento o diarrea. Estas molestias generalmente son leves y pasajeras. Si continúan las molestias, trasladar a la niña o niño al establecimiento de salud, para su evaluación.

El consumo del suplemento de hierro en soluciones orales deberá ser suspendido cuando las niñas y niños se encuentren tomando antibióticos y reiniciar al terminar el tratamiento.

Se debe administrar el suplemento de hierro media hora antes de la comida acompañado con jugo de frutas, limonada o agua hervida.

No es recomendable administrarlo con leche, café, té o infusiones de hierbas (manzanilla, anís, hierba luisa, muña, entre otros), por que impiden la absorción del hierro.

No administrar con otros medicamentos, por lo menos una hora antes o después ⁽³³⁾.

EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO O DIETÉTICO

Consiste en un apoyo nutricional, como es la diversificación de la dieta rica en hierro mediante prácticas saludables de alimentación y nutrición de la niña y el niño de 6 meses a 35 meses de edad. Promoviendo el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, bazo, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado, y otras vísceras de color rojo. Promoviendo el consumo de comidas de consistencia sólida y semisólida e incrementar progresivamente la frecuencia de las comidas de acuerdo a la edad de la niña y el niño, hasta alcanzar tres comidas más dos refrigerios. Promoviendo el consumo de alimentos ricos en vitamina C, que favorecen la absorción de hierro ⁽³⁴⁾. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a ½ taza (100gr ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a ¼ taza (150gr ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200gr ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales. Durante los procesos infecciosos, fraccionar, es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas del niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.

Los suplementos de hierro pueden causar constipación, por lo tanto es conveniente que agregue, a su dieta, alimentos ricos en fibra como frutas, vegetales, granos enteros y beba abundante cantidad de líquidos. El hierro de fuente animal es más fácil de absorber, para el cuerpo, que el de origen vegetal. Incluir alimentos con vitamina C, o suplementos, ayuda al cuerpo a absorber y utilizar mejor, el hierro de origen vegetal. Los alimentos cocinados en cacerolas de hierro son, también, una fuente de hierro. El calcio puede interferir con la absorción del hierro, por lo tanto, para minimizar este efecto, no consuma leche o suplementos de calcio con sus comidas o al mismo tiempo que consuma el suplemento de hierro. Los taninos también pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble. Se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té, vinos, chocolate, frutos secos, y orégano.

EL HIERRO EN LA DIETA, FUENTES ALIMENTARIOS Y SU ABSORCIÓN

El factor de riesgo básico asociado con la deficiencia de hierro es la baja concentración y/o biodisponibilidad del hierro en la dieta. Dada una dieta de características más o menos uniformes, aquellos individuos o grupos poblacionales que tengan mayores requerimientos desarrollarán la deficiencia. El hierro está presente en los alimentos en dos formas: hierro heme y hierro no-hem. El Hierro heme está presente en las carnes de todo tipo (rojas y blancas, incluyendo las vísceras) y en la sangre (morcilla). Se caracteriza por tener una alta tasa de absorción, entre un 20 a 30% del hierro contenido en éstos alimentos. El Hierro no-hem comprende el hierro presente en los vegetales como cereales, leguminosos, tubérculos, etc. La absorción promedio de este tipo de hierro es mucho menor (de 1% a 8%) y altamente variable, dependiendo de la presencia en la misma comida de factores

facilitadores o inhibidores de la absorción. En los niños, la lactancia materna ofrece una adecuada protección durante los primeros meses de vida en la medida en que sea exclusiva.

Agentes inhibidores; podemos mencionar al ácido fítico, presente en cereales y leguminosas; los taninos, presentes en las hojas de té y ciertas hojas forráceas y pectinas abundantes en ciertos frutos que forman complejos insolubles con el hierro y no permiten su absorción. El huevo, la leche y el queso, no permiten una absorción óptima del hierro no hem; el primero, porque forma complejos fosfatados; y, el segundo, porque existe un proceso competitivo entre el calcio y el hierro.

Agentes estimuladores de la absorción del hierro no hem son componentes alimentarios capaces de atraer a los minerales desde sus inhibidores; y, transferirlos a un aceptor fisiológico molecular. Los ácidos orgánicos son los estimuladores más conocidos de la absorción del hierro no hem; de los cuales, el ácido ascórbico es el más potente, debido a su efecto reductor que previene la formación de hidróxido férrico insoluble y por formar complejos solubles con iones férricos aun en el pH alcalino.

CREENCIAS Y COSTUMBRES ALIMENTARIAS

Las creencias y costumbres como patrones socioculturales constituyen en nuestro país factores condicionantes de la problemática relacionada con el consumo de los alimentos conjuntamente con otro como es el poder adquisitivo de la familia, y el conocimiento sobre el valor nutritivo de los alimentos. De allí la importancia de conocer en que consiste cada uno de estos patrones para poner en práctica medidas destinadas al cambio de éstos.

Mitos y creencias en relación a la alimentación y nutrición

Mitos y creencias en relación a la alimentación y nutrición.	La realidad de los mitos y creencias alimentarias.
Las madres creen que el caldo de hueso es muy nutritivo.	Sólo proporciona agua y sabor. Un kilo de hueso cuesta más que un litro de leche.
Las menestras hacen daño a los niños Las menestras producen gases y cólicos.	Las menestras hacen daño a los niños Las menestras son alimentos altamente nutritivos; contienen gran cantidad de proteínas, carbohidratos y sales minerales como el hierro que favorecen en el crecimiento y desarrollo del niño. Se les debe quitar la cáscara.
La sustancia de carne de res o de bazo es un tónico de alto valor nutritivo.	El valor nutricional de las carnes está principalmente en su fibra muscular; el jugo tiene escaso valor nutritivo.
Las tabletas de "sustancias de carne" son nutritivas	Sólo dan sabor y cuestan más que un huevo.
Las vitaminas engordan	No tienen calorías por sí solas pero son indispensables para ayudar al organismo a aprovechar mejor los otros alimentos y ayudan a prevenir las enfermedades.

Fuente: MINSA. "Prevención y control de la deficiencia de hierro". Lima 2000.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES

Ningún alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo demanda, por ello la alimentación que recibe debe de ser balanceada que contenga alimentos que le van ayudar a crecer (proteínas), los que le van ayudar a subir de peso (cereales), y los que le van aportar vitaminas y minerales (frutas y verduras). Para que una alimentación complementaria sea exitosa hay que tener en cuenta los elementos como la edad de inicio de la alimentación, la cantidad, la consistencia, el número de comidas y la frecuencia en que el niño consume alimentos de origen animal. A continuación se detalla cada elemento ⁽³⁵⁾:

➤ Edad de inicio de la alimentación:

Alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y

hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. Alrededor de los 8 meses el niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo los mismos alimentos que consume el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros):

Si la introducción se retrasa, al disminuir el volumen de la leche materna, no se llegaría a cubrir las necesidades de energía, hierro, zinc y otros minerales; respecto al amamantamiento, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los lactantes continúen con la lactancia materna hasta los dos años de edad, recibiendo a su vez el complemento de alimentos seguros.

- Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece al niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad.

En niños amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 Kcal/día a la edad de 6 a 8, de 9 a 11 y 12 a 23 meses respectivamente. Por otro lado tenemos que la capacidad gástrica del niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad el niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su

desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. El niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a $\frac{1}{2}$ taza (100 g o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a $\frac{3}{4}$ de taza (150 g. o 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g o 7 a 10 cucharadas aproximadamente, tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los seis meses de edad, el niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y el niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

➤ Consistencia de las comidas

La alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar y apropiada para su edad. A los seis meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses, se tenderá hacia los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9

y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar:

➤ Numero de comidas al día

El número apropiado de comidas que se ofrecen al niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0.8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas, o si al niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla el niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar. A los seis meses, se empezará con 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 3 comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y, finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en 3 comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactancia materna. En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir (pan, fruta u otros

alimentos sólidos), de modo que el niño los pueda comer por sí solo. Para iniciar la alimentación con preparaciones semisólidas, se recomienda elegir una hora cercana al mediodía, antes de la siguiente lactada.

➤ Frecuencia semanal del consumo de alimentos de origen animal

Debido al crecimiento y desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en cuenta su biodisponibilidad.

A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.

Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A. Es imprescindible incorporar en la alimentación del niño productos que tengan alta biodisponibilidad de hierro; su deficiencia

conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño así como en su proceso de aprendizaje. Los alimentos fuentes de este mineral son las carnes, vísceras y sangrecita.

El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, por su contenido y alta biodisponibilidad, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a), porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y fallas de crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

El calcio es un mineral, cuya función es estar presente en la construcción de los huesos así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida del niño, además de continuar con la leche materna.

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para el niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

Prevención

La primera medida para prevenir la anemia en los niños es asegurarnos que la madre embarazada no la tenga, esto se logra con un buen control prenatal.

En segundo lugar debemos incentivar y asegurar una lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y complementada en los dos años de vida del niño. En los casos de lactancia artificial, solo utilizar las fórmulas infantiles (tanto de inicio como de continuación), ya que éstas vienen con agregado de hierro.

El tercer paso, es lograr una alimentación adecuada que le brinde al niño todos los requerimientos nutricionales necesarios para su óptimo crecimiento y desarrollo.

En cuarto lugar se recomienda la utilización de suplementos de hierro en forma preventiva, en niños prematuros a partir de la segunda semana de vida y en niños a término a partir de los tres meses de edad.

El Ministerio de Salud en la Directiva Sanitaria establece las actividades de prevención de la deficiencia de hierro.

Las Direcciones Regionales de Salud, las Direcciones de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, las Redes, Microrredes y establecimientos de salud en todo el país deben realizar acciones de prevención de la anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de tres años, destacando: Ligadura del cordón umbilical entre 2 y 3 minutos después del nacimiento, suplementación con hierro a los niños menores de tres años, prevención y control de la parasitosis intestinal. Todos los establecimientos de salud deben

brindar la suplementación preventiva con hierro para: Todas las niñas y niños entre los 6 y 35 meses de edad, nacidos a término y nacidos con peso adecuado para la edad gestacional, todas las niñas y niños nacidos con bajo peso y prematuros, a partir del primer mes de edad. El personal de salud que realiza el monitoreo del crecimiento y del desarrollo del niño en el establecimiento de salud, es el responsable del seguimiento y el desarrollo de estrategias que aseguren la adherencia al proceso de suplementación como la consejería nutricional⁽³⁶⁾.

ADHERENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia. La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario⁽³⁷⁾.

El cumplimiento de todas las recomendaciones indicadas por el profesional de salud para el tratamiento de la anemia se denomina adherencia, la cual asegura la óptima recuperación del niño y a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento.

El término “adherence” se define como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de

mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado⁽³⁸⁾. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.

Federico G. Puente Silva en 1985, refiere “cuando hablamos de adherencia o alianza terapéutica, nos estamos refiriendo al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas⁽³⁹⁾.

No Adherencia al tratamiento: Se define como “no adherencia” a la falta de cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. A menudo la decisión de si la paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores:

- ✓ Que tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- ✓ La percepción de gravedad de la enfermedad.
- ✓ La credibilidad en la eficacia de la medicación.
- ✓ Aceptación personal de los cambios recomendados.

