



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN EN: SALUD PÚBLICA



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE
6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE
SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020**

**TESIS PRESENTADA POR
JUDITH KATIA AMPA LIMA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

**JULIACA - PERÚ
2025**



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁZQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE
6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE
SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020**

TESIS PRESENTADA POR
JUDITH KATIA AMPA LIMA
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

APROBADA POR:

PRESIDENTE

:


Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

PRIMER MIEMBRO

:


Dr. JESUS MAMANI MAMANI

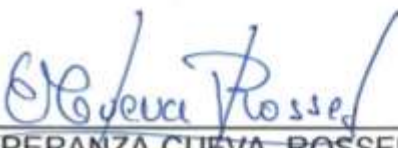
SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

:


Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA - P42

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°412-2025-D-EPG-UANCV/J**

Juliaca, 03 de octubre del 2025

VISTOS:

El expediente N°2025-08460 presentado por el (la) Bach: **AMPA LIMA JUDITH KATIA**, con número de DNI 42585338 asignado (a) con código de matrícula 21338008 de la **Maestría en SALUD** Mención: **SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Bach: **AMPA LIMA JUDITH KATIA** con número de DNI 42585338 asignado (a) con código de matrícula 21338008 de la **Maestría en SALUD** Mención: **SALUD PÚBLICA**, ha solicitado fecha y hora, modalidad de sustentación de la Tesis Titulada: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020** La misma que pertenece a la Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA – P42 y;**

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el 02 de junio del 2023, Establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento para la Obtención del Grado Académico de Magíster/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo de investigación original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – DECLARAR EXPEDITO para la Sustentación de la Tesis Titulada: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020** Elaborado por el (la) Bachiller: **AMPA LIMA JUDITH KATIA** la tema de jurados está integrado por los siguientes docentes:

Presidente del Jurado	: Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Primer Jurado	: Dr. JESUS MAMANI MAMANI
Segundo Jurado	: Dra. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Asesor de Tesis	: Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

ARTÍCULO SEGUNDO. - El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

Fecha	: viernes 10 de octubre del 2025
Hora	: 03:00 pm
Lugar	: Aula N°208 C.C. N°03 – 2DO PISO EPG – UANCV - JULIACA

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Maestría con el grado de **MAGISTER** de los estudiantes que ingresaron antes a la aprobación de la ley Universitaria N° 30220.

ARTÍCULO TERCERO. - Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 1135-2025-USA-EPG/UANCV**

Juliaca, 10 de setiembre del 2025

VISTOS:

El expediente N°. 2755, Presentado por el (a) Bachiller; **AMPA LIMA JUDITH KATIA**, con número de DNI **42585338** y con Código de matrícula N.° **21338008**, quien solicita cambio de JURADOS Y ASESOR del Comité de Investigación del Proyecto de Tesis titulado: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 DE 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020** Líneas de Investigación: **SALUD PÚBLICA - P42**, Para optar el Grado Académico de **MAGISTER** en **SALUD** mención: **SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente No. 2755, el **Bach: AMPA LIMA JUDITH KATIA**, solicita el cambio del Presidente, Primer miembro del jurado y asesor de la tesis titulada: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 DE 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020** Aprobado con Resolución Directoral N.° 1235-2023-USA-EPG/UANCV, de fecha 06 de diciembre del 2023, en el que se le asignó como presidente la Dra. Peggy Griselda Coa Serrano, segundo miembro a Mgtr. Percy Gonzalo Puma Puma y asesor la Dra. Amalia Perez Abarca, el mismo que se cambia por no tener vínculo laboral con la UANCV e indisponibilidad de tiempo

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los Jurados el 16 de diciembre del 2020, registrado en el Folio N° 2154 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestría y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- ACEPTAR EL CAMBIO DEL PRESIDENTE, PRIMER MIEMBRO DEL JURADO Y ASESOR, para su revisión de la Tesis titulada: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 DE 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020** presentado por el (a) **Bach: AMPA LIMA JUDITH KATIA**, de la maestría en: **SALUD**, conformado por los siguientes docentes:

Presidente	: Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Primer Miembro	: Dr. JESUS MAMANI MAMANI
Segundo Miembro	: Dra. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Asesor (a)	: Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

SEGUNDO.- AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **MAGISTER** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

TERCERO.- ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

Dr. Jhonny Gonzalo Sique Zepeda
DIRECTOR DEL



TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 002310-2025-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 04 diciembre del 2025

VISTOS:

El expediente N°. 0006869, Presentado por el (a) Bach. **AMPA LIMA JUDITH KATIA**, con número de DNI **42585338** y con Código de matrícula N.° **21338008**, quien solicita en **VÍA DE REGULARIZACIÓN LA OMISIÓN DE LAS COMILLAS** de la Tesis: **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020"** Para optar el Grado Académico de **MAGISTER** en **SALUD**, mención: **SALUD PÚBLICA** Línea de Investigación **SALUD PÚBLICA – P42**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente N°. 0003962, el Bach. **AMPA LIMA JUDITH KATIA**, solicita en **VÍA DE REGULARIZACIÓN** omisión de las comillas en el título de la tesis de la **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.° 712-2020-USA-EPG/UANCV**, de fecha 24 de diciembre del 2020 de aprobación de proyecto de investigación.

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 24 de diciembre del 2020, registrado en el Folio N° 2154 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j)" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - RECTIFICAR EN LA RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 712-2020-USA-EPG-UANCV, únicamente en lo que corresponde: **OMITIR LAS COMILLAS** en el título de la tesis debiendo ser como sigue: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020**

ARTÍCULO SEGUNDO. - CONSERVAR a los miembros del jurado y asesor que aprobaron el proyecto de tesis titulado: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020**

Presentado por el (la) Bach. **AMPA LIMA JUDITH KATIA**

Presidente	: Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Primer Miembro	: Dr. JESUS MAMANI MAMANI
Segundo Miembro	: M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Asesor	: Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

ARTÍCULO CUARTO. - AUTORIZAR el desarrollo de la tesis, de acuerdo al reglamento de investigación conducente al grado académico de **MAGISTER** de la escuela de posgrado de la UANCV.

ARTICULO QUINTO, -Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese,



Dr. Javier Rómulo Quispe Zapana
DIRECTOR (e)

Cc. /Código (SII)
Archivos (SII)



JUDITH KATIA AMPA LIMA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NI...

 TESIS DE MAESTRIAS

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::13016:545914279

Fecha de entrega

13 ene 2026, 16:54 GMT-5

Fecha de descarga

14 ene 2026, 9:00 GMT-5

Nombre del archivo

T036_42585338_M.pdf

Tamaño del archivo

2.8 MB

211 páginas

37.228 palabras

204.609 caracteres



TESIS UANCV

16% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 13%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

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

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



Metadatos complementarios

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JUDITH KATIA AMPA LIMA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42585338
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-7393-8125
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02558176
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7453-3382
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5861-0392
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	JESUS MAMANI MAMANI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	43386954
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0008-7372-6132
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3688-7419



Datos de investigación	
Línea de investigación	Salud Pública - P42
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Coordenadas: Latitud: -15.4808654 Longitud: -70.1394723 https://maps.app.goo.gl/B22DzSpJ3tZw3VvF9 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Diciembre 2020 – octubre 2025
URL de disciplinas OCDE. https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01



UNIVERSIDAD DE CUSCO - UANCV
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Jesus Mamani Mamani
DIRECTOR
DE INVESTIGACION - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo JUDITH KATIA AMPA LIMA, identificado con DNI

Nro. 42585338 en mi condición de egresado de:

- ☐ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☒ Programa de Maestría o Doctorado

EN SALUD

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico denominada:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA
FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO
DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020

Asesorado por: Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

Es un tema original.

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

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

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

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 06 de Noviembre del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A nuestro padre celestial, por ser guía y creador.

A mi querido esposo Juan Carlos, por su amor y apoyo constante y mis hijos, Juan Carlos Nestor, Mirian Valeria y Mirian Noelia, por siempre estar a mi lado en mis logros.

A mi familia, mis queridos padres Arturo y Tomasa por su constante e incondicional apoyo y por su motivación que me permite concluir mis metas.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, por permitirme culminar mis estudios de Maestría, y a toda su plana docente.

Un agradecimiento especial a Dra. Esperanza Cueva Rossel por su orientación y apoyo en la elaboración del presente trabajo de investigación.

A la Escuela de Postgrado por tener docentes de elevada calidad los que inculcaron ejemplo y educación en cada uno de sus alumnos.

Al personal de Salud del Centro de Salud Jorge Chávez por permitirme realizar mi trabajo de investigación con la población de Madres de niños menores de 36 meses.

A los padres de los niños menores de 36 meses que colaboraron en el presente trabajo de investigación.

ÍNDICE GENERAL



DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	xvii

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1	EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	1
1.2	FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2.1	Problema general	5
1.2.2	Problemas específicos	5
1.3	DELIMITACIÓN	6
1.3.1	Delimitación espacial.....	6
1.3.2	Delimitación temporal.....	6
1.3.3	Delimitación social.....	7
1.3.4	Delimitación temática	7
1.4	JUSTIFICACIÓN	8
1.5	OBJETIVOS	11
1.5.1	Objetivo general.....	11
1.5.2	Objetivos específicos	11
1.6	LIMITACIONES	12
1.7	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	13



1.7.1 Hipótesis general	13
1.7.2 Hipótesis específicas	13
1.8 VARIABLES E INDICADORES	14
1.8.1 Variable independiente: Funcionalidad familiar	14
1.8.2 Variable dependiente: Adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica.....	15
1.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	18
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	21
2.1.3 Antecedentes locales.....	25
2.2 BASES TEÓRICAS	27
2.2.1 Funcionalidad familiar	27
2.2.2 Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica.....	35
2.3 MARCO CONCEPTUAL	40

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.2 TIPO	42
3.3 NIVEL	43
3.4 DISEÑO.....	43
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.5.1 Población	44



3.5.2 Muestra	44
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	46
3.6.1 Técnicas de recolección de datos	46
3.6.2 Instrumentos	46
3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.....	49
3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.9 DISEÑO DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	50

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS .	51
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	144
CONCLUSIONES	148
RECOMENDACIONES.....	152
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
ANEXOS	167
Anexo 1. Matriz de consistencia	168
Anexo 2. Instrumentos	170
Anexo 3. Consentimiento informado.....	174
Anexo 4. Validación de instrumentos	175
Anexo 5. Matriz de datos	179

ÍNDICE DE TABLAS



Tabla 1	Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	52
Tabla 2	Establecimiento de límites y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	56
Tabla 3	Las coaliciones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	60
Tabla 4	El tiempo y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	64
Tabla 5	El espacio y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	68
Tabla 6	La amistad y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	72
Tabla 7	La toma de decisiones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	76
Tabla 8	Los intereses y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	80



Tabla 9	La recreación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	84
Tabla 10	Cambio de liderazgo y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	88
Tabla 11	Relaciones de roles y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	92
Tabla 12	Reglas de relación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	96
Tabla 13	Negociación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	99
Tabla 14	Habilidades de escucha y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	103
Tabla 15	Habilidades de habla y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	106
Tabla 16	Autorrevelación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	109



Tabla 17	Seguimiento de continuidad y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	112
Tabla 18	Respeto y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	115
Tabla 19	Consideración y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	118
Tabla 20	Establecimiento de límites y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	122
Tabla 21	Tomas de decisiones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	125
Tabla 22	Los intereses y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	128
Tabla 23	Relaciones de roles y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	131
Tabla 24	Negociación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	135



Tabla 25	Habilidades de escucha y habla y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	138
Tabla 26	Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	141



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	53
Figura 2: Establecimiento de límites y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	57
Figura 3: Las coaliciones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	61
Figura 4: El tiempo y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	65
Figura 5: El espacio y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	69
Figura 6: La amistad y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	73
Figura 7: La toma de decisiones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	77
Figura 8: Los intereses y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	81
Figura 9: La recreación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	85
Figura 10: Cambio de liderazgo y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	89



Figura 11: Relaciones de roles y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	93
Figura 12: Reglas de relación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	97
Figura 13: Negociación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	100
Figura 14: Habilidades de escucha y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	104
Figura 15: Habilidades de habla y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	107
Figura 16: Autorrevelación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	110
Figura 17: Seguimiento de continuidad y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	113
Figura 18: Respeto y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	116
Figura 19: Consideración y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	119
Figura 20: Establecimiento de límites y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	123
Figura 21: Tomas de decisiones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	126



Figura 22: Los intereses y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	129
Figura 23: Relaciones de roles y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	133
Figura 24: Negociación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	136
Figura 25: Habilidades de escucha y habla y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.	139
Figura 26: Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud jorge Chávez.....	142

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez, 2020 **Metodología:** Fue una investigación de tipo básica, de nivel descriptivo-correlacional y de diseño no experimental, con una muestra de 300 de madres con niños de 6 a 36 meses. Se empleó la encuesta y dos instrumentos las cuales son "Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES IV)" y "cuestionario de adherencia al tratamiento". **Resultados:** Los indicadores de funcionalidad familiar relacionados a adherencia al tratamiento de anemia ferropénica son: el establecimiento de límites (29.6%), coaliciones (39.3%), tiempo (43.3%), espacio (42.3%), amistad (37.7%), toma de decisiones (36.6%), intereses (35.1%), recreación (36.7%), cambio de liderazgo (42.4%), relaciones de roles (50.3%), reglas de relación (41%), negociación (48.4%), habilidades de escucha (38.3%), habilidades de habla (41.7%), autorrevelación (41.7%), seguimiento de continuidad (42.7%), respeto (46%), consideración (36.3%), establecimiento de límites (38.6%), toma de decisiones (37%), intereses (37%), relaciones de roles (43%), negociación (46.7%) y habilidades de escucha y habla (54.7%), todos con una significancia $p < 0.05$. **Conclusión:** La adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 – 36 meses es regular con 84.0%; además, existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en las madres de los niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez ($p = 0.001$). **Palabras Clave:** Funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento, anemia ferropénica.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between family functionality and adherence to the treatment of iron deficiency anemia in mothers of children aged 6 - 36 months who attend the Jorge Chávez health center, 2020. **Methodology:** It was a basic research, descriptive-correlational level and non-experimental design, with a sample of 300 mothers with children from 6 to 36 months. The survey and two instruments were used, which are "Family Cohesion and Adaptability Scale (FACES IV)" and "treatment adherence questionnaire". **Results:** The indicators of family functionality related to adherence to iron deficiency anemia treatment are: the establishment of limits (29.6%), coalitions (39.3%), time (43.3%), space (42.3%), friendship (37.7%), decision-making decisions (36.6%), interests (35.1%), recreation (36.7%), leadership change (42.4%), role relationships (50.3%), relationship rules (41%), negotiation (48.4%), communication skills listening (38.3%), speaking skills (41.7%), self-disclosure (41.7%), follow through (42.7%), respect (46%), consideration (36.3%), limit setting (38.6%), decision making decisions (37%), interests (37%), role relationships (43%), negotiation (46.7%) and listening and speaking skills (54.7%), all with a significance $p < 0.05$. **Conclusion:** Adherence to iron deficiency anemia treatment in mothers of children aged 6-36 months is regular with 84.0%; In addition, there is a statistically significant relationship between family functionality and adherence to iron deficiency anemia treatment in mothers of children aged 6-36 months who attend the Jorge Chávez Health Center ($p = 0.001$).

Key Words: Family functionality, adherence to treatment, iron deficiency anemia.



INTRODUCCIÓN

La familia representa el primer ámbito social donde el individuo inicia su desarrollo holístico físico, emocional y social. Dentro de esta esfera se graban las rutinas cotidianas, se transmiten principios éticos de una generación a otra y se incorporan pautas de conducta que favorecen la salud desde la infancia. Una familia se considera funcional cuando organiza su estructura de tal modo que la comunicación circula de manera efectiva, ofrece respaldo emocional, resuelve los desacuerdos de modo constructivo y, en consecuencia, satisface las necesidades de los miembros, preparándolos adecuadamente para los retos externos. Desde la perspectiva de la salud pública y la medicina de la familia, tal unidad se erige en contexto protector que refuerza la resiliencia, favorece el cumplimiento de conductas sanas y desalienta la aparición de enfermedades. En cambio, una familia disfuncional se asocia de manera consistente con el incremento de conductas de riesgo y la escasa adherencia a los planes terapéuticos. (1).

En el ámbito de la atención pediátrica, la estructura y funcionamiento de la familia emergen como variables de referencia obligada en el estado de salud de los niños, dado que el cuidado sostenido, la observación sistemática y las decisiones relacionadas con la salud recaen predominantemente en las madres y en los cuidadores primarios. La calidad del entorno familiar, junto con la habilidad de los adultos para diseñar, interiorizar y perpetuar pautas conductuales que promuevan la salud, definen tanto el pronóstico infantil como el respeto a los esquemas terapéuticos prescritos. Cuando se considera la carga de entidades de alta prevalencia, como la anemia ferropénica, la implicación consciente y



sistemática de la familia se configura como el sólo ante requisito para la prevención, la iniciación del tratamiento y el control posterior. (2,3).

La anemia ferropénica constituye la variante más frecuentemente diagnosticada de anemia a escala mundial, convertida en un desafío de salud pública crítico, en especial en las naciones de ingresos bajos y medios. La enfermedad es consecuencia de un déficit de hierro, un oligoelemento que, aparte de ser un componente central de la hemoglobina, desempeña un papel vital en el transporte de oxígeno y en etapas clave del desarrollo neurológico. El intervalo de 6 a 36 meses, caracterizado por un crecimiento acelerado y elevados requerimientos del mineral, constituye un periodo clave en el que la escasez de hierro puede inducir alteraciones en los dominios cognitivo, motriz, conductual y socioemocional. En ausencia de diagnóstico y tratamiento oportunos, estas alteraciones pueden consolidarse de forma irreversible. (4).

La elevada carga de anemia en la infancia dentro del territorio nacional debe ser enfrentada a través de un enfoque multidimensional en el que confluyan convergentes. Esta carga en el determinante de prevalencia amplia se articula porque las hemorragias de alimentos que son fuentes directas del mineral en cuestión son, por un lado, pareadas a niveles de frecuencia de alimentos que facilitan el uso y la retención del mineral, y, a la vez, limitadas por estados que afectan distal y proximal la salud digestiva y profundizan el costo de las enfermedades que neutralizan la salud digestiva y de bases digestivas, el capital de alimentos que no se absorben; y, por otro lado, las condiciones socioeducativas no permiten que en el manejo cotidiano se pongan en práctica.

La adherencia terapéutica se entiende como la proporción en que los pacientes se ajustan a las recomendaciones formuladas por el equipo de salud e incluye la



toma de medicamentos, el respeto de los controles clínicos y la práctica de medidas de autocuidado. En el ámbito pediátrico, este cumplimiento depende principalmente de las madres o personas responsables que, además de administrar el hierro, deben asegurar una alimentación adecuada y garantizar la asistencia a las visitas de salud. No obstante, el circuito de cuidado está mediado por una serie de determinantes interrelacionados que incluyen, entre otros, la comprensión de la enfermedad, la valoración que se otorga al tratamiento, la carga emocional que recae sobre la cuidadora, las circunstancias socioeconómicas y la capacidad funcional de la familia.

La evidencia empírica recopilada en entornos clínicos heterogéneos indica que las familias caracterizadas por una cohesión elevada, por la estructuración del tiempo a través de rutinas claramente definidas y por la utilización de patrones comunicacionales adaptativos, facilitan de forma notable la adherencia terapéutica de los pacientes pediátricos. La propia configuración familiar se traduce en una observancia más rigurosa de las indicaciones médicas y en una continuidad prolongada de los tratamientos farmacológicos. En contraste, la existencia de disfunciones en el sistema familiar se vincula con tasas de adherencia más bajas, limitando así la eficacia clínica de las intervenciones y aumentando el riesgo de que la anemia se convierta en una condición persistente y crónica. Tal escenario conlleva secuelas significativas tanto en el desarrollo infantil como en la salud pública.

Por consiguiente, se hace imperativo analizar la funcionalidad familiar y su incidencia sobre la adhesión a los tratamientos de la anemia ferropénica en lactantes entre seis y treinta y seis meses, dado que tal perspectiva permite identificar los recursos y constricciones que condicionan el éxito o el fracaso de



las intervenciones de salud infantil. La presente investigación se plantea generar evidencia científica orientada a fundamentar el fortalecimiento de los programas de control de esta patología, atendiendo a un enfoque integral que, a la par de las intervenciones clínicas y de la farmacoterapia, considere las dinámicas familiares y el entorno social en el que se inserta la atención pediátrica.

En consecuencia, los siguientes capítulos se incluirán en este estudio: En el Capítulo I se expone la condición problemática que origina la presente investigación, destacando las causas, consecuencias y relevancia del problema en el contexto estudiado. El Capítulo II desarrolla el marco teórico referencial, que comprende los antecedentes, las bases teóricas, los conceptos fundamentales y las definiciones operacionales de las variables, sustentadas en autores contemporáneos y fuentes científicas pertinentes. En el Capítulo III se describe el procedimiento metodológico empleado, especificando el tipo, nivel, diseño, población, muestra, técnicas, instrumentos y el método de análisis de datos utilizados para alcanzar los objetivos planteados. El Capítulo IV presenta los resultados obtenidos del estudio, acompañados de su interpretación y análisis comparativo con la teoría y los antecedentes revisados. Finalmente, se exponen las conclusiones derivadas del análisis de los resultados, las recomendaciones orientadas a la mejora o solución del problema identificado y los anexos que complementan y respaldan la investigación desarrollada.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su consideración de la familia como la unidad natural y esencial de la sociedad, legitima el amparo tanto de la comunidad como del Estado, dado el protagonismo definitivo que esta institución ejerce en la socialización, la educación y la plena realización de todos sus miembros. En consecuencia, el hogar se delinearé como la primera plataforma en la que la infancia accede, de modo sistemático y cotidiano, a los parámetros imprescindibles para un desarrollo equilibrado y armónico, a saber: el acceso a la atención médica, la provisión de una nutrición adecuada y la garantía de protección frente a riesgos que puedan comprometer su integridad. Satisfacer tales requerimientos no es, por tanto, una operación mecánica, sino que se halla en función de la capacidad de la familia para lograr funcionalidad, concepto que se entiende aquí como la estructura que le confiere: la propensión a articular mecanismos de organización, la sustentación de canales de comunicación eficaces, y el reconocimiento, la asunción y la distribución de responsabilidades, todo ello de manera que el fortalecimiento del apoyo recíproco entre los miembros no se vea menoscabado.



En lo que va de la última década, la literatura ha documentado un incremento de los patrones de disfunción familiar, fenómeno que guarda una relación estrecha con el prolongado ausentismo parental en el hogar, la significativa reducción de los periodos de interacción intrafamiliar y la consecuente delegación de las tareas de cuidado a los hermanos de mayor edad. Tales condiciones generan un contexto de vulnerabilidad que compromete el bienestar infantil, pues dificulta no sólo la adopción de prácticas saludables, sino que también merma, de forma notable, la adherencia a tratamientos médicos, efecto que se evidencia con particular énfasis en la anemia ferropénica. La permanencia de un entorno caracterizado, además, por la escasez de educación sanitaria por parte de los cuidadores potencia la situación, al restringir la capacidad de identificar los efectos adversos de la patología sobre los procesos de crecimiento y desarrollo, lo cual se traduce en la incapacidad para adoptar, en un tiempo adecuado, las intervenciones necesarias que contrarresten el deterioro.

La adherencia a los tratamientos es considerada uno de los mayores frenos en la atención de condiciones crónicas y carenciales. Este constructo se define como la concordancia entre la pauta terapéutica prescrita y el comportamiento cotidiano del paciente, en términos de consumos farmacológicos, seguimiento de controles clínicos y ajustes en el estilo de vida. En el contexto pediátrico, la conducción de la adherencia recae, casi de manera exclusiva, en progenitores o cuidadores, quienes son responsables de garantizar la administración continua de suplementos y la concurrencia a los centros de atención. Sin embargo, la escasez de educación dirigida, creencias erróneas acerca de la terapia y limitaciones de carácter sociocultural interfieren



negativamente en esta gestión. Una adherencia insuficiente se traduce en la imposibilidad de que el paciente pediátrico se beneficie de efectos terapéuticos esperables, eleva el riesgo de fracasos terapéuticos y refuerza el efecto perjudicial de la anemia sobre el desarrollo neurocognitivo.

La anemia ferropénica continúa siendo la variante anémica más prevalente a nivel mundial y se asocia a repercusiones clínicas, sociales y económicas de elevado alcance. En la población infantil, constituye uno de los determinantes primordiales de morbilidad y discapacidad; la amplitud de sus consecuencias es análoga en países de alta renta y en aquellos en vías de desarrollo. Su aparición no solo origina efectos biológicos inmediatos, sino que también se articula a una merma en el rendimiento escolar, una disminución de la productividad futura y, en satisfactoria secuencia, a un estancamiento del desarrollo macroeconómico de las naciones en que la enfermedad se manifiesta.

La anemia infantil figura como un problema de salud pública de carácter prioritario en Perú. Se registra una elevada prevalencia en individuos menores de treinta y seis meses, franja en la que se lleva a cabo una curva de crecimiento y un desarrollo neuronal de velocidad singular. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2016), el 43,6 % de los menores incluidos en esta cohorte presentó anemia, con las tasas más elevadas en áreas rurales y en regiones donde las condiciones de pobreza son severas. En esta línea, la zona de Puno alcanzó un alarmante 67,7 % de prevalencia, seguida de la región de Pasco con un 58,7 %, datos que no sólo evidencian la severidad del problema, sino que, a su vez, ponen de relieve las profundas y persistentes desigualdades en salud que caracteriza al país (6).



La anemia es un fenómeno multifactorial, sin embargo, la carencia de hierro representa, con diferencia, la causa más frecuente. Esta constatación se explica, esencialmente, por un aporte dietético que, por su escasa cantidad o por su reducida biodisponibilidad, no logra satisfacer los requerimientos metabólicos que la infancia temprana impone. Al momento del parto, el lactante cotiene depósitos de hierro que, aunque limitados, provienen del transvase placentario desarrollado en el tercer trimestre; tales reservas se agotarán en el intervalo que media entre el tercer y el sexto mes. Superada esta etapa, el hierro que ingresa en el organismo se encuentra, en la práctica, condicionado por la alimentación complementaria; por lo que un menú que carezca de fuentes significativas de hierro o que no observe un equilibrio adecuado se convierte en un variable que marca, de manera determinante, la aparición de la anemia ferropénica en ese grupo de edad.