La adherencia es la realización de una conducta como decisión propia en función de los valores del individuo. Responde a un modelo de relación en el que el niño, sus cuidadores y los profesionales sanitarios negocian y acuerdan una responsabilidad compartida, con una transferencia gradual de conocimientos y habilidades en función de sus capacidades. La no adherencia supone la inhabilidad para alcanzar esta relación y sus objetivos⁽⁴⁰⁾.

La no adherencia se clasifica como primaria cuando la paciente no puede adquirir el medicamento y la no adherencia secundaria cuando la paciente habiendo adquirido el sulfato ferroso ha tomado una dosis incorrecta, ha olvidado de tomar varias dosis (más de una semana) y/o ha suspendido el tratamiento demasiado pronto sin indicación médica:

DIMENSIONES INTERACTUANTES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento. El grado en que se extiende la exposición sobre cada dimensión refleja la cantidad de datos existentes, que son sesgados por la errónea concepción tradicional de que la adherencia es un problema impulsado por el paciente. Por ende, el tamaño de la sección no refleja su importancia terapéutica. A continuación se detalla cada dimensión interactuantes que influyen sobre la adherencia⁽⁴¹⁾:

FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el

grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos, los padres que los cuidan.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar. En el curso del presente informe se tratan diversas variables sociodemográficas y económicas.

Algunos estudios han informado que los factores de organización están más relacionados con la adherencia terapéutica que

los sociodemográficos, pero esto quizá varíe de un entorno a otro. Un interesante estudio de Albaz, en Arabia Saudita, concluyó que las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables sociodemográficos (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes.

La raza se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales, pero, no con menos frecuencia, las desigualdades sociales confunden estos resultados. Por ejemplo, en el Reino Unido, se ha detectado que los africanos negros seropositivos al VIH tienen una experiencia del tratamiento diferente debido al temor de que se experimente con ellos, desconfianza de la profesión médica y temor por la discriminación. En los Estados Unidos, se ha informado que los afro estadounidenses expresan significativamente más duda que la población blanca con respecto a su capacidad para usar los inhibidores de la proteasa y adherirse al tratamiento, y sobre la competencia de sus médicos.

La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos).

La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados. Varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños. La adherencia de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de tratamiento en gran parte es determinada por la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir con el tratamiento recomendado. A medida que la edad aumenta, los niños tienen la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo las tareas de tratamiento, pero siguen necesitando supervisión de sus padres.

Los niños en edad escolar se ocupan de tareas vinculadas con el desarrollo, aprenden a regular su propio comportamiento y a controlar el mundo que los rodea. A medida que los niños ingresan en la escuela, pasan menos tiempo en el hogar con sus padres y son cada vez más influidos por sus compañeros y el ambiente social.

Al mismo tiempo, el creciente número de padres únicos y que trabajan ha desplazado más la responsabilidad del tratamiento de la enfermedad al niño. Asignar demasiada responsabilidad a un niño para la gestión de su tratamiento puede conducir a la adherencia deficiente. Por ejemplo, los estudios indican que, como los adultos, los niños en su auto notificación exageran sus comportamientos de adherencia. Los padres deben entender que la notificación diaria inexacta puede obstaculizar el tratamiento apropiado de la enfermedad por los médicos.

FACTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADOR PACIENTE

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las

percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (auto eficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento, asesoramiento, a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad. Las inquietudes por la medicación

surgen de manera característica de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario 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 y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

De las cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica de los factores descritos por la OMS, para el estudio se hizo uso solo de 3 dimensiones los factores relacionados con el cuidador del paciente, el tratamiento y la prestación de los servicios de salud.

ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. Tiene como objetivo mejorar la salud de la población, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los

conocimientos de otras ramas del conocimiento como las ciencias Biológicas, Conductuales, Sanitarias y Sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud ⁽⁴²⁾.

La enfermería en salud pública es la atención primaria de salud en una sociedad a la cual se le provee recurso humano preparado para fortalecer los planes de salud gubernamentales en conectividad con el mundo, también llamado globalización en salud. La enfermera en este contexto es un nexo importantísimo, la cual lleva estrategias y potencia los elementos para que la comunidad que tiene a cargo sea protagonista en el proceso de búsqueda en el equilibrio salud-enfermedad. Ej.: inmunizaciones, potabilización del agua, eliminación de excretas, nutrición, CRED, estimulación temprana, control de la tuberculosis, etc.

La labor del personal de enfermería en la Atención Primaria Salud, están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital. La enfermera en el primer nivel de atención asume el liderazgo de las actividades preventivo-promocionales, principalmente en la etapa de vida Niño, ya que es responsable de brindar atención integral en esta etapa. Por tal motivo, es ella quien está la mayor parte del tiempo en contacto directo con las madres de familia; teniendo el compromiso de identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica y establecer estrategias para favorecer que todos los niños terminen el tratamiento; asimismo identificar el nivel de conocimiento que poseen las mismas; a fin de implementar actividades educativas orientadas a promover el

aprendizaje a través de un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el logro de objetivos definidos; utilizando para ello metodologías educativas innovadoras que permitan a las madres de familia a construir el conocimiento basado en la información. Por lo expuesto, el rol de la enfermera reviste gran importancia en el rol educativo para el cumplimiento del régimen terapéutico y nutricional; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo y de fácil accesibilidad.

En la comunidad, el rol de la enfermera está dirigido a la familia, principalmente a las madres y cuidadores de los niños, quienes dentro de cada grupo familiar asumen una gran responsabilidad en el cuidado del niño, especialmente en la administración del tratamiento y el consumo de una dieta rica en hierro. Una buena administración del tratamiento y educación nutricional permitirá a la madre utilizar los alimentos en forma adecuada para mantener sano al niño y en caso que se enferme, prevenir futuras recaídas o agravar el estado nutricional del niño.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica: Es la respuesta expresada de las madres de los niños menores de 3 años, acerca de las condiciones y/o circunstancias que intervienen en la adherencia del tratamiento del niño con anemia. El cual fue obtenido mediante el cuestionario valorado en presente y ausente.

Adherencia: Es el cumplimiento del tratamiento farmacológico y dietético del niño con diagnóstico de anemia.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para transformarla, tipo cuantitativo, porque se le asigna un valor numérico a la variable, método descriptivo exploratorio de corte transversal ya que los datos obtenidos fueron presentados tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Ex fundo Naranjal ubicado en el distrito de San Martín de Porres perteneciente a la Microred de Salud San Martín de Porres de la Red de Salud Rímac correspondiente a la Dirección de Salud V - Lima Ciudad.

Es un establecimiento de Salud de primer nivel de atención Categoría I-3 que brinda atención diaria de 12 horas en ambos turnos de 8-2pm y 2-8pm. Brindando atención en los servicios de Medicina General, Odontología, Planificación Familiar, Obstetricia, Servicio Social, Laboratorio, Farmacia y Enfermería que tiene a cargo la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, el programa de Control y Crecimiento de Niño Sano y Adolescente y Epidemiología.

El C.S Ex Fundo Naranjal, está dirigido por el Médico Michel Pinedo Cordero, laboran como equipo de salud: 4 médicos, 3 enfermeras, 3 obstetras, 2 odontólogos, 1 tecnólogo Médico, 1 asistente social, 10 técnicos asistenciales y 8 técnicos administrativos.

El ámbito específico de estudio fue el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano, que es un componente del paquete de atención integral del niño. Esta unidad está a cargo de tres Licenciados en Enfermería, atendiendo en ambos turnos mañana y tarde respectivamente de lunes a sábado. Se tiene una cobertura de atención de 30 niños como promedio por día, de los cuales 1 o 2 tienen el diagnóstico de anemia.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo constituida por las madres de los niños menores de 3 años que asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) para los respectivos controles tomando como referencia el promedio mensual de madres que acuden a dicho consultorio.

3.4. MUESTRA Y MUESTREO

La muestra fue seleccionada mediante el muestro probabilístico, de proporciones para población finita con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 0.1, obteniéndose una muestra de 55 niños (Anexo G).

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1 Los criterios de inclusión fueron:

- Madres de niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo y pertenecen a la jurisdicción.
- Madres de niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia que hablen castellano, sepan leer y escribir.
- Madres de niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia que acepten participar en el estudio.

3.5.2 Los criterios de exclusión fueron:

- Madres que tengan limitaciones para la comunicación.
- Madres con algún problema mental.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario que ha sido validado por Casas Castro, Vilma Liliana de La Merced el 2010, el cual ha sido adaptado y consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos (Anexo C). El mismo que fue sometido a juicio de expertos conformado por 08 especialistas en el área de Investigación, Enfermería, Nutricionistas siendo los resultados procesados en la tabla de concordancia y prueba binomial. (Anexo H). Posteriormente se realizaron los ajustes al instrumento a fin de llevar a cabo la prueba piloto para determinar la validez mediante la prueba ítem test coeficiente de correlación de Pearson en el cual la r fue > 0.2 (Anexo I) y la confiabilidad estadística se obtuvo a través de la prueba de Kuder de Richardson, para lo cual se obtuvo un valor > 0.5 . (Anexo J).

3.7. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para el recojo de la información se realizó el trámite administrativo a través de una carta dirigida al Médico jefe de la institución con el fin de que se otorgue la autorización para implementar y ejecutar el estudio. Luego se llevó a cabo la coordinación con el jefe de servicio y jefe de enfermeras a fin de establecer el cronograma de recolección de datos; el cual se aplicó a las madres de los niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia considerando de 20 a 30 minutos previo consentimiento informado.

Posterior a la recolección de los datos, éstos fueron procesados mediante el uso de la hoja de cálculo de Excel, previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo F) y la tabla matriz (Anexo L) .Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para ser analizados e interpretados de acuerdo al marco teórico. Para la medición de la variable se utilizó estadística descriptiva a través de la frecuencia absoluta, porcentaje y promedio aritmético a fin de valorar la variable en presente y ausente.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para implementar el estudio fue necesario contar con la autorización de la jefatura y del servicio así como el consentimiento informado de las madres expresándole que es de carácter anónimo y confidencial de uso sólo para los fines de estudio (Anexo E).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y presentados en tabla y gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación, considerando el marco teórico. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

En cuanto a los datos generales tenemos que del 100% (55) niños que se encuentran en tratamiento de la anemia, 73%(40) tienen entre 1 a 2 años; 16% (9) entre 9 a 11 meses, y 11% (6) de 6 a 8 meses de edad; en cuanto al sexo femenino 44% (24) y 56 % (31) sexo masculino; respecto a que numero de hijo son 78% (43) son entre el tercer y cuarto número de hijo, con 15% (8) que son entre el primer y segundo número de hijo y 7% (4) que son entre el quinto y sexto número de hijo; respecto al tipo de seguro con el que cuentan 67 % (37) están asegurados con el SIS, 20% (11) que no cuentan con ningún tipo de seguro por no contar con DNI y un 13% (7) que se encuentran asegurados en ESSALUD. (Anexo M)

Por lo expuesto se puede evidenciar que el mayor porcentaje de niños anémicos en tratamiento son de 1 a 2 años, la mayoría son de sexo masculino y el número de hijo que son es entre el tercero y cuarto; el mayor porcentaje cuentan con el SIS, pero sin embargo hay un grupo de niños que no cuenta con ningún tipo de seguro ello se debe a que los niños no tienen DNI, desinterés por parte de los padres y otros problemas.