La insuficiencia de hierro durante la primera infancia se asocia de manera robusta con alteraciones persistentes en los dominios cognitivo, motor y conductual, algunas de las cuales se manifiestan de manera crónica y son difíciles de revertir. Por tanto, la dinámica familiar se configura como un mediador ineludible en la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Un entorno familiar organizado y concienciado sobre la gravedad del déficit optimiza la adherencia a la administración de suplementos, asegura la asistencia a controles clínicos y fomenta la instauración de hábitos alimentarios adecuados. Por el contrario, en núcleos familiares con estructuras disfuncionales, la falta de información sobre la patología, la sobrecarga de responsabilidades y la heterogeneidad en el capital educativo actúan como barreras significativas a la adherencia terapéutica, un hallazgo que se corrobora en la literatura reciente.

Se torna, por tanto, necesario examinar cómo la funcionalidad familiar influye en la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica entre infantes de 6 a 36 meses, de modo que, al identificar dicha relación, sea posible fortalecer la prevención y el control de esta patología a partir de una lógica de intervención holística. El presente trabajo, denominado "Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que concurren al Centro de Salud Jorge Chávez, 2020", tiene el objetivo de ofrecer una base de evidencia empírica que respalde la inclusión de la familia como variable sustantiva y estructurante en los programas dirigidos a la promoción de la salud infantil.

1.2 FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez?

1.2.2 Problemas específicos

PE₁ ¿Cuál será la relación entre cohesión familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez?

PE₂ ¿Cuál será la relación entre la flexibilidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez?

PE₃ ¿Cuál será la relación entre comunicación familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez?

PE₄ ¿Cuál será la relación entre satisfacción familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez?

PE₅ ¿Cuál será el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y dietético de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez?

1.2.3 Delimitación temporal

El estudio se llevó a cabo durante el año 2022, periodo en el cual se diseñaron los instrumentos de recolección de información, se aplicaron a la población objetivo y se realizó el procesamiento de datos. La elección de este marco temporal responde a la necesidad de contextualizar los hallazgos en un momento particular, marcado por la reactivación de los servicios de salud tras el impacto de la pandemia por COVID-19, situación que influyó en la dinámica de atención primaria, en la accesibilidad a los tratamientos y en las percepciones familiares respecto al cuidado infantil. Este recorte temporal otorga pertinencia y validez contextual a los resultados obtenidos.

1.3 DELIMITACIÓN

1.3.1 Delimitación espacial

La presente investigación se desarrolló en el Centro de Salud Jorge Chávez, ubicado en el distrito de Juliaca, provincia de San Román, región Puno, Perú. Este establecimiento constituye un espacio estratégico de análisis, dado que concentra una población infantil significativa que se encuentra en situación de vulnerabilidad frente a la anemia ferropénica. La elección de este contexto geográfico se justifica por la alta prevalencia de anemia reportada en la región, lo cual lo convierte en un escenario idóneo para el estudio de la adherencia

terapéutica y la funcionalidad familiar como factores determinantes en la prevención y control de esta problemática de salud pública.

1.3.2 Delimitación social

La investigación se delimitó socialmente a las madres de niños entre 6 y 36 meses de edad que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez. Este grupo poblacional fue seleccionado debido a que las madres, en su rol de cuidadoras principales, ejercen una influencia decisiva en la adherencia al tratamiento preventivo y terapéutico de la anemia ferropénica. Además, esta etapa etaria es crítica para el desarrollo físico y cognitivo del niño, siendo la anemia un factor de riesgo de largo alcance. La elección de esta población no solo obedece a criterios de accesibilidad, sino también a su relevancia epidemiológica y social, pues la intervención en este grupo contribuye a la disminución de los indicadores de morbilidad infantil y al fortalecimiento de las políticas de salud pública en la región.

1.3.3 Delimitación temática

La investigación se centra en el estudio de la funcionalidad familiar como variable independiente y su relación con la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica como variable dependiente. La temática se inscribe dentro del campo de la salud pública, con un enfoque en la atención primaria y en la interacción entre los factores familiares, sociales y conductuales que inciden en el cumplimiento de los tratamientos médicos y dietéticos. El análisis temático excluye otras formas de anemia y se restringe únicamente a la ferropénica, por ser la de mayor prevalencia en la niñez temprana. Esta delimitación permite acotar el objeto de estudio y orientar las conclusiones hacia la formulación de estrategias específicas de intervención interdisciplinaria.

1.4 JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional y regional, se ha comprobado que las familias tanto de la ciudad como del campo no identifican la anemia ferropénica como prioridad epidemiológica. Esa subestimación se traduce en baja adherencia a la terapéutica, facilitando la perpetuación y expansión de la patología. En escenarios como el de la región de Puno, el panorama administrativa y clínicamente se agrava, con estimaciones que indican que al menos el ochenta por ciento de la población infantil en el grupo de menos de tres años se encuentra en condiciones anémicas. Esta circunstancia no solo compromete la salud de ese grupo etario, sino que también se traduce en un impedimento considerable para el desarrollo humano sostenido del país.

La anemia ferropénica durante la primera infancia genera consecuencias adversas sometidas a amplia evidencia, cuyos efectos se propagan desde la salud individual hasta la sólida base del progreso social y económico de la nación. Desde la óptica biológica, la carencia moderada u objetiva de hierro frena el crecimiento del patrón neurológico y psicomotor idóneo, limita la capacidad de adquisición de conocimientos y acorta la curva de productividad futura de cada sujeto. Al extender la mirada a la esfera social y económica, la citada anemia levanta costos indirectos y explícitos en sistemas de salud pública, acorta la ventana de posibilidades educativas y consolida el ciclo de pobreza dentro de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. Por estas múltiples razones, asegurar el cumplimiento y la continuidad del tratamiento no se erige en un acto médico aislado, sino en una intervención amplia, ágil y continua en la acumulación del capital humano inherente y en la afirmación del crecimiento sostenible del país.



El cumplimiento terapéutico en la población pediátrica menor de tres años puede explicarse en función, en primera instancia, del entorno familiar inmediato, dado que el menor es supervisado, prácticamente de forma exclusiva, por el progenitor o el cuidador principal. La estructura interna de la familia en términos de cohesión, organización y sentido de responsabilidad resulta por tanto decisiva en determinar la persistencia o el abandono del tratamiento prescripto. A nivel práctico, los hogares que evidencian una funcionalidad estable tienden a implantar rutinas coherentes para el cuidado, el control y el refuerzo positivo, en tanto que los entornos disfuncionales, expuestos a falta de información, restricciones económicas o tensiones interpersonales, presentan severas dificultades para sostener esquemas terapéuticos de larga duración. La indagación de la funcionalidad familiar, por consiguiente, no puede ser considerada una mera co variable, sino una entrada explicativa que enriquece el análisis del fenómeno de la adherencia desde un enfoque sistémico.

Desde la óptica asistencial, el estudio deviene pertinente y puede cambiar orientaciones de práctica. Reconocer los factores familiares que condicionan el cumplimiento terapéutico brinda evidencias sobre cuáles impulsos modificar, lo que a su vez fundamenta el diseño de programas de intervención orientados a la implementación de la terapéutica. La integración de equipos de salud multidisciplinarios comprendiendo pediatras, enfermeras, profesionales de la psicología y trabajadores sociales se erige en un entorno propicio para la construcción de propuestas simultáneamente clínicas, educativas y psicosociales que promueven la capacidad de las familias para cuidar a sus hijos. Solo desde allí será posible potenciar la capacidad de adherencia a un nivel funcional y sostenible.



Desde la esfera social, los hallazgos del presente estudio son susceptibles de ser aprovechados por organismos del ámbito sanitario, tales como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, así como por distintas organizaciones no gubernamentales que, en la actualidad, ejecutan programas de control de la anemia. La inclusión de la dimensión de funcionalidad familiar en dichas intervenciones facilita el diseño de acciones más acotadas, o culturalmente pertinentes, capaces de mantener impacto positivo en el largo plazo.

El valor académico de la investigación, por su parte, reside en el propósito de enriquecer la evidencia científica respecto de la interrelación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica, esfera en la que el contexto peruano muestra todavía vacíos significativos. Los resultados obtenidos proporcionan un fundamento que puede ser utilizado por estudios subsiguientes, no solo en otras regiones del país, sino también en segmentos poblacionales con características socioculturales distintas.

Por último, la trascendencia ética del estudio se centra en la defensa del derecho de la infancia a disfrutar de un periodo de crecimiento saludable y a desarrollarse en su plenitud, de acuerdo con los lineamientos que la Convención sobre los Derechos del Niño establece. Intervenir sobre la anemia ferropénica y garantizar adherencia terapéutica a partir del enfoque familiar no constituye únicamente un compromiso científico y sanitario, sino que refleja una obligación moral y social ineludible.



1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.

1.5.2 Objetivos específicos

- OE₁** Establecer la relación entre cohesión familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.
- OE₂** Identificar la relación entre flexibilidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.
- OE₃** Contrastar la relación entre comunicación Familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.
- OE₄** Definir la relación entre Satisfacción familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.
- OE₅** Explicar el nivel de adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.



1.6 LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones identificadas en este estudio estuvo vinculada al tiempo disponible y al acceso oportuno a la población objetivo. Las madres de niños entre 6 y 36 meses que acudían al Centro de Salud Jorge Chávez, en muchos casos, se retiraban de manera apresurada por razones personales o laborales, lo que dificultó la aplicación completa y detallada de los instrumentos de recolección de datos. Esta situación limitó la posibilidad de profundizar en algunos aspectos cualitativos relacionados con el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica.

Asimismo, el contexto epidemiológico marcado por la pandemia de COVID-19 constituyó un factor restrictivo adicional. El temor al contagio generó reticencia en algunas participantes, quienes decidieron abstenerse de responder la encuesta, reduciendo así el tamaño efectivo de la muestra. Este hecho, si bien comprensible, pudo introducir un sesgo de selección y afectar la representatividad de los resultados, en la medida en que las madres más predispuestas a participar podrían diferir en sus características de aquellas que rechazaron la encuesta.

Desde un punto de vista metodológico, estas limitaciones son relevantes porque condicionan la generalización de los hallazgos hacia poblaciones más amplias. Sin embargo, se implementaron estrategias para mitigar su impacto, como el cumplimiento estricto de protocolos de bioseguridad, la sensibilización de las participantes sobre la importancia del estudio y la optimización del tiempo de aplicación de los cuestionarios. Aun así, es necesario reconocer que el fenómeno estudiado la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica podría requerir futuros estudios con diseños

de mayor alcance temporal, poblacional y con metodologías mixtas que complementen las limitaciones de la presente investigación.

1.7 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Hipótesis general

Existe una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Jorge Chávez, distrito de Juliaca, durante el año 2022.

1.7.2 Hipótesis específicas

HE₁ Existe una relación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y el grado de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Jorge Chávez.

HE₂ Existe una relación estadísticamente significativa entre la flexibilidad familiar y el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Jorge Chávez.

HE₃ Existe una relación estadísticamente significativa entre la comunicación familiar y el grado de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Jorge Chávez.

HE₄ Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción familiar y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Jorge Chávez.

HE₅ El nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez se caracteriza mayoritariamente por ser de tipo regular o deficiente.

1.8 VARIABLES E INDICADORES

1.8.1 Variable independiente: Funcionalidad familiar

Definición conceptual:

La funcionalidad familiar se entiende como la capacidad que tiene la familia para cumplir de manera adecuada sus roles de apoyo, comunicación, cohesión y cuidado entre sus miembros, garantizando un entorno favorable para el desarrollo físico, emocional y social de los hijos. De acuerdo con la teoría sistémica, una familia funcional es aquella que mantiene interacciones saludables, donde se distribuyen adecuadamente las responsabilidades, se brinda soporte afectivo y se establecen normas claras que permiten el afrontamiento de los problemas (Olson, 2011). En el contexto sanitario, la funcionalidad familiar influye de manera directa en la adherencia a tratamientos médicos, pues una familia organizada y con roles definidos favorece la supervisión y el cumplimiento terapéutico de los niños.

Definición operacional:

Para efectos de este estudio, la funcionalidad familiar será medida a través del **APGAR familiar**, un instrumento validado y ampliamente utilizado en el ámbito clínico y comunitario. Dicho instrumento evalúa cinco dimensiones:

Adaptabilidad, Participación, Gradiente de recursos, Afectividad y Resolución de problemas, cada una de las cuales refleja la percepción del individuo sobre

el funcionamiento de su núcleo familiar. Los puntajes se interpretan de la siguiente manera:

- 7 a 10 puntos: familia funcional
- 4 a 6 puntos: disfunción familiar moderada
- 0 a 3 puntos: disfunción familiar severa

1.8.2 Variable dependiente: Adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica

Definición conceptual:

La adherencia terapéutica se define como el grado en que el comportamiento de una persona en este caso, la madre o cuidador coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud respecto al tratamiento de la anemia ferropénica. Incluye no solo la administración regular y adecuada del suplemento de hierro, sino también la adopción de prácticas de alimentación complementaria rica en hierro, el seguimiento de controles de crecimiento y el cumplimiento de citas médicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) considera la adherencia como un determinante esencial en la efectividad de las intervenciones terapéuticas y en la reducción de la morbilidad infantil.

Definición operacional:

En esta investigación, la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica se evaluará mediante un cuestionario estructurado, diseñado para medir aspectos relacionados con:

- Cumplimiento de la suplementación con sulfato ferroso según indicación médica.
- Frecuencia y constancia en la administración diaria.