Acerca de los datos generales de la madre tenemos que del 100% (55) 56% (31) tienen entre 27 y 34 años, 24% (13) entre 19 y 26 años y

20% (11) entre 35 y 42 años; respecto al grado de instrucción el 70% (39) de las madres tienen secundaria completa, 15% (8) tienen estudios superiores y con el mismo porcentaje tienen estudios primarios; respecto al estado civil el 69% (38) convive, el 18% (10) casadas, el 9% (5) son madres solteras y 4% (2) son separadas; respecto al número de hijos 78% (43) tienen entre uno y dos hijos, 15% (8) tienen entre 3 a 4 hijos y 7% (4) tienen entre 5 a 6 hijos; respecto al lugar de procedencia 65% (36) son provenientes de la sierra, 24% (13) de la costa y 11% (6) provienen de la selva; respecto a la ocupación de dichas madres una proporción significativa 71% (39) no trabajan y un menor porcentaje de 16% (9) trabajan fuera de casa un promedio de 6 a 8 horas diarias y un 13% (7) trabajan dentro del hogar; en relación al ingreso económico familiar un 53% (29) perciben de 500 a 1000 soles mensuales, 27% (15) tienen un ingreso económico mensual menor a 500 soles y 20% (11) que percibe un ingreso mayor a 1000 soles; respecto a los servicios básicos el 84% (46) cuenta con todos los servicios básicos como luz, agua y desagüe, 9% (5) cuenta solo con luz y agua 7% (4) que solo cuenta con luz. (Anexo M).

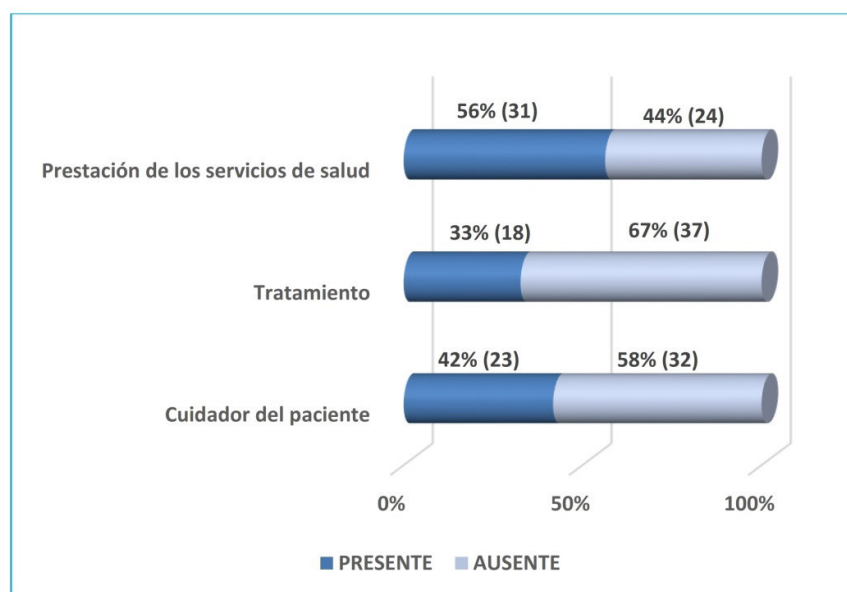
Por lo que se puede deducir que el mayor porcentaje de madres tienen entre 27 a 34 años de edad, la mayoría cursaron estudios secundarios; son convivientes en mayor porcentaje; tienen entre uno y dos hijos, son procedentes en su mayoría de la sierra resultado que coincide con la ENDES 2011 que ratifica la prevalencia de la anemia en la sierra (54,9%), en mayor porcentaje son amas de casa que se dedican al cuidado del hogar, tienen un ingreso familiar de 500 a 1000 soles teniendo un ingreso menor para satisfacer sus necesidades básicas ya que el mínimo de la canasta familiar es 1200 soles; cuentan con todos los servicios básicos pero sin embargo hay un mínimo porcentaje que solo cuenta con luz o agua.

Respecto a los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 3 años del C.S Ex Fundo Naranjal, del 100% (55), en relación al tratamiento 67% (37) se encuentran ausentes y 33% (18) presentes. En cuanto a los factores relacionados al cuidador del paciente 58% (32) están ausentes y 42% (23) están presentes. Sobre los factores relacionados a la prestación de los servicios de salud 56% (31) están presentes y 44% (24) ausentes. (Gráfico N° 1 y Anexo N). Los aspectos referidos a los factores ausentes están dados por el incumplimiento de los regímenes dietéticos ya que el niño no consume vísceras, carnes rojas y pescado de 3 a más veces por semana, no consume menestras, y alimentos ricos en hierro para prevenir y tratar la anemia. (Anexo P).

Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en los niños menores de 3 años en la dimensión factores relacionados con el cuidador del paciente según ítems del 100%(55), 42%(23) están presentes y 58%(32) están ausentes (Anexo O). Los ítems que están presentes está dado porque el 96%(53) conocen los signos y síntomas de la enfermedad, 84%(46) conocen las consecuencias de la falta de hierro en el desarrollo motor del niño y el 75%(41) conocen que la causa de la anemia está dado por consumir escasos alimentos en hierro, que la anemia es una enfermedad que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina. Mientras que los factores que están ausentes está dado porque el 67%(37) refiere que el niño no consume vísceras y carnes rojas, 49%(27) que el niño no toma el medicamento para tratar la anemia durante 6 meses y 40%(22) refieren que la anemia se cura solo con medicamentos que contienen hierro. (Gráfico N° 2 y Anexo O).

GRAFICO N° 1

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD EX FUNDO NARANJAL LIMA - PERU 2013

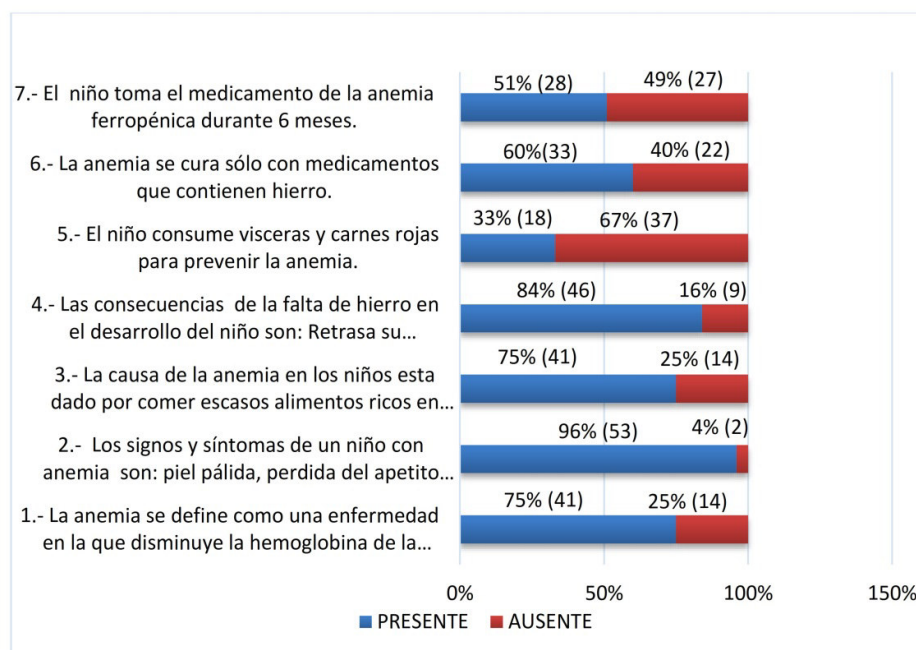


Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013.

Acerca de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en los niños menores de 3 años en la dimensión factores relacionados con el tratamiento según ítems del 100%(55), 33%(18) están presentes y 67%(37) están ausentes (Anexo P). Los ítems que están presentes está expresado a que el 93%(51) de los niños cumple con la administración diaria del tratamiento, 91%(50) la alimentación que recibe el niño es espesa y consistente, 89%(49) toman la cantidad prescrita del tratamiento y el 87%(48) presentaron como efecto secundario al tratamiento problemas de estreñimiento. Mientras que los factores que están ausentes está referida por el

GRAFICO N° 2

FACTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADOR DEL PACIENTE SEGÚN ITEMS QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD EX FUNDO NARANJAL LIMA - PERU 2013

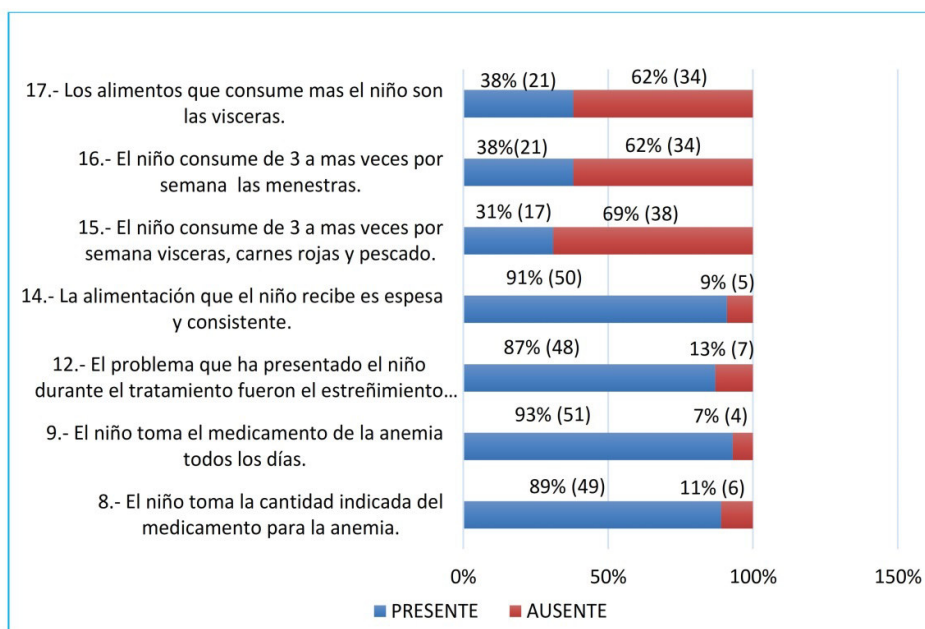


Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013

69%(38) de niños que no consumen vísceras, carnes rojas y pescado por más de 3 veces a la semana, 62%(34) refiere que el niño no consume menestras frecuentemente de 3 a más veces a la semana, asimismo 62%(34) los alimentos que consume menos en la semana son las vísceras que tienen un alto contenido de hierro para la prevención y tratamiento dietético de la anemia. (Gráfico N°3 y Anexo P).

GRAFICO Nº 3

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO SEGÚN ITEMS QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUDEX FUNDO NARANJAL LIMA - PERU 2013

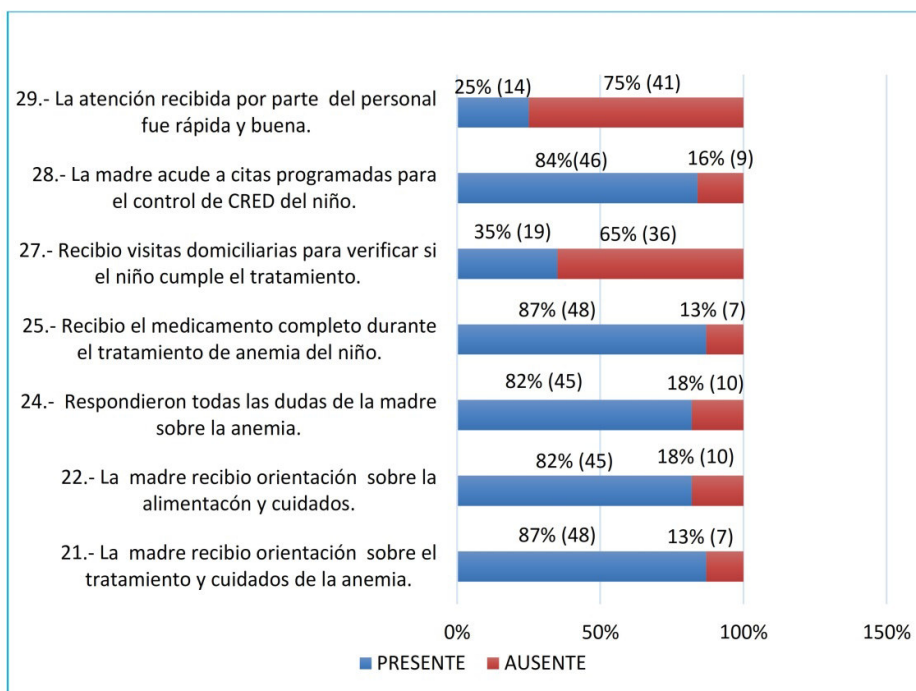


Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013

Los hallazgos encontrados en relación a los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en los niños menores de 3 años en la dimensión factores relacionados con la prestación de los servicios de salud según ítems del 100% (55), 56% (31) están presentes y 44% (24) están ausentes (Anexo Q). Los ítems que están presentes está expresada por el 87% (48) de madres que recibieron orientación sobre el tratamiento y cuidados

GRAFICO N° 4

FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ITEMS QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD EX FUNDO NARANJAL LIMA - PERU 2013



Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013

de la anemia, el 87%(48) de niños recibieron el medicamento durante el tratamiento ya que el 67% (37) de niños son beneficiarios del SIS, el 84% (46) de madres acuden oportunamente a los controles de CRED, 82%(45) refieren que el personal de salud respondieron todas las dudas referente a la anemia, tratamiento y cuidados; asimismo con

igual valor porcentual de 82%(45) de madres refirieron que recibieron orientación sobre el régimen dietético y sus cuidados que el niño debe de recibir. Mientras que los ítems que están ausentes está dado por el 75%(41) que consideran que la atención que recibieron no es buena y que el tiempo que esperan para la atención es prolongada y el 65%(36) no recibieron la visita de seguimiento por parte del personal para verificar la adherencia al tratamiento. (Gráfico N° 4 y Anexo Q).

4.2 DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento. La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario. El cumplimiento de todas las recomendaciones indicadas por el profesional de salud para el tratamiento de la anemia se denomina adherencia, la cual asegura la óptima recuperación del niño y a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el cuidador del paciente representan los conocimientos que ellos tienen sobre la enfermedad en relación a las causas, las

consecuencias, tratamiento, medidas preventivas, creencias, percepciones y expectativas del paciente. La adherencia de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de tratamiento en gran parte es determinada por la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir con el tratamiento recomendado.

Los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia están dado por la complejidad del régimen médico, duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y el cumplimiento del régimen dietético y terapéutico. La dimensión de factores relacionados con la prestación de los servicios de salud el cual está dado por una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento.

Al respecto Casas (2010) concluye en su estudio que la no adherencia al tratamiento es una condición manifiesta en casi la totalidad de niños con diagnóstico de anemia ferropénica en el C.S “Tahuantinsuyo Bajo”, evidenciado por el incumplimiento de los regímenes farmacológico y dietético y los factores que guardaron una asociación estadísticamente significativa fueron efectos secundarios al tratamiento farmacológico, desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, atención inoportuna. Márquez (2007) concluye en su estudio que las madres que tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponen a sus

hijos a esta enfermedad debido a la desinformación para prevenirla. Por los resultados obtenidos en el presente estudio nos permite concluir que los factores que afectan la adherencia en mayor porcentaje son los factores relacionados con el tratamiento ya que están dados por el incumplimiento de los regímenes dietéticos ya que el niño no consume vísceras, carnes rojas y pescado de 3 a más veces por semana, no consume menestras, y alimentos ricos en hierro para prevenir y tratar la anemia. Seguido por los factores relacionados con el cuidador del paciente referido a que el niño no consume alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia y no termina el tratamiento de 6 meses. Mientras que los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud se encuentran presente ya que el personal de salud brinda orientación sobre el tratamiento y cuidados de la anemia, disponibilidad del medicamento en la farmacia del establecimiento, lo cual lo puede conllevar a riesgos y complicaciones.

Los factores relacionados con el cuidador del paciente constituyen los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (auto eficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente. Algunos de los factores relacionados con el cuidador del paciente que se ha reportado que influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a

la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento.

Casas (2010) concluye que: “los factores que guardan una asociación estadísticamente significativa, fue el desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento; apreciándose este factor en más de la mitad de la población”. Por otro lado Márquez (2007) concluye que las madres que tienen un nivel de conocimiento medio sobre la anemia ferropénica no toman una conducta acertada del cuidado de sus hijos frente a la anemia. Los resultados obtenidos en el presente estudio nos permiten concluir que el mayor porcentaje de los ítems se encuentran presente lo cual está dado por el conocimiento que tienen las madres sobre los signos, síntomas, causas y las consecuencias de la falta de hierro en el desarrollo motor del niño. Por otro lado en un porcentaje considerable de los ítems que se encuentran ausente está referida a que los niños no consumen vísceras y carnes rojas, no toman el medicamento para tratar la anemia durante 6 meses, lo cual lo puede conllevar a complicaciones como el deterioro en el desarrollo psicomotor y cognoscitivo del niño.

Los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia, los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y el cumplimiento del régimen dietético como la consistencia de la alimentación, frecuencia y tipo de alimentos que consume el niño diariamente. Al respecto Munayco, Gambirazio,

Suárez y Arias (2009) concluyeron que: “el riesgo de presentar adherencia baja se relacionó con mayor número de efectos adversos producto de la suplementación”. Casas concluye que: “los factores que guardan una asociación estadísticamente significativa son los efectos secundarios al tratamiento farmacológico, condición que se presentó en todos los niños, siendo el estreñimiento el más observado y el que fue motivo de interrupción del tratamiento. Por los resultados obtenidos en el estudio podemos concluir que el mayor porcentaje de los ítems se encuentran presente referida a que las madres cumplen con administrar el medicamento todos los días a la hora correcta, dosis exacta y acompaña el tratamiento con jugos cítricos. Se observa también que un porcentaje considerable niños presentaron efectos secundarios al tratamiento siendo el estreñimiento la más frecuente, sin embargo un 75% (41) madres continuaron con el tratamiento a pesar de estas molestias aun cuando algunas descontinuaron el tratamiento. En relación al régimen dietético el mayor porcentaje de ítems se encuentran ausente referida a que los niños no consumen alimentos ricos en hierro como las vísceras, carnes, pescado y menestras diariamente por diversos motivos como un ingreso económico inferior a la canasta básica la cual no satisface las necesidades básicas de alimentación y otros, desconocimiento de la importancia del consumo de alimentos ricos en hierro; lo cual lo puede conllevar a alteraciones en diversas funciones como alteración del desarrollo psicomotor, especialmente del lenguaje, disminución de la capacidad motora, retardo del crecimiento físico y severidad de las infecciones.

Respecto a la dimensión de factores relacionados con la prestación de los servicios de salud el cual está dado por la educación que brinda el personal de salud a los cuidadores de los niños, disponibilidad del medicamento en el establecimiento, el seguimiento a

los niños que tienen anemia, la oportunidad de atención, el trato al usuario. Se han realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, consultas cortas, demora en la atención, maltrato al usuario, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. Al respecto Casas (2010), concluye que los factores que guardan una asociación estadísticamente significativa son la atención inoportuna, factor presente en la mayor cantidad de madres que conllevó a la no continuidad de atención. Munayco; Gambirazio; Suárez y Arias Ramírez (2009) concluyeron que el riesgo de presentar adherencia baja se relacionó con la inadecuada consejería de refuerzo y la falla en la dispensación del hierro en el establecimiento de salud. Asimismo Merino, Lozano, Torrico (2010) concluyeron que se debe fortalecer la relación médico paciente en especial en lo referido a las indicaciones que se da a la paciente para la toma de la medicación y los efectos adversos que pueden ocurrir adaptados al grado de educación y los aspectos culturales de la mujer embarazada para lograr un mejor efecto sobre la prevención de las anemias con el uso de sulfato ferroso.

Por lo expuesto podemos concluir que el mayor porcentaje de los ítems se encuentran presente, los aspectos referidos fueron que los servicios de salud brindados a los usuarios son eficaces ya que el

personal de salud y sobre todo la enfermera brinda la consejería oportuna y clara sobre la anemia y los cuidados a tener en cuenta, además la distribución del medicamento es gratuito a todo niño que cuenta con SIS evidenciándose un porcentaje significativo. Por otro lado los ítems ausentes están dados por un significativo porcentaje lo cual está referida a la falta de seguimiento para verificar la administración del tratamiento y que las madres consideran que la atención brindada por el personal de salud no es buena por el tiempo de espera prolongada lo cual puede ocasionar que la madre no acuda a los controles de crecimiento y desarrollo conllevándole a predisponer al niño a riesgos que pueden alterar su proceso de crecimiento y desarrollo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio son:

- Los factores que afectan la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en mayor porcentaje son los factores relacionados con el tratamiento ya que están dados por el incumplimiento de los regímenes dietéticos ya que el niño no consume vísceras, carnes rojas y pescado de 3 a más veces por semana, no consume menestras, y alimentos ricos en hierro para prevenir y tratar la anemia. Seguido por los factores relacionados con el cuidador del paciente referido a que el niño no consume alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia y no termina el tratamiento de 6 meses. Mientras que los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud se encuentran presente ya que el personal de salud brindo orientación sobre el tratamiento y cuidados de la anemia, disponibilidad del medicamento en la farmacia del establecimiento.
- Los factores relacionados con el cuidador del paciente según ítems el mayor porcentaje expresan que se encuentran presente lo cual está dado por el conocimiento que tienen las madres sobre los signos, síntomas, causas y las consecuencias de la falta de hierro en el desarrollo motor del niño. Por otro lado un porcentaje considerable de los ítems que se encuentran ausente está referida por lo que los niños no consumen vísceras y carnes

rojas, no toman el medicamento para tratar la anemia durante 6 meses.