- Conocimiento de la madre/cuidadores sobre la importancia del tratamiento.
- Asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo.
- Adopción de prácticas alimentarias adecuadas para la prevención de la anemia.

Los resultados serán categorizados en:

- **Alta adherencia:** cumplimiento $\geq 80\%$ de las indicaciones.
- **Moderada adherencia:** cumplimiento entre 50% y 79%.
- **Baja adherencia:** cumplimiento $< 50\%$.

1.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de valoración	Tipo de variable
Variable independiente: Funcionalidad familiar	Cohesión	- Establecimiento de límites- Coaliciones- Tiempo compartido- Espacio- Amistad- Toma de decisiones- Intereses comunes- Recreación	1, 3, 7, 9, 28, 4, 13, 40, 10, 16, 33, 22, 15, 25, 19, 21, 31, 39, 27, 37	Desligada / Separada / Conectada / Amalgamada	Nominal
	Flexibilidad	- Cambio en el liderazgo- Relaciones de roles- Reglas de relación- Negociación	2, 6, 20, 26, 29, 30, 8, 12, 18, 23, 24, 36, 42	Rígida / Estructurada / Flexible / Caótica	Nominal
	Comunicación familiar	- Habilidades de escucha- Habilidades de habla- Autorrevelación- Seguimiento y continuidad- Respeto- Consideración	5, 11, 14, 17, 32, 34, 35, 38, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48	Bajo / Medio / Alto	Ordinal
	Satisfacción familiar	- Establecimiento de límites- Toma de decisiones- Intereses compartidos- Relaciones de roles- Negociación- Habilidades de comunicación	49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 57, 58, 60, 61, 62	Bajo / Medio / Alto	Ordinal
Variable dependiente: Adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica	Tratamiento farmacológico	- Cumplimiento del tratamiento- Dosis administradas- Horarios cumplidos- Forma de administración- Continuidad- Facilidad de administración	Ítems específicos de cuestionario	Eficiente / Regular / Deficiente	Ordinal
	Tratamiento dietético	- Cumplimiento de pautas alimenticias- Inclusión de alimentos ricos en hierro- Constancia en la dieta- Facilidad de aplicación- Adopción de recomendaciones	Ítems específicos de cuestionario	Eficiente / Regular / Deficiente	Ordinal



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVENTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

Quinto F. en Ecuador el 2016 realizó una indagación titulada "La influencia de la cohesión familiar en la adherencia al tratamiento vía oral en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud La Concordia en el periodo agosto – noviembre del 2016". El cual fue transversal descriptiva y analítica. Utilizaron la escala Faces III para examinar la cohesión familiar; esta escala es un cuestionario con 20 ítems (10 impares evaluaban la cohesión familiar y 10 pares evaluaban la adaptabilidad familiar). También usaron un test Morisky-Green Levine de cuatro preguntas para determinar si los pacientes cumplían o no su régimen de tratamiento. Los datos fueron analizados con la ayuda del programa SPSS, que se utiliza para examinar la relación de las variables. Los resultados revelaron que el 66% de los pacientes estudiados eran mujeres, el 60% tenían entre 55 y 65 años, el 54% pertenecían a familias nucleares, el 45% a familias de 4 a 6 miembros, el 62% de las familias estaban conectadas y el 67% no cumplían el régimen de tratamiento. La asociación de la cohesión familiar y la adherencia al tratamiento oral demostró ser significativa al nivel 0,05. Conclusiones: Según los resultados del estudio, las mujeres y los



pacientes de entre 55 y 65 años son los más afectados por la diabetes, el 67% de los que participaron no se adhirieron a los tratamientos, y las familias que son nucleares y conectadas constituyen la mayoría de los afectados. Se descubrió una asociación estadísticamente significativa de la adherencia al tratamiento y la cohesión familiar, con un p valor de menor a 0,05 que indica una asociación significativa (9).

Morales A. en México en el 2014 estudio acerca de la "Funcionalidad familiar en mujeres con infección del virus del papiloma humano en la unidad de medicina familiar No 92 del IMSS del periodo de 1 de marzo del 2012 a 30 de junio del 2012" y descubrió que el 82,9% de los pacientes con VPH tenían familias disfuncionales y sólo el 17,1% tenían familias funcionales. Dado que la familia puede ser una fuente de salud o de enfermedad, el autor recomienda que se realicen estudios para determinar la asociación entre esta variable y el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino (VPH) en el futuro (10).

Olivera S. en México el 2014 realizó una indagación titulada "Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión Arterial". El propósito de este estudio descriptiva y correlativa en un conjunto poblacional de 152 pacientes con HTA fue determinar existencia de una relación de la adherencia terapéutica y el funcionamiento familiar de los pacientes. En el estudio se utilizó una escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en conductas explícitas y una escala de eficacia del funcionamiento familiar. Así, 72.1% de la población hipertensa que acudió a la consulta externa tuvo un buen grado de adherencia al tratamiento, y 71.4% pertenecía a una familia funcional, según los resultados de este estudio. El autor concluye mencionando que las familias son funcionales porque sostienen la comodidad



del paciente hipertenso al establecer congruencia, seguridad familiar y personal, así como al responder favorablemente a las terapias recomendadas por los profesionales de la salud (11).

Sigüenza W. en Ecuador el 2015 indago acerca de "Funcionamiento Familiar según el modelo circunflejo de Olson. Ecuador; 2015" empleó un estudio descriptivo transversal, además del enfoque cuantitativa-cualitativa porque proporciona un enfoque riguroso para describir las características objetivas del funcionamiento familiar en los niños de la ciudad de Cuenca, Ecuador, donde se realizó el estudio. Los participantes en el estudio fueron 153 padres y 24 alumnos. Para la recogida de datos utilizaron la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), diseñada para los padres, y el enfoque de grupo focal, diseñado para los alumnos, respectivamente. Los datos se analizaron de forma descriptiva utilizando la herramienta estadística SPSS versión 21, y se crearon gráficos estadísticos utilizando Microsoft Office Excel 2010. Los resultados cuantitativos más significativos son que el 52,3% de las familias tienen una adaptabilidad elevada, lo que indica que pertenecen a un tipo de familia caótica, y que el 40,5% de las familias tienen una cohesión media, lo que indica que pertenecen a una familia unificada. Parece que los resultados son consistentes debido a la elevada adaptabilidad, con los padres ejerciendo conexiones de poder, al imponer y al establecer normas familiares, y a la media cohesión, con los lazos afectivos entre sus miembros manifestados en la constante preocupación de los padres por los conflictos de sus hijos, así como el hecho de compartir un tiempo libre entre ellos, tal y como revela el análisis cualitativo obtenido de los grupos focales. Por último, el tipo de familia "Caótica-



Unida" es el más frecuente entre los evaluados (153 padres), representando el 26% de todas las familias (12).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Titi H., Cahuana D. En el 2019 indagaron un tema acerca de "Factores asociados y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-36 meses. C.S. Edificadores Misti Arequipa – 2018". El estudio tuvo un diseño cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, y utilizaron la técnica de la encuesta y el cuestionario para recoger los datos, las cuales fueron: Ficha individual, un cuestionario de factores asociados y el test de Morisky-Green-Levine. El conjunto poblacional de la investigación estuvo constituido por 163 mujeres, siendo el subconjunto muestral de 115 mamás de niños anémicos de 6 y los 36 meses que pertenecían al C.S. Edificadores Misti Arequipa. Utilizando el Chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95% y un nivel de error del 5%, descubrieron una asociación estadísticamente considerable entre la adherencia y los siguientes factores: el tipo de familia, el apoyo en la crianza del niño, la ocupación y el estado civil de la madre; los factores económicos, sólo la propiedad de la vivienda; y los factores culturales, el grado de educación y el conocimiento de si la anemia puede curarse sólo con terapia de hierro resultaron significativos (13).

Carhuas E., Zuñiga J. en el 2018 realizaron un estudio de la "Funcionalidad familiar y adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses en el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan Periodo, febrero- marzo 2018" El enfoque utilizado en este estudio incluye el método de investigación cuantitativo, correlacional, transversal, observacional y



retrospectivo. El conjunto poblacional estuvo conformado por 56 niños con anemia de entre 6 y 35 meses asistidos en el Departamento de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján. El APGAR familiar y la adherencia a los micronutrientes en niños con anemia de 6 - 35 meses fueron los instrumentos empleados en esta investigación. En cuanto a la variable funcionamiento familiar, el autor demostró que un número significativo de 51,8% tenía un funcionamiento familiar leve, mientras que el 30,3% experimentaba un buen funcionamiento de la familia y el 17,9% una disfunción familiar moderada. En cuanto a la adherencia a los micronutrientes en niños de 6 a 35 meses con dificultades de anemia, un número significativo de 60,7% de las madres informó de una baja adherencia a los micronutrientes y un 39,3% de las madres informó de una elevada adherencia a los micronutrientes, respectivamente. Conclusiones: Acorde a la prueba de Chi-cuadrado, no hay asociación del funcionamiento familiar y la adherencia a los micronutrientes en niños anémicos de 6 - 35 meses, con un valor p de 0,361 (14).

Murrieta A. en el 2018 indago acerca de "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el centro de salud Perú IV zona". Los participantes fueron pacientes de la clínica de CRED de un puesto de salud de la zona Perú IV, que tuvieron edades de 6 y 18 meses y que tomaban suplementos de micronutrientes. La muestra fue seleccionada por conveniencia de los investigadores y consistió en 100 infantes. Con el fin de recopilar los datos, se empleó un cuestionario validado por juicio de expertos, cuya validez y fiabilidad se evaluaron por medio del alfa de Cronbach y la correlación chi-cuadrado. Se concluyó que halló una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre



la adherencia al tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro con micronutrientes en niños de 6 - 18 meses de edad en el centro de salud zona Perú IV, luego de un análisis descriptivo y de correlación. Para llegar a esta conclusión utilizaron la prueba de contraste de razón de verosimilitud y el modelo logístico (15).

Pinglo K. en el 2018 realizó una investigación de "Adherencia al tratamiento con micronutrientes en niños de 6 a 35 meses con anemia leve en el Centro de Salud de Íllimo 2017". La recolección de datos lo realizó mediante un instrumento desarrollado por Espichan Vila (2013) el "Test de adherencia a la suplementación con micronutrientes" que se basó en los 5 factores de adherencia al tratamiento y fue validado por la autora por medio de una prueba piloto y el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.72. La muestra estuvo conformada por 130 niños de 6 - 35 meses de edad que fueron seleccionados mediante un método de muestreo aleatorio simple, incluyendo a la totalidad de los niños anémicos con tratamiento de micronutrientes. La información recopilada lo analizó con la ayuda del SPSS y el programa Excel. Concluyó que los infantes tienen una adherencia regular con respecto a los micronutrientes. También se observó un bajo nivel de adherencia a los micronutrientes en los factores de riesgo de la enfermedad, ya que el 56% de la población demostró no conocer la enfermedad y sus opciones de tratamiento (16).

Condori S., Cruz G. en el 2017 indujeron un trabajo de investigación con el título de "Funcionalidad familiar y Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, Pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017", con cuyo propósito era: determinar la asociación entre las variables. Con base en cálculos probabilísticos, la muestra consistió en 194 individuos con DM2 que



acudieron a las consultas externas de endocrinología. Los métodos de recogida de datos incluyeron la encuesta y la entrevista, con instrumentos que incluían el formulario de caracterización de la población de estudio, seguido de dos cuestionarios, que incluían el test de APGAR familiar y el cuestionario MBG. Cuando utilizó el test estadístico Chi-cuadrado, el resultado fue ($p=0.000$), indicando que si hay una asociación significativa entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento. Los pacientes reconocieron una disfunción leve en cuanto al funcionamiento de su familia (29,4%). Los pacientes sólo se adhieren a una parte del régimen terapéutico (73,2%) (17).

Baquerizo M. en el 2017 realizó una investigación acerca de "Cohesión y adaptabilidad familiar y el rendimiento académico de estudiantes universitarios de la Escuela Profesional de Medicina Veterinaria de la Universidad Alas Peruanas Lima". Estudio descriptivo y correlativo, el conjunto muestral incluyó a 101 estudiantes del ciclo 1 de la Escuela Profesional de Veterinaria, con edades comprendidas de los 16 y los 20 años, que respondieron de manera libre a la encuesta de evaluación del Funcionamiento Familiar (Faces III), desarrollado por Davis Olson y colaboradores. Los resultados que obtuvo el autor muestran que el 32.67% de los estudiantes encuestados consideran que sus familias son dispersas según la cohesión, en cambio, el 34.7% de los educandos evaluados consideran a sus familias estructuradas en cuanto a la adaptabilidad familiar; con respecto a cohesión y la adaptabilidad familiar, los educandos al ser evaluados presentaron tener familias que se encuentran en regular funcionamiento; respecto al rendimiento académico, el 53.5% de los estudiantes evaluados presentaron un logro en proceso con respecto a los aprendizajes. El estudio



concluye que no existe asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar y el rendimiento académico en los estudiantes (18).