- En la dimensión de factores relacionados con el tratamiento el mayor porcentaje expresan que se encuentran presente referida a que las madres cumplen con administrar el medicamento todos los días a la hora correcta, dosis exacta y acompaña el tratamiento con jugos cítricos. Se observa también que un porcentaje considerable niños presentaron efectos secundarios al tratamiento siendo el estreñimiento la más frecuente, sin embargo continuaron con el tratamiento a pesar de estas molestias aun cuando algunas descontinuaron el tratamiento. En relación al régimen dietético el mayor porcentaje de ítems se encuentran ausente referida a que los niños no consumen alimentos ricos en hierro como las vísceras, carnes, pescado y menestras diariamente por diversos motivos como un ingreso económico inferior a la canasta básica la cual no satisface las necesidades básicas de alimentación y otros, desconocimiento de la importancia del consumo de alimentos ricos en hierro lo cual lo puede conllevar a alteraciones en diversas funciones como alteración del desarrollo psicomotor, especialmente del lenguaje, disminución de la capacidad motora, retardo del crecimiento físico y severidad de las infecciones.
- Los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud el mayor porcentaje de los ítems se encuentran presente, los aspectos referidos fueron que los servicios de salud brindados a los usuarios son eficaces ya que el personal de salud y sobre todo la enfermera brinda la consejería oportuna y clara sobre la anemia y los cuidados a tener en cuenta, además la distribución del medicamento es gratuito a todo niño que

cuenta con SIS evidenciándose un porcentaje significativo. Por otro lado los ítems ausente está dado por un significativo porcentaje lo cual está referida a la falta de seguimiento para verificar la administración del tratamiento y que las madres consideran que la atención brindada por el personal de salud no es buena por el tiempo de espera prolongada.

5.2. LIMITACIONES

Los resultados y conclusiones solo son válidos para el grupo estudio.

5.3. RECOMENDACIONES

- Que la institución de salud del primer nivel de atención diseñe y/o elabore estrategias como educación para la salud dirigida a las madres o cuidadores de la crianza del niño promoviendo la participación activa.
- Que los establecimientos de primer nivel de atención reoriente estrategias de intervenciones educativas en las que incluyan metodologías participativas dirigidas a quienes están al cuidado del niño, mejore los sistemas de vigilancia y el seguimiento epidemiológico.
- Realizar estudios comparativos con otros grupos poblacionales pertenecientes a estratos socioeconómicos de nivel medio y alto.
- Realizar estudio de tipo cualitativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) (3) (16) Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Páginas: 1, 4, 8. [Citado 3 enero 2013]. Disponible en <http://www.who.int>
- (2) (7) TOBAR Federico: Luchar contra la Anemia es combatir la desigualdad. Boletín PROAPS – REMEDIAR. Año 1 - Nº 4 – Octubre 2003. Pág. 7.
- (4) Boletín Epidemiológico Dirección Regional de Salud Junín. Oficina de Epidemiología. Año 8. Enero 2012. Pág. 1. [Citado el 3 de enero del 2012] Disponible en: <http://www.diresajunin.gob.pe/diresajunin/epidemiologia/2012/boletines/Boletin012012.pdf>
- (5) (22) Perú: Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000. Primer Semestre 2011 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Citado el 3 de enero del 2013] Disponible en: http://desa.inei.gob.pe/endes/images/libro_completo.pdf.
- (6) (23) (25) Documento Técnico: “Lineamientos de Gestión de la Estrategia sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Impresión. Lima 2011. Pág. 27-28.
- (8) AGUIRRE, Patricia. “Prevención de la anemia en niños y embarazadas”. Argentina. Junio de 2001. Pág.5.
- (9) Indicadores del Programa Articulado Nutricional. Fuente: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-

2010-CENAN-DEVAN). [Citado el 3 de enero del 2013]. Disponible en: www.ins.gob.pe/.../Informe%20Indicadores%20PAN.

(10) (12) CASAS CASTRO, Vilma Liliana de La Merced: “Adherencia al Tratamiento de Anemia Ferropénica en Niños de 6 a 24 Meses y Factores Asociados C.S.M.I. Tahuantinsuyo Bajo”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010. Pág.48-54.

(11) Informe de Estadística de la Red de Salud Rímac-SMP-Lo. 2012.

(13) MUNAYCO ESCATE, César; GAMBIRAZIO CARBAJAL, Carlos; SUÁREZ OGNIO, Luis y ARIASRAMIREZ, Lena: “Adherencia a la suplementación con hierro durante la gestación en las direcciones de salud de Apurímac y Ayacucho”. 2009. Pág. 29 [Citado el 4 de enero del 2013]. Disponible en: www.unicef.org/.../Adherencia_a_la_suplementacion_de_hierro.pdf.

(14) HUACHACA BENITES, Cynthia: “Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega baja”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008. Pág.1-2.

(15) MÁRQUEZ LEÓN, Julia Esperanza, el 2007 en Lima; realizó un estudio sobre: “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas”. [Tesis para optar el

Título de Licenciada en Enfermería]. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2007. Pág. X.

(16) MERINO ALMARAZ, Vania Nohelia; LOZANO BELTRÁN, Daniel Franz; TORRICO Faustino: “Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo”. Bolivia 2010. [Citado el 5 de enero del 2013]. Disponible en: www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012

(17) FIGUEROA PINEDA, Claudia Lucía: “Factores asociados con la no Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de la empresa promotora de salud de Bucaramanga”. Colombia 2010. Pág. 80. [Citado el 5 de enero del 2013]. Disponible en: tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf.

(18) ESCALANTE IZETA, Ericka; BONVECCHIO Anabelle; THEODORE Florence; NAVA, Fernanda; VILLANUEVA María Ángeles; RIVERA DOMMARCO, Juan Ángel: “Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades”. México 2008. [Citado el 5 de enero del 2013]. Disponible en: www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/.../cuali.pdf.

(19) URQUIDI BELLOTA, Claudia Cinthya: “Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso microencapsulado”. Bolivia. [Tesis para optar el Grado de Magíster en salud pública-Mención en epidemiología]. La Paz-Bolivia.2006.Pág. 78-80. Disponible en: bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/.../1/T-PG524.pdf

(20) (21) Cumbre Mundial de la Infancia, 1990; Conferencia sobre el Hambre Oculta, 1991; Conferencia Internacional de Nutrición, 1992. [Citado 4 enero 2013]. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/15-anemia.pdf>.

(24) OSORIO M. Factores determinantes de la anemia en niños. *Jornal de Pediatría* (4) 2002. Vol.78.

(26) Guía sobre anemia nutricional. Jane Badham. Et al. 2007. Pág. 49-50 [Citado el 4 de enero del 2013]. Disponible en:
http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/EDWText/TextElemente/Ernaehrungswissenschaft/Naehrstoffe/nutrition_al_anemia_book.pdf.

(27) Bevilacqua-Bensoussan-Jansen-Spinola-Carvalhaes: "FISIOPATOLOGÍA CLÍNICA". 2º Edición. Argentina. Editorial Ateneo 2005. Pág.469.

(28) DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTO JUVENIL: "PREVENCION DE LA ANEMIA EN NIÑOS Y EMBARAZADAS ARGENTINA". Junio 2001. Pág. 5. [Citado el 6 de enero del 2013]. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/15-anemia.pdf>.

(29) MENEGHELLO RIVERA, Julio: "Pediatría medica". 5ta edición. Buenos Aires. Ed. Panamericano. Tomo II.1997. Pág. 204-208

(30) Wilma B. Freire, Ph.D: La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. *Salud Pública México* 1998; 40:199-205. Pág.200. [Citado el 6 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n2/Y0400212.pdf>

(31) ACOSTA, G.M.: "Deficiencia de Hierro- aspectos esenciales". Revista Cubana de Pediatría 62 (3). Pág.461-468. 1990.

(32) HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, Eduardo: Anemia en Niños. Zona Pediátrica. Venezuela. [Citado el 7 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/anemia-ferropenica/anemia-en-el-nino.html>

(33) (34) (36) Directiva Sanitaria N°050. Minsa/dgsp-v.01 Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años. Noviembre 2012. Pág.4-7.

(35) Lineamientos de Nutrición Infantil " Resolución Ministerial N°-610-2004/MINSA. [Citado el 8 de enero del 2013]. Disponible en: www.minsa.gob.pe/.../nutrición/normas_nutri.asp. Pág. 16-19.

(37) III FORO DIÁLOGOS PFIZER-PACIENTES 'LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA'. [Citado el 29 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>.

(38) Libertad Martín, Alfonso y Grau Avalo Jorge: "La Investigación de la Adherencia Terapéutica como un problema de la psicología de la salud". Psicología y Salud. México. Pág. 83. Volumen 14. Número 1.

(39) PUENTE Federico, Adherencia Terapéutica. Editado por el mismo autor. 1985 Pág. 10

(40) LORA ESPINOSA A. Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. Revista Pediatría de Atención

Primaria. 2005 Vol. VII, suplemento 2. Pág. 97. [Citado el 29 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-449-pdf/462.pdf>

(41) Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud 2004. Pág. 27-30. [Citado el 18 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.

(42) Descripción de la enfermera en Salud pública. Setiembre 2011. [Citado el 20 de febrero del 2013]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Descripci%C3%B3n-De-La-Enfermera-En-Salud/2775446.html>

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA, G.M.: "Deficiencia de Hierro- aspectos esenciales". Revista Cubana de Pediatría 62. Cuba 1990.

Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud 2004.

AGUIRRE, Patricia. "Prevención de la anemia en niños y embarazadas". Argentina. Junio de 2001.

Bevilacqua-Bensoussan-Jansen-Spinola-Carvalhoes:
FISIOPATOLOGÍA CLÍNICA. 2º Edición. Argentina. Editorial Ateneo. 2005.

Boletín Epidemiológico Dirección Regional de Salud Junín. Oficina de Epidemiología. Año 8. Enero 2012.

Cumbre Mundial de la Infancia; Conferencia sobre el Hambre Oculta, 1991; Conferencia Internacional de Nutrición, 1990- 1992.

Descripción de la enfermera en Salud pública. Setiembre 2011.
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Descripci%C3%B3n-De-La-Enfermera-En-Salud/2775446.html>

Dirección Nacional de Salud Materno Infanto juvenil: "Prevención de la anemia en niños y embarazadas Argentina". Junio 2001.
<http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/15-anemia.pdf>.

Directiva Sanitaria N°050. Minsa/dgsp-v.01 Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años. Noviembre 2012.

Documento Técnico: “Lineamientos de Gestión de la Estrategia sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Lima 2011.

III FORO DIÁLOGOS PFIZER-PACIENTES 'LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA'.

Guía sobre anemia nutricional. Jane Badham. Et al. 2007. http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/EDWT_ext/TextElemente/Ernaehrungswissenschaft/Naehrstoffe/nutritional_anemia_book.pdf.

HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, Eduardo: Anemia en Niños. Zona Pediátrica. Venezuela. <http://www.zonapediatrica.com/anemia-ferropenica/anemia-en-el-nino.html>.

Indicadores del Programa Articulado Nutricional. Fuente: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-2010-CENANDEVAN). www.ins.gob.pe/.../Informe%20Indicadores%20PAN.