2.1.3 Antecedentes locales

Flores Y. en Puno en el 2018 realizó un estudio acerca de "Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 18 meses que asisten al puesto de Salud Achaya 2017". El estudio fue descriptivo, transversal y correlacional. La muestra del estudio incluyó a 30 mamás con hijos que tienen edades de los 6 y los 18 meses. Empleó el instrumento FACES III para evaluar la funcionalidad de la familia, y se administró un cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica a las madres. A la hora de comprobar las hipótesis, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado. Los siguientes son los resultados respecto al funcionamiento de la familia en expresión de cohesión: el 56.7% de las familias forman parte de cohesión desprendida y el 30% al tipo de cohesión separada, lo que indica que existe una conexión sentimental insuficiente entre los integrantes de la familia. En cuanto al funcionamiento de la familia en el término de adaptabilidad, el 53.3% pertenece a la adaptabilidad flexible y el 40% pertenece a la adaptabilidad estructurada, lo que indica que las madres tienen un alto nivel de capacidad para responder a los eventos estresantes. Entre los que informaron al tipo de cohesión-adaptabilidad y de la adherencia a la terapia contra la anemia, el 56.7% informaron de la no adherencia-desprendida (cohesión) y el 46.7% informaron de la no adherencia flexible, según el tipo de cohesión-adaptación que habían experimentado (adaptabilidad). La prueba estadística Chi-cuadrado, que se utilizó para establecer la asociación, reveló que existe una asociación

entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento contra la anemia ($p=0,045$) (19).

Mamani, H. en el 2010 realizó una investigación titulada "Funcionalidad familiar que se relaciona con el desarrollo psicomotor de niños menores de 2 y 3 años con desnutrición crónica que asisten al Programa Nacional Wawawasi, Juliaca 2010". El estudio fue de tipo analítico transeccional, con un diseño correlativo y un enfoque cuantitativo. La muestra del estudio consistió en 85 infantes. En este estudio, se utilizó el FACES III para evaluar la funcionalidad familiar, mientras que el TEPSI se empleó para evaluar el desarrollo psicomotor. A la hora de contrastar la hipótesis, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado. Los resultados del estudio son: En términos de funcionalidad familiar, el 58.82% de los infantes desnutridos crónicamente tuvieron un desarrollo psicomotor normal. En cuanto a la adaptabilidad, el 57.6% de las familias tienen una adaptabilidad estructurada y el 40% una adaptabilidad flexible, lo que significa que tienen un alto grado de respuesta a las situaciones de estrés. En cuanto al tipo de cohesión y adaptabilidad asociado al grado de desarrollo psicomotor, el 37.6% de los infantes se encuentra en el grupo normal - estructurado (adaptabilidad), y el 28.2% en la categoría normal - unido (cohesión). Al utilizar la prueba de Chi-cuadrado para establecer la relación, encontraron que no hay asociación de la funcionalidad familiar y el desarrollo psicomotor como parámetros generales; en cambio, hay un alto grado de significación correlativa del tipo de cohesión y el desarrollo en el área de las habilidades motoras; y un alto grado de significación correlativa entre la adaptabilidad y el desarrollo psicomotor (20).



2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Funcionalidad familiar

Es "la dinámica relacional de forma comunicativa y también sistemática que se produce entre los integrantes de una familia y se evalúa por medio de las categorías de la cohesión, la armonía, los roles, la permeabilidad, la afectividad, la comunicación y la adaptabilidad" (21).

"La funcionalidad familiar es cuando las personas interactúan entre sí y la calidad de sus conexiones interpersonales, se dice que funcionan como una familia saludable, lo que se considera el factor más significativo de la salud familiar".(22)

El funcionamiento familiar son las capacidades de las familias para funcionar como grupo, se manifiesta que el sistema familiar en su conjunto y se siente competente de afrontar las crisis, valorando las manifestaciones afectuosas expresadas, así como el crecimiento personal de sus integrantes y la interacción entre ellos que se basa en el respeto mutuo, la autonomía y el espacio del otro (23). Asimismo, el dialogo entre los integrantes de la familia, el desenvolvimiento de las funciones, la capacidad de respuesta afectiva, la participación afectiva y el control y la flexibilidad del comportamiento son indicadores del buen funcionamiento de la familia (24).

Para que una familia sea funcional, sus miembros deben ser capaces de impulsar el desarrollo íntegro de sus integrantes, y también deben tener una buena salud. Los miembros de una familia funcional expresan estar satisfechos mediante los cumplimientos de los parámetros básicos, como la adaptación, la participación en, la ganancia o el crecimiento, el afecto y los recursos en la familia (25).

2.2.1.1 Dimensiones de la funcionalidad familiar

A. Cohesión

Básicamente es unidad familiar, ya que es importante estar física y emocionalmente juntos al momento de afrontar diversas situaciones y saber tomar las decisiones sobre los deberes cotidianos (26). Olson y Col también lo describen como las conexiones afectivas que los integrantes de una familia comparten entre sí, así como la cantidad de la autonomía personal que un individuo constata dentro de su familia (27). Como un aspecto más primordial de la dinámica familiar, la cohesión se define por los lazos sentimentales que los integrantes de la familia forman entre sí. Cuando la cohesión es fuerte, fomenta la identificación física y emocional, así como la formación de fuertes nexos entre ellos y un fuerte sentido de pertenencia a todo el conjunto familiar. La cohesión puede medirse por el número de conexiones sentimentales que un miembro de la familia tiene con sus integrantes (28).

Las familias con padres que trabajan tienden a pasar menos tiempo juntos los fines de semana, como consecuencia de ello. La cohesión (unidad) del grupo se ve comprometida, y cada miembro está inmerso en diversas actividades (29). Esto no es malo; sin embargo, es insuficiente para primar el panorama que desplazan a la familia y la posibilidad de goce familiar, el conocimiento recíproco, así como la comprensión de los diversos obstáculos que quizá pueden surgir y que los otros integrantes no saben por carencia de tiempo y plática, entre otras cosas. Podríamos decir entonces que la cohesión familiar es la integración que se produce como consecuencia de que los integrantes de la familia comparten el tiempo, el discurso y la recreación en la mayor medida posible, a pesar de las exigencias de la vida cotidiana (30).

Flexibilidad familiar

El potencial de variación en los liderazgos familiares, las responsabilidades y también las normas del sistema se caracterizan como el componente de flexibilidad del sistema familiar. La rigidez, la estructuración, la flexibilidad y el caos son los cuatro niveles de flexibilidad que se evalúan (31).

Asimismo, a medida que un sistema familiar avanza por las etapas del ciclo vital, la flexibilidad alude a la facultad del sistema familiar para aclimatarse con flexibilidad y cambiar cuando se enfrenta a las tensiones. También alude a la facultad del sistema familiar que enfrenta los problemas de la vida que se le presentan (32).

Entre las características de una familia flexible están la flexibilidad moderada, el liderazgo democrático y una forma de pensar y hacer democrática. Las negociaciones son abiertas y participativas, y se incluye a los infantes. Las funciones se distribuyen con los demás integrantes de la familia y se modifican según las necesidades. Las reglas están sujetas a cambios y se basan en la edad del integrante de la familia que participa. Sin embargo, en algunos casos, hay una falta de liderazgo en la familia y sus miembros se ven envueltos en desacuerdos internos (32).

Los individuos tienen un control igualitario sobre la totalidad de sus integrantes, con cambios fluidos y acuerdos sobre las decisiones que tienen; así como la disciplina democrática con resultados imprevisibles; los roles se reparten e intercambian, las reglas se aplican con flexibilidad, algunas varían y otras no (27).

Comunicación familiar

La familia se considera la principal fuente de socialización, ya que en ella se producen los primeros encuentros con el entorno, la cultura y la filosofía de la comunidad. Así pues, los rasgos y las actividades de la familia están orientados a la formación y promoción de los valores, la sociabilidad y otros aspectos cognitivos del individuo (33).

La comunicación en la familia es una sucesión comprometida en el que siempre es un esfuerzo de colaboración. La forma y la situación en que se producen las acciones de comunicación son consideraciones más importantes para el estudio. Para que las familias discutan algunas de sus necesidades y sus preferencias que muchas veces son alterables en vínculo con la cohesión y la adaptación, deben desarrollarse habilidades de comunicaciones positivas como por ejemplo la empatía, la escucha reflexiva y las aclaraciones útiles. El doble mensaje, el doble vínculo y la crítica son ejemplos de habilidades negativas que limitan la capacidad de intercambiar sentimientos y, como resultado de ello, limitan la movilidad familiar en las otras dimensiones (34).

Asimismo, la comunicación familiar es un proceso simbólico transaccional que genera dentro del sistema familiar, significados a los eventos de la vida cotidiana; representa un proceso de comunicación distinto a otros tipos de comunicación, ya que transmite sentimientos, emociones y afiliaciones familiares, permitiendo a cada miembro de la familia acercarse, establecer acuerdos y forjar vínculos difíciles de romper (35).

De la misma manera, la comunicación familiar, supone el intercambio respetuoso, agradable, amistoso y empático de información sobre ideas,

sentimientos, emociones, actividades y necesidades que puede darse entre los miembros de la familia, dependiendo de sus antecedentes (33).

Una buena comunicación y una actitud de cuidado de los niños son esenciales para mantener la calma y la moderación en los momentos de conflicto y estrés, cuando surgen tanto las emociones positivas como las negativas, permitiendo su gestión adecuada y regulada (35).

Satisfacción familiar

Este se conceptúa como el grado en el la totalidad de sus integrantes están satisfechos y a su vez contentos con sus relaciones mutuas. La definición operativa comprende las 3 características del Modelo Circumplejo que se asocian a ella: cohesión, flexibilidad y comunicación, entre otras. En otras palabras, el placer familiar está formado por dos componentes principales: la cohesión y la flexibilidad (34).

Asimismo, la satisfacción familiar es una evaluación del estado emocional que se produce en el núcleo familiar, basada en el número de experiencias positivas; sin embargo, si las experiencias vitales negativas, demostrará insatisfacción familiar, que generalmente se asocia a familias cuyos roles no están claramente definidos, que presentan problemas de comunicación, falta de redes de apoyo, altos niveles de frustración, ira y resentimiento. En otras palabras, cada miembro de la familia evalúa su experiencia de forma diferente (36).

2.2.1.2 Tipos de familia según el modelo circumflejo

Olson y colaboradores identifican 4 tipos diferentes de familias en función de la variable de adaptabilidad, así como 4 tipos diferentes de familias en función de la variable de cohesión, que se analizan más adelante (12). A continuación

se detallan los tipos de familias diferentes en función de los criterios de adaptación:

- a. **Caótica:** La ausencia de liderazgo, cambios imprevisibles de sus funciones, la irregularidad de la disciplina y el excesivo número de cambios son factores que influyen.
- b. **Flexible:** Un liderazgo y unas funciones compartidas, una disciplina democrática y la posibilidad de realizar cambios según las necesidades.
- c. **Estructurada:** Se trata cuando el liderazgo y también los cargos se comparten ocasionalmente, hay un cierto grado de disciplina democrática y los cambios se aplican cuando son deseados por el grupo.
- d. **Rígida:** Los líderes son inflexibles y rígidos en sus funciones, imponen una disciplina estricta y se niegan a adaptarse.

Según los criterios de cohesión, existen varios tipos de familias (12).

- a. **Desligada:** Existe la primacía del "yo", la escasez de la unidad amorosa entre los integrantes de la familia, la escasez de devoción a la familia y un alto nivel de independencia personal son características de esta familia.
- b. **Separada:** Se observa la primacía del "yo", con la existencia del "nosotros", una modesta unidad afectiva entre los miembros de la familia, ya hay una lealtad mínima e interdependencia entre los integrantes de la familia, pese a que hay una pequeña inclinación hacia la independencia (1).
- c. **Conectada:** Hay un énfasis principal en el "Nosotros" con la presencia del "Yo", vínculo amoroso significativa entre los integrantes de la familia, un grado de lealtad, fidelidad e interdependencia entre los integrantes de la familia (aunque con una pequeña inclinación hacia la dependencia).

Amalgamada: Hay un énfasis principal en el "nosotros", la conexión más efectiva posible entre los miembros de la familia y un elevado grado de confianza en las decisiones que tomaron en común, son características de esta familia.

En conclusión, al mezclar los 4 niveles de 2 dimensiones, es posible producir 8 tipos diferentes de sistemas familiares. Los cuatro tipos centrales representan un equilibrio entre flexibilidad y cohesión, y son importantes para el desarrollo tanto de la persona como del sistema de la familia. Los 4 tipos extremos se refieren a familias marcadas por la desorganización y la rigidez, por lo que se clasifican como hogares disfuncionales (37).

2.2.1.3 Niveles de funcionalidad familiar

Las familias funcionan en tres niveles, cada uno de los cuales están determinados por la conexión entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Las familias pueden clasificarse en tres categorías: 1) familias balanceadas, 2) en rango medio, y 3) familias extremas. El modelo de funcionamiento familiar de Olson, descrito por Ferreira, tiene tres etapas de funcionamiento familiar (38):

- **Familias balanceadas:** Las familias que entran en este grupo se ubican en el medio de ambas dimensiones, ya que se sitúan en el centro del círculo. Las familias separadas flexiblemente, las familias conectadas flexiblemente, las familias separadas estructuralmente y las familias conectadas estructuralmente son términos usados para especificar las diferencias de los tipos de familias.

Los individuos que prosperan en sistemas abiertos se diferencian por su capacidad de experimentar y mantener un equilibrio saludable entre los extremos de la independencia y la dependencia familiar. Tienen la opción de quedarse solitarios o de permanecer unidos a una familia que ellos elijan.