LIBERTAD MARTÍN, Alfonso y GRAU AVALO Jorge: “La Investigación de la Adherencia Terapéutica como un problema de la psicología de la salud”. Psicología y Salud. Volumen 14. Número 1. México.

Lineamientos de Nutrición Infantil " Resolución Ministerial N°-610-2004/MINSA. www.minsa.gob.pe/.../nutrición/normas_nutri.asp.

LORA ESPINOSA A. Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2005 Vol. VII, suplemento 2.

MENEGHELLO RIVERA, Julio: Pediatría Médica. 5ta edición. Buenos Aires 1997. Ed. Panamericano. Tomo II

OSORIO M. Factores determinantes de la anemia en niños. *Jornal de Pediatría* - Vol. 78, (4) 2002.

PUENTE Federico, *Adherencia Terapéutica*. Editado por el mismo autor. 1985

Perú: Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000. Primer Semestre 2011 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES.

TOBAR FEDERICO. Luchar contra la Anemia es combatir la desigualdad. *Boletín PROAPS – REMEDIAR*. Año 1 - Nº 4 – Octubre 2003.

Wilma B. Freire, Ph.D: *La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla*. Salud Pública México 1998.

Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A.	Operacionalización de la Variable	I
B.	Matriz de Operacionalización de la variable	III
C.	Instrumento	IV
D.	Matriz de consistencia del Instrumento	IX
E.	Consentimiento informado	XI
F.	Determinación de la Muestra	XII
G.	Tabla de códigos	XIII
H.	Tabla Matriz de Datos	XV
I.	Prueba Binomial – Juicio de Expertos	XXI
J.	Validez del Instrumento	XXII
K.	Confiabilidad del Instrumento	XXIII
L.	Medición de la Variable	XXIV
M.	Datos generales de los niños y las madres	XXVI
N.	Factores que influyen en la adherencia de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del c.s Ex Fundo Naranjal Lima – Perú 2013	XXVIII
O.	Factores relacionados con el cuidador del paciente según ítems que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del c.s Ex Fundo Naranjal Lima – Perú 2013	XXIX
P.	Factores relacionados con el tratamiento según ítems que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del c.s Ex Fundo Naranjal Lima – Perú 2013	XXX
Q.	Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud según ítems que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del c.s Ex Fundo Naranjal Lima – Perú 2013	XXXII

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica.	Conjunto de condiciones que de una u otra forma pueden influir y producir un efecto positivo o negativo en la adherencia del tratamiento.	Factores relacionados con el cuidador del paciente. Factores relacionados con el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre la enfermedad. <ul style="list-style-type: none"> - Concepto. - Signos y síntomas. - Causas. - Consecuencias de la anemia. - Prevención. - Mitos y creencias. - Tratamiento. <p>Tratamiento Farmacológico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis • Frecuencia. • Horario. 	Situaciones que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años en el Centro de Salud Ex Fundo Naranjal, guardando relación con el aspecto socioeconómico, el cuidador del paciente, con el tratamiento y la	Presente
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL

		Factores relacionados con la prestación de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de administración. • Condición del niño. • Efectos secundarios. • Interrupción del tratamiento. <p>Tratamiento dietético en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistencia. • Frecuencia. • Tipo de alimentos. • Educación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clara ✓ Oportuna. ✓ Suficiente. <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de distribución de medicamento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oportuno. ✓ Suficiente. • Seguimiento • Oportunidad de atención. • Trato del personal. 	prestación de servicios de salud. El cual será obtenido mediante la aplicación de un cuestionario y valorado en presentes y ausentes.	Ausente
--	--	--	---	--	---------

ANEXO B
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALOR FINAL QUE VA ADOPTAR LA	CRITERIO	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PROCEDIMIENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
-------------------------------	----------	-----------------------	---------------	--------------------

VARIABLE				
Presente Ausente	A las respuestas se asignó la siguiente puntuación. 1=presente 0=ausente	Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un formulario tipo cuestionario.	Se llevó a cabo las coordinaciones previas con las autoridades de la institución para la aceptación del estudio de investigación. Para la recolección de datos se solicitó el consentimiento informado de las madres y posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento.	NOMINAL



ANEXO C

INSTRUMENTO

I. PRESENTACION:

Buenos días, soy alumna de la segunda especialidad de enfermería en Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; en este momento me encuentro realizando un estudio en coordinación con el C.S. Ex fundo Naranjal, con la finalidad de obtener información sobre "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años". Para lo cual se le solicita su colaboración sincera y veraz, para responder las siguientes preguntas, el cuestionario es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

II. DATOS GENERALES DEL NIÑO

1. Edad:
2. Sexo: a. Masculino b. Femenino
3. Número de hijo:.....
4. Tipo de seguro: SIS () ESSALUD () Ninguno ()

DATOS DE LA MADRE:

1. Edad:.....
2. Grado de Instrucción:
 - a. Sin instrucción b. Primaria c. Secundaria d. Superior o técnico
3. Estado civil:
 - a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Separada
4. ¿Cuántos hijos tiene?.....
5. De qué departamento proviene:.....
6. Ocupación:
 - a. Ama de casa.
 - b. Trabaja en casa
 - c. Trabaja fuera de casa. Cuantas horas:.....
7. Su ingreso económico es:
 - a. Menor a 500 soles.
 - b. De 500 a 1000soles.
 - c. Más de 1000 soles.
8. Su vivienda cuenta con:
 - a. Luz b. Luz y Agua c. Luz, agua y desagüe.
9. Su familia cuenta con algún seguro:
 - a. SIS b. ESSALUD c. Ninguno

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada pregunta y luego responda marcando con un aspa (X), la respuesta que considere correcta.

III. DATOS ESPECÍFICOS

1. Según usted la anemia es:
 - a. Es una enfermedad infecciosa y contagiosa.
 - b. Es una enfermedad donde el niño se pone muy flaco.
 - c. Es una enfermedad en la que disminuye la hemoglobina de la sangre.
 - d. No sabe.
2. Los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por:
 - a. Niño activo y con muchas energías
 - b. Crece y sube de peso rápidamente.
 - c. Piel pálida, no quiere comer y con mucho sueño.
 - d. Niño irritable y juega todo el día.
3. La causa de la anemia en los niños está dado por:
 - a. Comer escasos alimentos ricos en grasas.
 - b. Comer escasos alimentos ricos en dulces.
 - c. Comer escasos alimentos ricos en hierro.
 - d. Comer escasos alimentos ricos en calcio.
4. Las consecuencias de la falta de hierro en el desarrollo del niño son:
 - a. Sube de peso y crece.
 - b. No se enferma.
 - c. Retrasa su crecimiento, altera su desarrollo psicomotor y habilidades.
 - d. No tiene consecuencias.
5. ¿En la prevención de la anemia ferropénica le da a su niño principalmente?
 - a. Cereales, frutas y verduras de color rojo.
 - b. Menestras.
 - c. Vísceras y carnes rojas.
 - d. Leche, queso y yogurt.
6. Ud. Está de acuerdo en que:
 - a. La anemia se cura tomando caldo de gallina.
 - b. La betarraga, espinaca ayuda a prevenir la anemia.
 - c. La anemia se cura sólo con medicamentos que contienen hierro.
 - d. El caldo de hueso es bueno para tratar la anemia.
7. ¿Cuánto tiempo debe darle el medicamento para tratar la anemia de su niño?
 - a. 2 meses.
 - b. 4 meses.
 - c. 6 meses.
 - d. Más de 6 meses.

8. ¿Cuándo le da a su niño el medicamento para tratar la anemia toma la cantidad indicada?
 - a. No.
 - b. Si.
9. La frecuencia con que le da el medicamento para tratar la anemia de su niño es:
 - a. Semanal.
 - b. Interdiario.
 - c. Diario.
 - d. Quincenal.
10. El medicamento para tratar la anemia de su niño le da:
 - a. Junto con los alimentos.
 - b. Una hora antes de los alimentos.
 - c. Media hora antes de los alimentos.
 - d. Después de los alimentos.
11. ¿ Cuándo le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con:
 - a. Agua de anís, ,manzanilla
 - b. Leche
 - c. Jugo de fruta, naranja, limonada, agua.
 - d. Té o café.
12. El problema que ha presentado el niño durante el tiempo de tratamiento de la anemia es:
 - a. Estreñimiento y cambio de color de los dientes
 - b. Náuseas y vómitos.
 - c. Pérdida del apetito.
 - d. Diarrea.
13. ¿Ha continuado dándole el medicamento a pesar de estos problemas?
 - a. Si.
 - b.No.
14. Los alimentos que le da a su niño son:
 - a. Aguados o diluidos.
 - b. Espesos o consistentes.
15. La frecuencia en que le da a su niño, alimentos como: hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es:
 - a. 1 vez por semana.
 - b. 2 veces por semana.
 - c. 3 a más veces por semana.
 - d. No le gusta las vísceras.
16. La frecuencia en que le da a su niño, alimentos como: lentejas, pallares, frejoles, arvejas, habas es:
 - a. 1 vez por semana.
 - b. 2 veces por semana.
 - c. 3 a más veces por semana.
 - d. No le gusta la menestra.

17. De los siguientes alimentos ¿Cuál de ellos le da más?(Origen animal)
- Pollo, huevo, chanco.
 - Leche, queso, yogurt.
 - Sangrecita, bazo, bofe, hígado.
 - Pescado, carne de res.
18. De los siguientes alimentos ¿Cuál de ellos le da más? (Origen vegetal)
- Tomate, rabanitos, betarraga.
 - Papa, camote, yuca.
 - Habas, lentejas, frejoles.
 - Espinaca, lechuga, zanahoria.
19. Al momento de servir los alimentos a su niño. ¿con que lo acompaña con más frecuencia?
- Té o café.
 - Mates.
 - Jugo de frutas, limonada o agua.
 - Leche.
20. ¿Le dieron información sobre la anemia de su niño?
Si () no () Quien:.....
21. ¿Le brindaron orientación sobre el tratamiento y sus cuidados de la anemia?
Si () no () Quien:.....
22. ¿Le brindaron orientación sobre la alimentación y sus cuidados para tratar la anemia?
Si () no () Quien:.....
23. Le fue fácil de entender las indicaciones del personal de salud sobre la anemia
Si () no (). Si su respuesta es no por qué:.....
24. El personal de salud respondió a todas sus dudas sobre la anemia
Si () no () Quien:.....
25. Le dieron el medicamento completo o suficiente para tratar la anemia de su niño.
Si () no ()
26. Ud. Encuentra siempre el medicamento en la farmacia del Centro de salud
Si () no ()
27. Le han visitado en su casa para verificar si su niño está tomando su tratamiento
Si () no () Quien:.....
28. Usted acude a los controles de CRED de su niño en cada cita programada.
Si () no (). Si su respuesta es no por qué:.....

29. ¿Considera Ud. que la atención brindada es rápida y buena?

Si () no () si su respuesta es no de parte Quien:

Medico ()

Enfermera ()

Personal técnico ()

Otros profesionales ()

30. El trato que le dieron fue:

a. Pésima. Quién:.....

b. Regular. Quién:.....

c. Buena. Quién:.....

RECOMENDACIONES:.....
.....
.....
.....
.....

Muchas gracias por su colaboración!