Como el funcionamiento es dinámico, pueden variar. Depende de la familia decidir qué camino tomar en función de la situación actual, del ciclo vital de la familia o de la socialización. Este tipo de familia suele considerarse la más funcional posible (38).

- **Familias de rango medio:** Son familias severas en una sola dimensión. Entre los diferentes tipos de familias se encuentran las que están flexiblemente separadas, las que están flexiblemente amalgamadas, las que están caóticamente separadas y caóticamente conectadas, las que están estructuralmente separadas, las que están estructuralmente amalgamadas, las que están rígidamente separadas y las que están rígidamente conectadas.

La operatividad de estas familias muestra ciertos problemas en una sola área, que pueden verse exacerbados por períodos de gran estrés o ansiedad.

- **Familias extremas:** Son extremas en cuanto a sus características físicas y psicológicas. Se describen cuatro tipos de familias: caóticamente desligadas, caóticamente amalgamadas, rígidamente desligadas y rígidamente amalgamadas. Se trata de familias que son disfuncionales en su vida cotidiana. Según Olson, los grupos extremos pueden funcionar con éxito durante todo el tiempo que todos los miembros de la familia quieran, con la conciencia de que la operatividad extrema puede ser ventajoso para la firmeza de los integrantes a lo largo de momentos específicos de sus vidas (38). En este modelo teórico están representados varios enfoques del desarrollo familiar, como el estructural, el interaccional y el desarrollo de la familia (19).



Se han hecho varias modificaciones al modelo original en respuesta a las críticas y a las pruebas reales de un gran número de estudios de investigación (39). Al hablar del carácter disfuncional de la familia, Olson asevera que demasiado cambio da lugar a un sistema que es simplemente caótico, entretanto, demasiado o cambio mínimo da lugar a una estructura rígida. Sin embargo, los dos extremos pueden llegar a ser problemáticos, sobre todo si la familia no está satisfecha con ese modo particular de interacción. Una mayor capacidad sistémica para el cambio dará lugar a una mejor funcionalidad familiar, al igual que una mayor capacidad sistémica para el cambio (40).

2.2.2 Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica

2.2.2.1 Adherencia

"La adherencia al tratamiento" es concretada por la Organización Mundial de la Salud (2010) como "la toma de medicamentos según la dosis y el horario especificados; y la persistencia, que es continuar tomando la medicación durante un período prolongado de tiempo" (41).

La adherencia, según algunos autores, se conceptúa: "la perseverancia en la práctica y el mantenimiento de las conductas de salud deseables, que es el efecto del compromiso y el acuerdo activo". Al transcurso de las últimas 3 décadas se ha reconocido y propuesto como un aspecto importante en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos del tratamiento médico (15).

El término "adherencia" se utiliza para describir el grado en que un paciente sigue su régimen de tratamiento de la anemia. Según Luna, "la adhesión a la totalidad de las recomendaciones hechas por los personales sanitarios para el tratamiento de la anemia es llamada también cumplimiento, y

es este cumplimiento el que asegura la recuperación óptima del niño y, como resultado, influye en el potencial desarrollo y del crecimiento". Definición que trata de la continuación del tratamiento de la anemia durante los exámenes rutinarios del infante sano (42).

La adhesión a un plan de tratamiento viene precedida de una educación sanitaria fiable, la creación de objetivos y la ayuda al momento de tomar decisiones. Dado que las señales contradictorias y los conceptos erróneos sobre la salud tienen un efecto adverso sobre la participación en el plan de tratamiento, la educación debe ser clara y objetiva. La falta de conocimientos influye en la defectuosa medicación, la nutrición y la adherencia (43).

Es difícil evaluar la adherencia, aunque numerosos estudios han tratado de hacerlo utilizando diversos métodos, como el recuento de píldoras, el control electrónico, el autoinforme de datos, el control de datos de laboratorio, la medición del índice de masa corporal y otros métodos (44).

A. Adherencia al tratamiento farmacológico

En cuanto a la adherencia al tratamiento, este elemento es altamente dependiente de la educación que el paciente recibe en cuanto al conocimiento y manejo de la patología. Además, es de peculiar significación en el caso del paciente infantil, que requiere en gran medida de la guía de sus padres o sus cuidadores, que notablemente tienen una influencia en la maniobra que el infante da a su patología y en los comportamientos de adherencia que sigue. Por ello, es fundamental que en la medicina se tenga en presente el entorno familiar de un infante enfermito, en lugar de tratar al paciente como si fuera un individuo aislado de su centro familiar y de sus técnicas de crianza (45).



El tratamiento de la anemia implica la administración de sulfato ferroso, así como de suplementos dietéticos ricos en hierro. La dosis sugerida de Fe^{+} elemental es básicamente de 3 mg/kg/día administrado en 1 o 2 dosis. La solubilidad de las sales de hierro es una necesidad absoluta para la absorción efectiva del hierro, siendo la asimilación en la forma ferrosa significativamente mayor que la de la forma férrica. Debido a que el porcentaje de asimilación se reduce de manera progresiva en función de la dosis utilizada, se recomienda que las dosis diarias se administren sólo en una o dos dosis divididas (46).

B. Adherencia al tratamiento dietético

Se consumirá una dieta rica en hierro dos veces al día, centrándose principalmente en los alimentos con mayor biodisponibilidad de hierro, como el bazo, el hígado, la sangre de pollo y la carne (que son todos productos animales). Cuando se consumen verduras y hortalizas que tienen una menor biodisponibilidad, se debe acompañar de cítricos como naranjas y limones (4).

Aun cuando la medicación puede empezarse tomando el medicamento con los alimentos, se recomienda administrarlo al menos una o dos horas después de las mismas para garantizar una absorción óptima del fármaco. Tomarlo con el acompañamiento de la vitamina C, como la que se encuentra en el zumo de naranja, mejora la asimilación del fármaco alrededor de dos veces. El té, el café y el mate inhiben la asimilación del hierro, y la sintomatología más habitual es la náusea, dolor de estómago, decoloración dental, vómitos, diarrea y estreñimiento, entre otros. La probabilidad de respuestas alérgicas es menor. Los niveles de hemoglobina deberían aumentar considerablemente después de 3 y/o 4 semanas, y se debería conseguir un nivel superior (11 g/dl) en 2 y/o 4 meses. Al mes de inicio de la terapia debe realizarse un examen

para evaluar la eficacia del tratamiento. Se recomienda continuar con la terapia de hierro oral durante otros dos meses una vez que se hayan establecido las lecturas normales de hemoglobina (19).

2.2.2.2 Anemia

La anemia es un problema sanitario que damnifica a personas del mundo entero. Principalmente extendida en los países en desarrollo. Tiene importantes implicaciones para el bienestar de las personas, así como para el crecimiento económico de sociedades enteras. Según la OMS, alrededor del 25% del conjunto poblacional del mundo es anémica. La anemia puede estar causada por una amplia gama de factores, como la malnutrición, las infecciones ya sean agudas o crónicas y los trastornos genéticos relacionados con la Hb (47).

Según la Organización Mundial de la Salud, "la anemia es un problema de salud pública generalizado con importantes ramificaciones para la salud humana, así como para el desarrollo social y económico". Cuando hay anemia, el aumento del riesgo de muerte de los recién nacidos son consecuencias más letales para la salud, Brabin (2001) (48).

Se considera una preocupación importante de salud pública en el Perú, ya que es una de las enfermedades alimentarias más prevalentes que afecta a los neonatos y a los niños que tienen edades inferiores a 35 meses, cuando las necesidades de su crecimiento y desarrollo cerebral son más estrictas. Según ENDES del 2016, el 43.6% de los niños que tienen edades inferiores a 35 meses son anémicos, siendo el promedio mayor en las zonas rurales o empobrecidas del Perú. Y en Puno, el problema se ha sostenido estable, ya que la tasa de

anemia se mantuvo en 75,9% en el 2015 y actualmente el 75,9% presenta esta condición (6).

A. Anemia ferropénica

Es la anemia más frecuente en las naciones del tercer mundo, y se define por la carencia de hierro, además considerada la que origina en su amplitud la anemia en los niños de estos países. En la primera infancia, especialmente entre los 6 y los 35 meses, es el tipo más común (49). Esta afección tiene 3 fases:

1. La reducción de la cantidad de hierro en el organismo es el primer síntoma de una carencia de hierro.
2. La afección conocida como anemia ferropénica con eritropoyesis reducida, se caracteriza cuando se acaban las reservas de hierro y la absorción de los alimentos es inadecuada, lo que hace que simplemente no se contrarresten las pérdidas normales del organismo y se altere la producción de Hb.
3. El más grave, es la anemia ferropénica (anemia por deficiencia de hierro), que se caracteriza por la disminución de la producción de hemoglobina (49).

Escasez de hierro se da como resultado de un consumo insuficiente de hierro en la comida. Incrementa en poblaciones susceptibles, como las mujeres, los niños y las embarazadas, gracias a las mayores necesidades de hierro de estos grupos, inducidas por el rápido crecimiento de los bebés, las demandas del feto y la placenta durante el embarazo (50).

Recapitulando, la falta de hierro es una situación donde el hierro no logra almacenarse suficientemente en el cuerpo. En términos médicos, la anemia se

describe como una reducción de la cantidad de Hb presente en la sangre. La Hb del cuerpo contiene la mayor parte del hierro del organismo. El hierro es un mineral vital que necesitan todas las células del cuerpo, incluido el cerebro. Comprender los principios subyacentes del metabolismo del hierro es sustancial en la prevención, el diagnóstico y en el tratamiento de la anemia, así como para el desarrollo de nuevos tratamientos. Cuando los niños tienen entre 6 meses y 2 años de edad, la anemia es frecuente, ante todo en aquellos que no han recibido profilaxis de hierro, ya sea mediante alimentación suplementaria con alimentos enriquecidos con hierro o mediante la administración de suplementos de medicamentos indicada por los especialistas de la salud en el momento oportuno (51).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- Funcionalidad familiar

Son acciones recíprocas de las relaciones emocionales entre los integrantes de la familia (cohesión), y tiene el poder de modificar su estructura para superar los obstáculos evolutivos de la familia (problemas evolutivos) (adaptabilidad) (52).

- Cohesión

Es la unidad familiar, es importante estar física y emocionalmente juntos en el momento de afrontar diversas situaciones y en la toma de decisiones con respecto a los deberes cotidianos (26).

- Adherencia

Básicamente, se define como el grado en que un paciente se adhiere al régimen de suplementos preventivos o terapéuticos que se le ha recomendado (53).

- **Acciones de prevención y tratamiento**

En un acto de intervención con una finalidad de proporcionar una ingesta de hierro suficiente para prevenir o reparar la anemia según sea necesario (45).

- **Anemia por deficiencia de hierro**

En la anemia ferropénica se produce una reducción de los niveles de hemoglobina como consecuencia de un déficit de hierro, lo que también se conoce como anemia ferropénica (54).

- **Hierro**

Es un mineral que se almacena en el cuerpo humano y es necesario para la producción de las proteínas transportadoras de oxígeno, la hemoglobina y la mioglobina, entre otras cosas (55).

- **Hierro hémico**

Es el que interviene en la formación del grupo hemo o el hierro que se une a la molécula de porfirina. Se encuentra en la hemoglobina, la mioglobina y en diversas enzimas, como los citocromos y entre otras proteínas (55).

- **Hierro no hémico**

Este se halla en alimentos provenientes de los vegetales y posee la absorción de hasta el 10%. Algunos ejemplos de alimentos que contienen hierro no hémico son las habas, las lentejas y los guisantes, que tienen una asimilación elevado, y las espinacas, las acelgas y las verduras de hoja verde oscura, que tienen un nivel de absorción menor (55).



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se empleó el método de hipotético-deductivo, el cual trata de la observación del fenómeno a estudiar, la creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, la deducción de consecuencias o proposiciones más fundamentales que la propia hipótesis y la verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos mediante su comparación con la experiencia son los pasos esenciales del método hipotético-deductivo (56).

3.2 TIPO

La presente investigación según la finalidad que persigue fue de tipo básica, Hernández, indica que “el tipo de investigación necesita de la estrategia de investigación”.

En cuanto al alcance temporal, fue transversal, y en cuanto al carácter de la medición, fue cuantitativa. Esto se debió a que el investigador recogió información sobre aspectos que son objetivos y medibles para poder categorizarlos, y se empleó la estadística descriptiva e inferencial como una herramienta fundamental para el análisis de los datos (57).

3.3 NIVEL

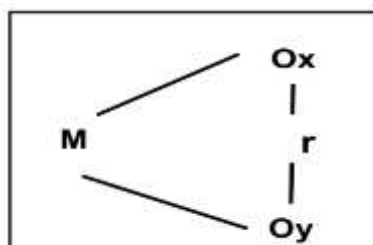
El nivel de investigación fue descriptivo-correlacional-causal y de una visión prospectiva, pues tuvo como objetivo de indagar en el plazo de las modalidades o niveles de uno o más variables de una población seleccionada.

Fue correlacional - causal, para evidenciar si existe o no una dependencia probabilística entre dos sucesos o variables (58).

3.4 DISEÑO

La presente investigación fue de diseño no experimental puesto que el investigador se limitó a observar y medir los fenómenos y verificó si existe una relación determinada entre las variables y transversal porque las variables involucradas se midieron una sola vez. La investigación no experimental, según Arias, "consiste en recoger datos directamente de las personas investigadas, o de la realidad en la que se producen los hechos, sin modificar ni influir en ninguna variable" (59).