ANEXO D
MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DIMENSION DE LA VARIABLE	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años.	Factores relacionados con el cuidador del paciente.	Conocimientos sobre la enfermedad. 1. Concepto. 2. Signos y síntomas. 3. Causas. 4. Consecuencias de la anemia. 5. Prevención. 6. Mitos y creencias. 7. Tratamiento.	Presente. Ausente.
	Factores relacionados con el Tratamiento.	Cumplimiento del tratamiento Farmacológico en: 8. Dosis 9. Frecuencia. 10. Horario. 11. Forma de administración. 12. Efectos secundarios. 13. Interrupción del tratamiento.	

VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
	Factores relacionados con la prestación de servicios de salud.	Cumplimiento del tratamiento dietético en: 14. Consistencia. 15-16. Frecuencia. 17-18-19. Tipo de alimentos. 20-21-22-23-24 Educación. 25-26. Sistema de distribución de medicamento. 27. Seguimiento. 28-29. Oportunidad de atención. 30. Trato del personal.	

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD EX FUNDO NARANJAL – 2013.

Investigador: Lic. Beatriz Verónica Luna Guerrero

Yo (Nombres y Apellidos).....
con DNI.....con.....años de edad.

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación aportando mi información a través de la encuesta que se me realizará, he sido informada en forma clara y detallada sobre el propósito y naturaleza del estudio asimismo indicar que mi participación es voluntaria; además, confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad.

Por lo tanto acepto participar en la siguiente investigación.

Fecha y Hora:

Firma del participante:.....

ANEXO F

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

n = Tamaño de la Muestra

N = Tamaño de la Población (130 niños con tratamiento de anemia).

z = 95% de Confianza = 1.96

p = Proporción de casos de la población que tienen las características que se desea estudiar: 50%=0.5

q = 1-p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés: 50%=0.5

e = Error relativo del 10%=0.1

FORMULA PARA TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACION FINITA

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 130 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2(130-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{124.852}{1.29 + 0.9604}$$

$$n = \frac{124.852}{2.2504}$$

$$n = 55.4$$

$$n = 55.$$

ANEXO G

TABLA DE CÓDIGOS – DATOS GENERALES

	N°	PREGUNTA	CATEGORÍA	CODIGO
Datos del Niño	1	Edad	6-8 meses	1
			9-11 meses	2
			1-2 años	3
	2	Sexo	Masculino	1
			Femenino	2
	3	Numero de hijo	1-2 hijos	1
			3-4 hijos	2
			5-6 hijos	3
	4	Tipo de Seguro	SIS	1
			ESSALUD	2
			Ninguno	3
	Datos de la madre	1	Edad	19-26 años
27-34 años				2
35-42 años				3
2		Grado de instrucción	Analfabeto	1
			Primaria	2
			Secundaria	3
			Superior	4
3		Estado civil	Soltera	1
			Casada	2
			Conviviente	3
			Separada	4
4		Numero de hijo	1-2 hijos	1
			3-4 hijos	2
			5-6 hijos	3
5		Procedencia	Costa	1
			Sierra	2
			Selva	3
6		Ocupación	Ama de casa	1
			Trabaja en Casa	2
			Trabaja fuera de casa	3
7		Ingreso económico	Menor a 500 soles	1
			de 500 a 1000 soles	2
			más de 1000 soles	3
8		Servicios Básicos	Luz	1
	Luz y agua		2	
	Luz, agua y desagüe		3	

Datos específicos

DIMENSIONES	Nº DE ITEMS	ALTERNATIVA	PUNTUACIÓN
Factores relacionados con el cuidador del paciente	1	C	1
	2	C	1
	3	C	1
	4	C	1
	5	C	1
	6	C	1
	7	C	1
Factores relacionados con el tratamiento	8	SI	1
	9	C	1
	10	C	1
	11	C	1
	12	A	1
	13	SI	1
	14	B	1
	15	C	1
	16	C	1
	17	C	1
	18	C	1
	19	C	1
Factores relacionados con la prestación de servicios de salud	20	SI	1
	21	SI	1
	22	SI	1
	23	SI	1
	24	SI	1
	25	SI	1
	26	SI	1
	27	SI	1
	28	SI	1
	29	SI	1
	30	C	1

ANEXO H
TABLA MATRIZ DE DATOS - CUESTIONARIO

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL C.S EX FUNDO NARANJAL																																														
DATOS GENERALES													DATOS ESPECIFICOS																																	
N°	NIÑO				MADRE								CUIDADOR DEL PX								TRATAMIENTO								PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD																	
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		
1	3	1	3	2	3	2	3	3	2	1	2	3	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0			
2	3	2	1	1	2	3	3	1	2	1	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1			
3	3	1	1	3	2	2	3	1	3	3	1	3	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1			
4	3	2	1	1	1	3	3	1	2	3	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
5	3	2	1	1	1	2	3	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1		
6	3	1	1	1	2	4	2	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1			
7	2	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1			
8	3	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1		
9	3	1	1	3	3	3	3	1	1	3	2	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1		
10	2	1	1	1	1	3	3	1	2	1	2	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1		
11	1	1	1	3	2	4	2	1	2	3	2	3	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
12	2	2	1	1	2	3	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
13	3	1	1	1	2	3	3	1	2	1	2	3	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	
14	3	2	2	2	3	4	4	2	1	2	3	3	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	
15	3	2	3	2	3	4	2	3	2	3	3	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	
16	3	2	2	1	3	4	3	1	1	3	2	3	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
17	3	1	1	1	3	3	3	1	1	1	2	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
18	3	1	3	1	3	3	3	3	2	1	2	3	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
19	3	1	1	2	1	3	3	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
20	3	2	1	1	2	3	3	1	1	1	2	3	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	

N°	DATOS GENERALES												DATOS ESPECÍFICOS																																						
	NIÑO				MADRE				CUIDADOR DEL PX				TRATAMIENTO								PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD																														
21	3	2	2	3	1	4	2	2	2	3	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0					
22	3	2	2	1	3	2	3	2	2	1	2	3	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0					
23	3	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	3	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0					
24	3	1	2	1	1	2	3	2	2	1	1	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0					
25	3	1	1	3	2	4	2	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0						
26	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1						
27	2	1	1	1	1	3	3	1	3	1	1	3	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1						
28	2	1	1	2	1	3	3	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0			
29	3	2	1	1	1	3	1	1	2	3	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1					
30	3	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1			
31	3	2	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1			
32	1	1	2	3	2	3	2	2	2	1	2	3	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1			
33	3	2	1	1	1	3	3	1	2	1	3	3	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0			
34	2	1	3	1	3	2	3	3	2	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0				
35	3	2	1	1	3	3	4	2	2	2	1	3	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0				
36	3	2	2	1	2	3	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1		
37	3	1	1	1	1	2	3	1	2	1	2	2	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
38	1	1	1	1	1	3	2	1	2	1	3	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0			
39	3	1	1	1	1	4	3	1	1	2	2	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0		
40	1	1	1	1	1	3	3	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
41	3	1	1	1	1	3	2	1	2	1	2	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1			
42	2	2	1	1	1	3	1	1	3	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
43	3	2	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1		
44	3	1	1	1	1	3	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1			
45	3	2	1	3	1	3	3	1	2	1	3	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1		

N°	DATOS GENERALES												DATOS ESPECÍFICOS																															
	NIÑO				MADRE				CUIDADOR DEL PX				TRATAMIENTO								PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD																							
46	2	2	1	1	1	3	2	1	3	1	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		
47	3	1	1	3	2	3	3	1	2	1	3	3	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	3	1	1	1	1	3	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1		
49	3	1	1	1	1	3	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1		
50	3	2	1	3	1	3	3	1	2	1	3	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
51	2	1	1	2	1	3	3	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0
52	3	2	1	3	1	3	3	1	2	1	3	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
53	1	1	1	1	1	3	3	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
54	1	1	1	1	1	3	3	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
55	3	2	1	3	1	3	3	1	2	1	3	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1

TABLA DE DATOS ESPECIFICOS POR DIMENSIONES

N°	Factores relacionado con el cuidador del paciente							Factores relacionados con el tratamiento												Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1
3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	
4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	
6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
7	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	
9	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	
10	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
11	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
13	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	
14	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	
15	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
16	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
17	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
18	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
20	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
21	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	
22	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	

TABLA DE DATOS ESPECÍFICOS POR DIMENSIONES

N°	Factor relacionado con el cuidador del paciente							Factores relacionados con el tratamiento										Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud.													
	23	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
24	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
25	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0		
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1		
27	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1		
28	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0			
29	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1		
30	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1			
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1		
32	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1		
33	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0		
34	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
35	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0		
36	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1		
37	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1		
38	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0		
39	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0		
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
41	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	
43	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1		
44	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
45	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1		

TABLA DE DATOS ESPECÍFICOS POR DIMENSIONES

N°	Factores relacionados con el cuidador del paciente								Factores relacionados con el tratamiento										Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud													
	46	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
47	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
48	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
49	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
50	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1			
51	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0		
52	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1			
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
55	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1			

ANEXO I

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	0	0	1	1	1	1	0.145(#)
5	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
6	1	1	1	1	0	1	1	0	0.145(#)
7	0	0	1	1	1	1	1	1	0.145(#)

En estas preguntas se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo.

ANEXO J

VALIDEZ ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para la validez estadística, además de solicitar la opinión de los jueces expertos, se aplicó la fórmula coeficiente de correlación R de Pearson a cada uno de los ítems, obteniéndose:

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Donde:

X: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

Item 1:	r= 0.6	Item 17:	r= 0.6
Item 2:	r= 0.3	Item 18:	r= 0.5
Item 3:	r= 0.3	Item 19:	r= 0.5
Item 4:	r= 0.5	Item 20:	r= 0.4
Item 5:	r= 0.3	Item 21:	r= 0.3
Item 6:	r= 0.5	Item 22:	r= 0.6
Item 7:	r= 0.7	Item 23:	r= 0.5
Item 8:	r= 0.4	Item 24:	r= 0.6
Item 9:	r= 0.20	Item 25:	r= 0.7
Item 10:	r= 0.5	Item 26:	r= 0.6
Item 11:	r= 0.5	Item 27:	r= 0.64
Item 12:	r= 0.1(*)	Item 28:	r= 0.44
Item 13:	r= 0.3	Item 29:	r= 0.32
Item 14:	r= 0.4	Item 30:	r= 0.25
Item 15:	r= 0.2	Item 31:	r= 0.35
Item 16:	r= 0.1(*)	Item 32:	r= 0.48

Si $r > 0.20$, el ítem es válido, por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems excepto para el ítem N° 12 y 16, en los cuales no se alcanzó el puntaje deseado, por lo cual se eliminaron, quedando de esta manera el instrumento constituido por 30 ítems válidos.

ANEXO K

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba estadística Kuder Richardson.

$$K-R = \frac{k}{k-1} \frac{[1 - \sum p \cdot q]}{Sx^2}$$

Donde:

K: N° de preguntas o ítems.