De acuerdo a Sampieri, se puede definir al diseño no experimental "como aquel que se realiza sin manejar a propósito las variables". En otras palabras, se trata de no hacer variar en manera intencional tales variables independientes para ver su repercusión sobre otras variables (57).



Diseño de estudio fue correlacional donde:

M = Muestra

O_x = Variable 1

O_y = Variable 2

r = Relación entre las variables

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 Población

Carrasco conceptúa el universo o población como cualquier conjunto de personas (u objetos) que tienen alguna cualidad observable en común (60).

Por otro lado, Pino define la población como un conjunto infinito o finito, pero elevado de datos, que responde a una característica dada a combinación de característica (61).

Nuestra población fueron los pacientes de 6 a 36 meses que reciben tratamiento de anemia. Las madres fueron captadas en el consultorio de CRED, del Centro de Salud de Jorge Chávez, según Estadística de la RSR, con un promedio de 1350 madres.

3.5.2 Muestra

Según Hernández (62) indica que, en esencia, es un subgrupo. Elementos los cuales forman parte de ese grupo definido en sus características al que se llama muestra. Para calcular la muestra se realizó un muestreo probabilístico donde se hizo la siguiente operación:

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

Dónde:

n: Es el tamaño de la muestra

N: Es el tamaño de la población.

Z: Es el nivel de confianza (1.96), es decir, 95% de confianza)

e: Es la precisión o el error (5% de error)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

Cálculo de la muestra:

N = 1350

Z = 1,96 (95% de confianza)

e = 0,05(5% de error)

p = 0.5

q = 0.5

Reemplazamos los valores:

$$\frac{1350(1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}{(0.05)^2 \times (1350 - 1) + (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}$$
$$n = 300$$

La forma del cálculo de la muestra es de 300 madres en el consultorio de CRED, del Centro de Salud de Jorge Chávez.

Criterios de inclusión

- Madres que acepten participar en la investigación.
- Madres de hijos de 6 a 36 meses que reciben tratamiento de anemia y también tratamiento preventivo.
- Madres que asistan al consultorio de CRED, del Centro de Salud de Jorge Chávez.

Criterios de exclusión

- Madres que no deseen participar en la investigación.
- Madres de hijos menores de 6 meses y mayores de 36 meses.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.6.1 Técnicas de recolección de datos

Según Palomino et al. Son procedimientos y herramientas mediante los cuales se va a recoger los datos que se necesitan para contrastar las hipótesis (62). La Técnica recolección de datos a aplicarse en la presente investigación fue la entrevista mediante la encuesta.

3.6.2 Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos cuantitativos, que son los siguientes:

- Para la variable de funcionamiento familiar se utilizó la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES IV), el cual fue creado por Olson, Gorall y Tiesel (63).

Escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES IV).

- A. Nombre original de la escala:** Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales FACES IV.
- B. Autores:** David Olson, Gorall y Tiesel (2006).
- C. Traducción y adaptación:** Ana Goicochea y Paola Narváez (Trujillo, 2011).
- D. Administración:** Individual o colectiva
- E. Duración:** 30 minutos
- F. Significación:** Cuarta versión de la escala FACES que fue diseñada para evaluar cuatro dimensiones básicas de la familia: Cohesión y flexibilidad familiar, así como de las dimensiones de comunicación y satisfacción familiar. El instrumento es útil para obtener el funcionamiento real, ideal e indirectamente la satisfacción familiar.
- G. Descripción:** Está compuesta de 62 ítems agrupados en cuatro



dimensiones:

1. **Cohesión:** Consta de los siguientes ítems: 1, 3, 4, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 19, 21, 22, 25, 27, 28, 31, 33, 34, 37, 39, 40.
2. **Flexibilidad familiar:** Comprende de los ítems: 2, 5, 6, 8, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 23, 24, 26, 29, 30, 32, 35, 36, 38, 41, 42.
3. **Comunicación familiar:** Abarca los ítems: 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52.
4. **Satisfacción familiar:** Incluye los ítems: 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62.

➤ **Calificación**

- El puntaje de cohesión, es la suma de 21 ítems.
- El puntaje de flexibilidad familiar, es la suma de los 21 ítems.
- El puntaje de la comunicación familiar es la suma de 10 ítems.
- El puntaje de la satisfacción familiar es la suma de 10 ítems.

Se le pide a la persona que lea las frases y decida para cada una, qué tan frecuentemente la conducta descrita se presenta en su familia, puntuando sobre una escala que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente en acuerdo).

En consecuencia, la calificación de las dimensiones es la siguiente:

COHESIÓN

Desligada: 0 - 55

Separada: 56 - 66

Conectada: 67 - 76

Amalgamada: > 77

FLEXIBILIDAD FAMILIAR

Rígida: 76 - 85

Estructurada: 65 - 75

Flexible: 55 - 64

Caótico: 43 - 54

COMUNICACIÓN FAMILIAR

Bajo: 18 - 28

Medio: 19 - 39

Alto: > 40

SATISFACCIÓN FAMILIAR

Bajo: 21 - 30

Medio: 31 - 40

Alto: > 41

➤ Validez y confiabilidad

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala cohesión y adaptabilidad familiar, en relación a la validez de constructo corresponden positivamente entre ellas y la confiabilidad fue desarrollada por un análisis de alfa de un rango de 0.91 – 0.93.

En el Perú, Goicochea y Narváez en el año 2011, lo tradujeron y lo adaptaron, donde obtuvieron la validez del constructo, en el proceso de adaptación, mediante un análisis factorial logrando una alta estimación $KMO = 0.907$, y el coeficiente de confiabilidad fue de 0.880, que quiere decir que el instrumento tiene una confiabilidad elevada.

- Para la recolección de datos de la segunda variable que es la adherencia al tratamiento de la anemia se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario que consta de 15 ítems, el cual será aplicado

de forma personal a cada madre de familia que acuda con su niño al establecimiento de salud Jorge Chávez. El instrumento que se usó en la presente investigación fue usada y validada por Ana María Murrieta Fuentes en el año 2018 cuyo título fue "factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el centro de salud Perú IV zona San Martín de Porres". En donde mediante el estadístico del alfa Cronbach tuvo una confiabilidad tuvo una puntuación de 0.891, interpretándose como alta confiabilidad.

Valores para la Variable Adherencia al tratamiento

Cuantitativo			Cualitativo
General	Dimensión 1	Dimensión 2	
48-64	30-40	18-24	Eficiente
32-47	20-29	12-17	Regular
16-31	10-19	6-11	Deficiente

3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en el presente trabajo de investigación fueron evaluados y validados por criterio de juicio de 4 expertos (anexo 4).

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Después de la aprobación del estudio, se empezó a ejecutar, para ellos se realizó las siguientes actividades:

- Se realizó solicitud de carta de presentación a la escuela de posgrado para las facilidades de la ejecución del trabajo.
- Se solicitó la respectiva autorización al Centro de Salud Jorge Chávez.

- Tras la obtención de la autorización se procedió con la ejecución del llenado de las encuestas a las madres de niños de 6 – 36 meses.
- Se realizó la base de datos en el Microsoft Excel, para su respectiva tabulación.

3.9 DISEÑO DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Los datos obtenidos fueron ordenados y sistematizados en cuadros y tablas estadísticas de distribución porcentual en donde se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 22, para su análisis y el cruce de datos.

Seguido a esto para identificar las relaciones entre la funcionabilidad familiar y la adherencia al tratamiento de Anemia Ferropénica en madres de niños de 6 – 36 meses, se usó la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson.

La prueba del Chi cuadrado nos ayudó a establecer relación de variables cualitativas cuya fórmula es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}.$$

- Σ : sumatoria.
- O: Valores observados.
- E: Valores esperados.

Prosiguiendo con el análisis estadístico se tomó en cuenta; el nivel de significancia que es la probabilidad de error la cual es < 0.05 lo cual indica que, si hay relación entre las variables, porque la probabilidad de error fue menor al 5% y un nivel de confianza de 95%.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Para la recogida y el análisis de los datos se utilizaron los siguientes elementos: Además del empleo del Programa SPSS en su versión 22 y del estadístico Spearman, que fue la base para la prueba de hipótesis, se empleó dos formularios de recolección de datos que permitieron identificar la situación actual, así como varias soluciones posibles que constituyeron la base de la presente investigación.

OG: Determinar la relación de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.

HG: Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.

Tabla 1 Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Funcionalidad Familiar	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Balanceada	4	1.3%	103	34.3%	13	4.3%	120	40.0%
Medio	1	0.3%	140	46.7%	19	6.3%	160	53.3%
Extremo	0	0.0%	9	3.0%	11	3.7%	20	6.7%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$\chi^2_c = 27,502$ $\chi^2_t = 9,49$
 $gl = 4$ $p = 0.001$ $p < 0.05$ **ES SIGNIFICATIVA**

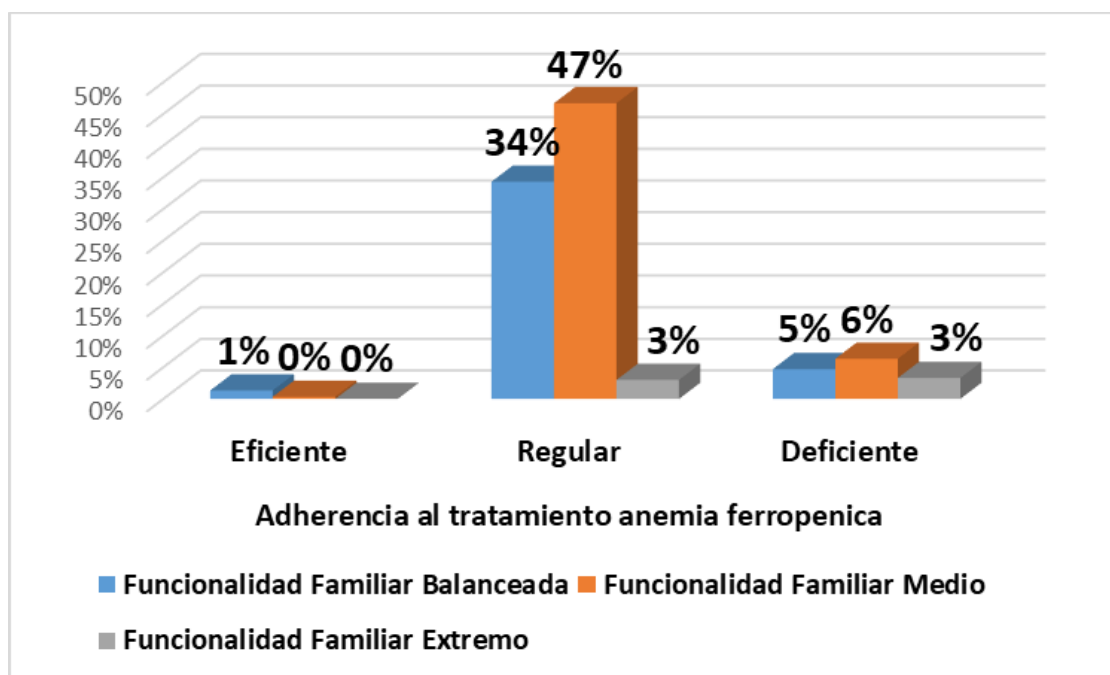


Figura 1.

Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 1

Los resultados de la Tabla 1 muestran que la mayoría de las madres de niños entre 6 y 36 meses se ubican en familias con funcionalidad media (53.3%) o balanceada (40%). A pesar de ello, en el conjunto global se observa que un 84% presenta una adherencia solo regular al tratamiento de la anemia ferropénica, mientras que únicamente el 1.7% logra una adherencia eficiente. Este dato revela una brecha significativa entre la potencial capacidad de organización familiar y la práctica real de cumplimiento terapéutico.

La interpretación de este hallazgo resulta relevante porque, aunque cabría esperar que en familias balanceadas o con una funcionalidad media la supervisión de la salud infantil fuese más efectiva, los niveles de adherencia no alcanzan valores satisfactorios. Este escenario indica que la funcionalidad



familiar, si bien influye, no garantiza por sí sola el éxito del tratamiento, y que otros factores como la percepción materna sobre la importancia del suplemento, la accesibilidad al servicio de salud y las creencias culturales inciden de manera determinante en la adherencia.

Al contrastar estos resultados con investigaciones previas, se observa que en estudios como el de Flores (2018), realizado también en Puno, se halló una asociación significativa entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica, confirmando que la estructura y dinámica del hogar pueden ser facilitadores o limitantes del cuidado infantil. De manera similar, Condori y Cruz (2017) en Arequipa evidenciaron que familias con mejor cohesión y comunicación presentaban mayores tasas de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas. Sin embargo, Carhuas y Zúñiga (2018), en un contexto distinto, no identificaron una relación significativa entre ambas variables, lo que sugiere que el impacto de la funcionalidad familiar depende también del tipo de intervención y de los recursos institucionales disponibles.

En el caso específico de la población estudiada, los resultados reflejan la situación de un entorno caracterizado por altos índices de pobreza y una prevalencia histórica de anemia infantil. La alta proporción de adherencia regular evidencia que, aunque las madres cumplen en parte con las indicaciones médicas, persisten dificultades para sostener la continuidad y el rigor del tratamiento. Este patrón no solo compromete la eficacia terapéutica, sino que también incrementa el riesgo de que la anemia se perpetúe como un problema crónico en la niñez.