Sx^2 : Varianza de la prueba.

p: Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q: Proporción donde no se identifica al atributo.

$$K-R = \frac{30}{29} \frac{[1 - 5.2]}{35}$$

$$K - R = 1.03 (1 - 0.15)$$

$$K - R = 1.03 \times 0.85$$

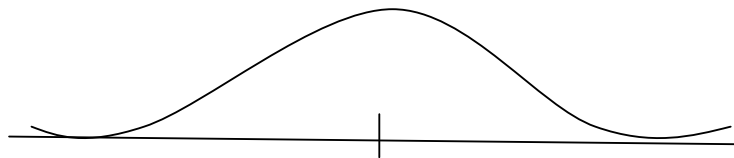
$$K-R=0.87$$

ANEXO L
MEDICIÓN DE LA VARIABLE FACTORES
PROMEDIO ARITMÉTICO

Se determinó el promedio (x)
X= Promedio de totales

$$\text{Promedio (x)} = \frac{wx}{n} = \frac{1117}{55} = 20.3$$

Ausentes: de 20 a menos
Presentes: mayor de 20

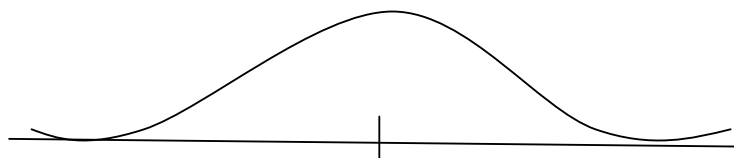


PROMEDIO DE DIMENSIONES

X: Promedio de factores relacionados con el cuidador del paciente

$$\text{Promedio (x)} = \frac{wx}{N} = \frac{262}{55} = 4.7$$

Ausentes: de 5 a menos
Presentes: mayor de 5

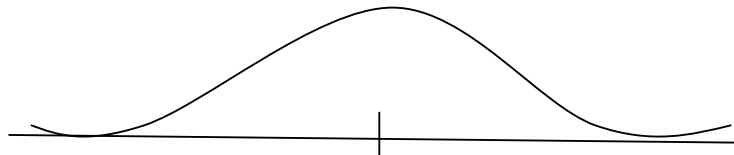


X: Promedio de factores relacionados con el tratamiento.

$$\text{Promedio } (x) = \frac{wx}{N} = \frac{449}{55} = 8.2$$

Ausentes: de 8 a menos

Presentes: mayor de 8

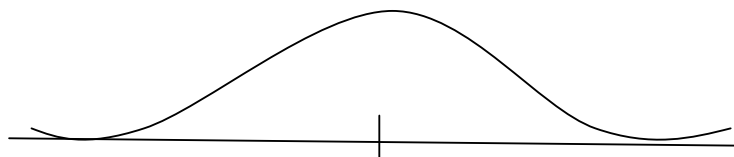


X: Promedio de factores relacionados con la prestación de los servicios de salud.

$$\text{Promedio } (x) = \frac{wx}{N} = \frac{406}{55} = 7.4$$

Ausentes: de 7 a menos

Presentes: mayor de 7



ANEXO M

DATOS GENERALES DE LOS NIÑOS Y DE LAS MADRES DEL CENTRO DE SALUD EX FUNDO NARANAJAL LIMA - PERU 2013

ASPECTOS	NUMERO	PORCENTAJE
EDAD		
6 - 8 meses	6	11
9 -11 meses	9	16
1 - 2 años	40	73
TOTAL	55	100
SEXO		
Masculino	31	56
Femenino	24	44
TOTAL	55	100
NUMERO DE HIJO		
1- 2 hijos	8	15
3 - 4 hijos	43	78
5 - 6 hijos	4	7
TOTAL	55	100
TIPO DE SEGURO		
SIS	37	67
ESSALUD	7	13
Ninguno	11	20
TOTAL	55	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del centro de salud Ex Fundo naranjal, 2013

DATOS DE LAS MADRES

EDAD		
19 – 26 años	13	24
27 - 34 años	31	56
35 - 42 años	11	20
TOTAL	55	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeto	0	0
Primaria	8	15
Secundaria	39	70
Superior	8	15
TOTAL	55	100
ESTADO CIVIL		
Soltera (o)	5	9
Casada(o)	10	18
Conviviente	38	69
Separada	2	4
TOTAL	55	100
NUMERO DE HIJOS		
1 - 2 hijos	43	78
3 - 4 hijos	8	15
5 - 6 hijos	4	7
TOTAL	55	100
PROCEDENCIA		
Costa	13	24
Sierra	36	65
Selva	6	11
TOTAL	31	100
OCUPACIÓN		
Ama de casa	39	71
Trabaja en casa	7	13
Trabaja fuera de casa	9	16
TOTAL	55	100
INGRESO ECONÓMICO		
Menor a 500 soles	15	27
de 500 a 1000 soles	29	53
más de 1000 soles	11	20
TOTAL	55	100
SERVICIOS BASICOS		
Luz	4	7
Luz y agua	5	9
Luz, agua y desagüe	46	84
TOTAL	55	100

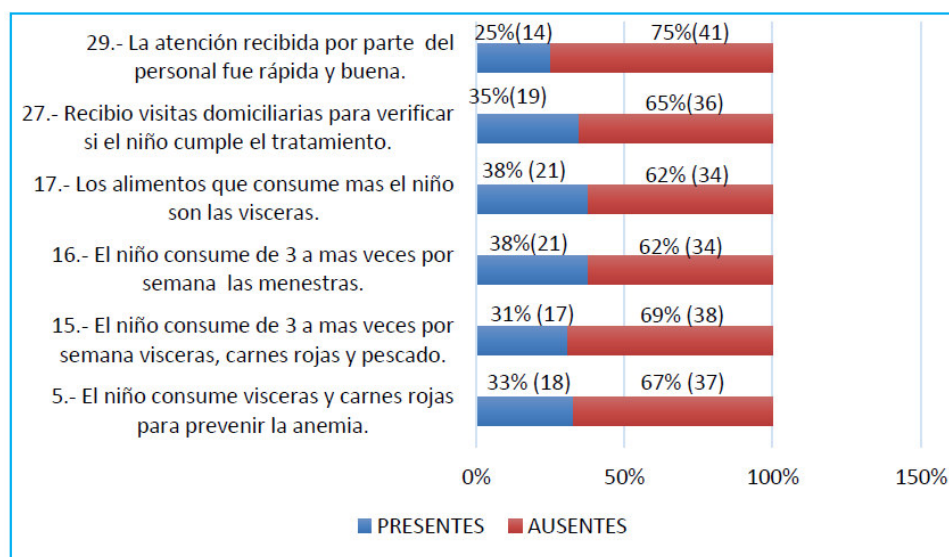
Fuente: Instrumento aplicado a las madres del centro de salud Ex Fundo naranjal, 2013

ANEXO N

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA DE ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL C.S EX FUNDO NARANJAL LIMA - PERU 2013

FACTORES	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cuidador del paciente	23	42%	32	58%	55	100
Tratamiento	18	33%	37	67%	55	100
Prestación de los servicios de salud	31	56%	24	44%	55	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013.



Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013.

ANEXO O

FACTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADOR DEL PACIENTE SEGÚN ÍTEMS QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL C.S EX FUNDO NARANJAL LIMA - PERÚ 2013

FACTORES	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cuidador del paciente	23	42%	32	58%	55	100

Aspectos	Presente		Ausente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.- La anemia se define como una enfermedad en la que disminuye la hemoglobina de la sangre.	41	75%	14	25%	55	100%
2.- Los signos y síntomas de un niño con anemia son: piel pálida, pérdida del apetito y tiene mucho sueño.	53	96%	2	4%	55	100%
3.- La causa de la anemia en los niños está dado por comer escasos alimentos ricos en hierro.	41	75%	14	25%	55	100%
4.- Las consecuencias de la falta de hierro en el desarrollo del niño son: Retrasa su crecimiento, altera su desarrollo psicomotor y habilidades.	46	84%	9	16%	55	100%
5.- El niño consume vísceras y carnes rojas para prevenir la anemia.	18	33%	37	67%	55	100%
6.- La anemia se cura sólo con medicamentos que contienen hierro.	33	60%	22	40%	55	100%
7.- El niño toma el medicamento de la anemia ferropénica durante 6 meses.	28	51%	27	49%	55	100%

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013

ANEXO P

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO SEGÚN ITEMS QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL C.S EX FUNDO NARANJAL LIMA - PERÚ 2013

FACTORES	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tratamiento	18	33%	37	67%	55	100

Aspectos	Presente		Ausente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
8.- El niño toma la cantidad indicada del medicamento para la anemia.	49	89%	6	11%	55	100%
9.- El niño toma el medicamento de la anemia todos los días.	51	93%	4	7%	55	100%
10.- El niño toma el medicamento para tratar la anemia media hora antes de los alimentos.	30	55%	25	45%	55	100%
11.- El niño toma el medicamento acompañado con jugo de frutas, limonada y agua.	44	80%	11	20%	55	100%
12.- El problema que ha presentado el niño durante el tratamiento fueron el estreñimiento y cambio de color de los dientes.	48	87%	7	13%	55	100%
13.- El niño continuó con el tratamiento a pesar de estos problemas.	41	75%	14	25%	55	100%
14.- La alimentación que el niño recibe es espesa y consistente.	50	91%	5	9%	55	100%

Aspectos	Presente		Ausente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15.- El niño consume de 3 a más veces por semana vísceras, carnes rojas y pescado.	17	31%	38	69%	55	100%
16.- El niño consume de 3 a más veces por semana las menestras.	21	38%	34	62%	55	100%
17.- Los alimentos que consume más el niño son las vísceras.	21	38%	34	62%	55	100%
18.- Los alimentos que consume más el niño son las menestras.	32	58%	23	42%	55	100%
19.- El niño consume sus alimentos acompañado con jugo de frutas, limonada y agua.	45	82%	10	18%	55	100%

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013

ANEXO Q

FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ÍTEMS QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL C.S EX FUNDO NARANJAL LIMA - PERÚ 2013

FACTORES	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prestación de los servicios de salud	31	56%	24	44%	55	100

Aspectos	Presente		Ausente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20.- La madre recibió información sobre la anemia del niño.	38	69%	17	31%	55	100%
21.- La madre recibió orientación sobre el tratamiento y cuidados de la anemia.	48	87%	7	13%	55	100%
22.- La madre recibió orientación sobre la alimentación y cuidados.	45	82%	10	18%	55	100%
23.- Las indicaciones del personal de salud fueron claras y fácil de entender.	44	80%	11	20%	55	100%
24.- Respondieron todas las dudas de la madre sobre la anemia.	45	82%	10	18%	55	100%
25.- Recibió el medicamento completo durante el tratamiento de anemia del niño.	48	87%	7	13%	55	100%
26.- El medicamento para la anemia está a disponibilidad en la farmacia del c.s.	30	55%	25	45%	55	100%
27.- Recibió visitas domiciliarias para verificar si el niño cumple el tratamiento.	19	35%	36	65%	55	100%
28.- La madre acude a citas programadas para el control de CRED del niño.	46	84%	9	16%	55	100%
29.- La atención recibida por parte del personal fue rápida y buena.	14	25%	41	75%	55	100%
30.- El trato que recibieron por parte del personal de salud fue buena.	30	55%	25	45%	55	100%

Fuente: Instrumento aplicado a las madres del C.S Ex Fundo Naranjal, 2013