En términos prácticos, la evidencia plantea un desafío urgente para la salud pública local: no basta con reforzar la cohesión y organización familiar, sino



que se requiere fortalecer las estrategias de educación sanitaria, el acompañamiento comunitario y la accesibilidad al tratamiento. De este modo, se podrán superar las barreras que mantienen a la mayoría de madres en un nivel de adherencia regular y garantizar un impacto positivo y sostenible en la reducción de la anemia ferropénica infantil.

Tabla 2

Establecimiento de límites y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Establecimiento de límites	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desligada	2	0.8%	63	21.0%	9	3.0%	74	24.8%
Separada	1	0.3%	79	26.3%	9	3.0%	89	29.6%
Conectada	1	0.3%	76	25.4%	10	3.3%	87	29.0%
Amalgamada	1	0.3%	34	11.3%	15	5.0%	50	16.6%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\chi^2_c = 13,100 > \chi^2_t = 12,59$$

$$gl = 6 \quad p = 0.041 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

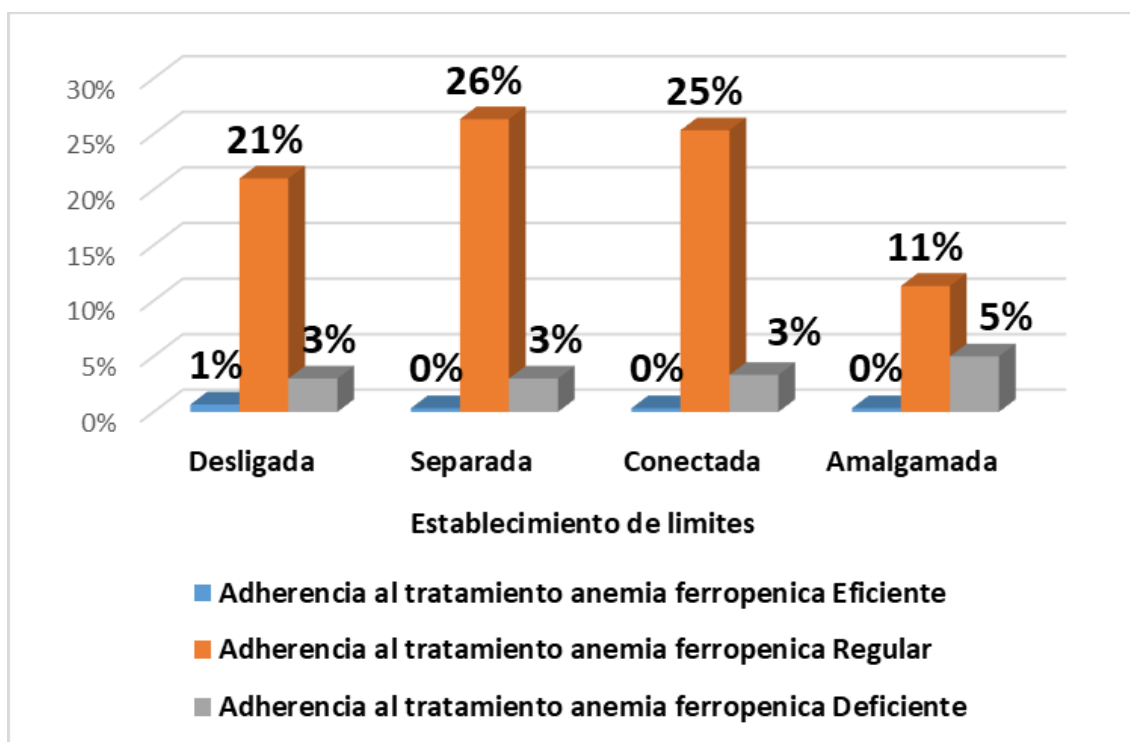


Figura 2

Establecimiento de límites y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 2

La Tabla 2 muestra que las familias de las madres encuestadas presentan diferentes estilos en el establecimiento de límites: el mayor grupo corresponde a familias con límites separados (29.6%) y conectados (29%), seguidas de aquellas con límites desligados (24.8%) y amalgamados (16.6%). En todos los grupos, la tendencia predominante es una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con un bajo nivel de adherencia eficiente (1.7%) y un porcentaje no menor de adherencia deficiente (14.3%).

Estos resultados cobran sentido cuando se analizan a la luz del marco teórico. Olson y colaboradores, a través del Modelo Circunflejo de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, señalan que los límites son mecanismos que regulan el

grado de cercanía emocional y la claridad de roles dentro de la familia. Unos límites saludables como los conectados o separados favorecen la autonomía responsable y, a la vez, mantienen vínculos de apoyo que son claves en la adherencia terapéutica. Por el contrario, límites muy difusos (desligados) o excesivamente rígidos (amalgamados) pueden generar disfunciones: en el primer caso, se produce desorganización y falta de control; en el segundo, dependencia y dificultad para asumir responsabilidades de cuidado.

La importancia de este aspecto se refleja en la continuidad del tratamiento: en familias donde los límites no están claramente definidos, es más probable que la administración del suplemento de hierro dependa del esfuerzo individual de la madre, sin apoyo ni supervisión de otros miembros, lo que conduce a una adherencia irregular. En cambio, cuando las normas familiares establecen responsabilidades claras por ejemplo, quién recuerda los horarios, quién administra el medicamento o quién supervisa la alimentación del niño se facilita la constancia y se reducen las interrupciones del tratamiento.

Este hallazgo es consistente con estudios como el de Condori y Cruz (2017), quienes demostraron que los hogares con normas claras y roles definidos favorecen una adherencia más estable en pacientes con enfermedades crónicas. Asimismo, Flores (2019) reportó en Puno que la cohesión familiar y el establecimiento de rutinas influyen directamente en la continuidad de los tratamientos pediátricos. Por otro lado, investigaciones como la de Carhuas y Zúñiga (2018) evidencian que, en contextos con escasa educación sanitaria, incluso familias con cierto orden interno no logran garantizar la adherencia, lo que resalta la necesidad de acompañar este componente con intervenciones educativas.



En la población estudiada, donde predomina una adherencia regular, los datos sugieren que las familias han desarrollado cierto grado de organización, pero este no se traduce en un cumplimiento terapéutico óptimo. La situación refleja limitaciones adicionales, como la falta de información sobre la enfermedad, las creencias culturales o la poca disponibilidad de tiempo por razones laborales, que dificultan mantener la disciplina necesaria para un tratamiento sostenido.

En términos prácticos, la evidencia subraya que el establecimiento de límites familiares es un factor determinante, pero insuficiente por sí solo. Para mejorar la adherencia, se requiere combinar la promoción de dinámicas familiares claras con estrategias de educación sanitaria, visitas de seguimiento y un trabajo articulado entre personal de salud y comunidad. Solo así será posible transformar una adherencia regular en eficiente y reducir el riesgo de perpetuación de la anemia ferropénica en la infancia.

Tabla 3

Las coaliciones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Las coaliciones	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desligada	2	0.7%	34	11.4%	12	4.0%	48	16.1%
Separada	0	0.0%	103	34.3%	15	5.0%	118	39.3%
Conectada	3	1.0%	96	32.0%	16	5.3%	115	38.3%
Amalgamada	0	0.0%	19	6.3%	0	0.0%	19	6.3%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\begin{array}{lcl} \text{Chi}^2_c = 13,185 & > & \text{Chi}^2_t = 12,59 \\ \text{gl} = 6 & p = 0.040 & p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA} \end{array}$$

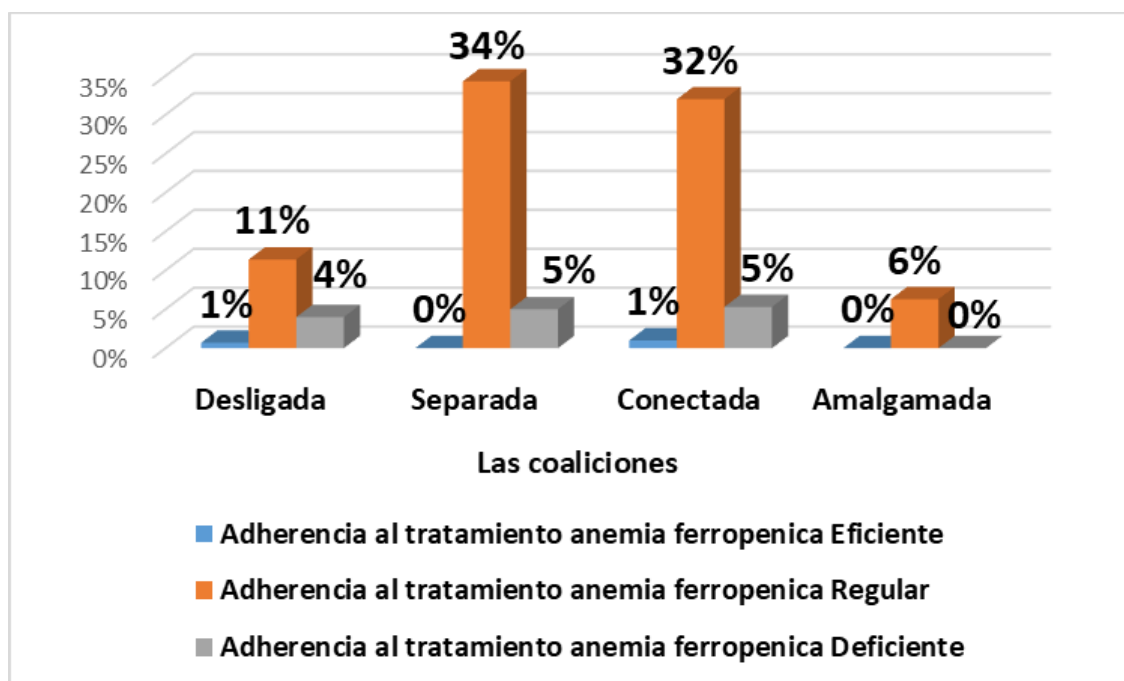


Figura 3

Las coaliciones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 3

La Tabla 3 muestra que la mayoría de las familias presentan coaliciones separadas (39.3%) y conectadas (38.3%), en tanto que un porcentaje menor se ubica en coaliciones desligadas (16.1%) o amalgamadas (6.3%). En todos los tipos de coalición se observa que predomina una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con una baja proporción de adherencia eficiente (1.7%) y una presencia importante de adherencia deficiente (14.3%).

Estos resultados adquieren relevancia cuando se interpretan desde el marco teórico de Minuchin sobre la estructura familiar, en el cual las coaliciones representan alianzas entre miembros que pueden fortalecer o debilitar la dinámica del hogar. Las coaliciones funcionales, como las conectadas y



separadas, tienden a facilitar el apoyo mutuo y la distribución clara de responsabilidades, lo que debería contribuir a un mejor cumplimiento terapéutico. No obstante, el hecho de que la adherencia se mantenga principalmente en un nivel regular incluso en estos casos revela que el simple hecho de contar con coaliciones más organizadas no garantiza por sí solo la continuidad del tratamiento. Por otro lado, las coaliciones desligadas pueden generar un aislamiento de la madre en el cuidado del niño, mientras que las amalgamadas, aunque caracterizadas por una cercanía intensa, pueden derivar en dependencia y poca autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

La conexión con los antecedentes revisados en el capítulo dos refuerza esta interpretación. Por ejemplo, Olivera (2014) en México evidenció que la funcionalidad familiar se asocia con una mejor adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, lo que confirma que alianzas bien establecidas dentro del hogar se traducen en mayor responsabilidad compartida en los tratamientos. De forma similar, Flores (2018) en Puno encontró una relación directa entre la cohesión familiar y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica, lo que pone en evidencia que las coaliciones sólidas actúan como un soporte decisivo para la continuidad de la terapia. En contraste, Carhuas y Zúñiga (2018) reportaron ausencia de relación entre funcionalidad familiar y adherencia a micronutrientes, mostrando que en contextos de bajos niveles de educación sanitaria, aun cuando existan coaliciones familiares, estas no logran impactar de manera determinante en la adherencia.

En el caso de la población estudiada, el predominio de coaliciones separadas y conectadas con resultados solo regulares refleja que las familias



tienen cierta capacidad de organización interna, pero esta no se traduce en rutinas estables ni en un acompañamiento sostenido del tratamiento. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las alianzas familiares a través de la educación sanitaria, la asesoría en roles de cuidado y la participación activa de más miembros de la familia en la supervisión del tratamiento.

En términos prácticos, los resultados de la Tabla 3 permiten concluir que las coaliciones familiares son un factor influyente, pero no suficiente, en la adherencia terapéutica. Su impacto se potencia únicamente cuando se articulan con intervenciones externas, como el acompañamiento del personal de salud y la sensibilización comunitaria. De este modo, se evita que la adherencia se mantenga en un nivel regular y se avanza hacia un cumplimiento eficiente, condición indispensable para reducir la alta prevalencia de anemia ferropénica en la infancia.

Tabla 4

El tiempo y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

El tiempo	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desligada	1	0.3%	56	18.7%	7	2.3%	64	21.3%
Separada	1	0.3%	110	36.7%	19	6.3%	130	43.3%
Conectada	1	0.3%	67	22.3%	8	2.7%	76	25.3%
Amalgamada	2	0.8%	19	6.3%	9	3.0%	30	10.1%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\begin{array}{lcl} \text{Chi}^2_c = 13,397 & > & \text{Chi}^2_t = 12,59 \\ \text{gl} = 6 & p = 0.037 & p < 0.05 & \text{ES SIGNIFICATIVA} \end{array}$$

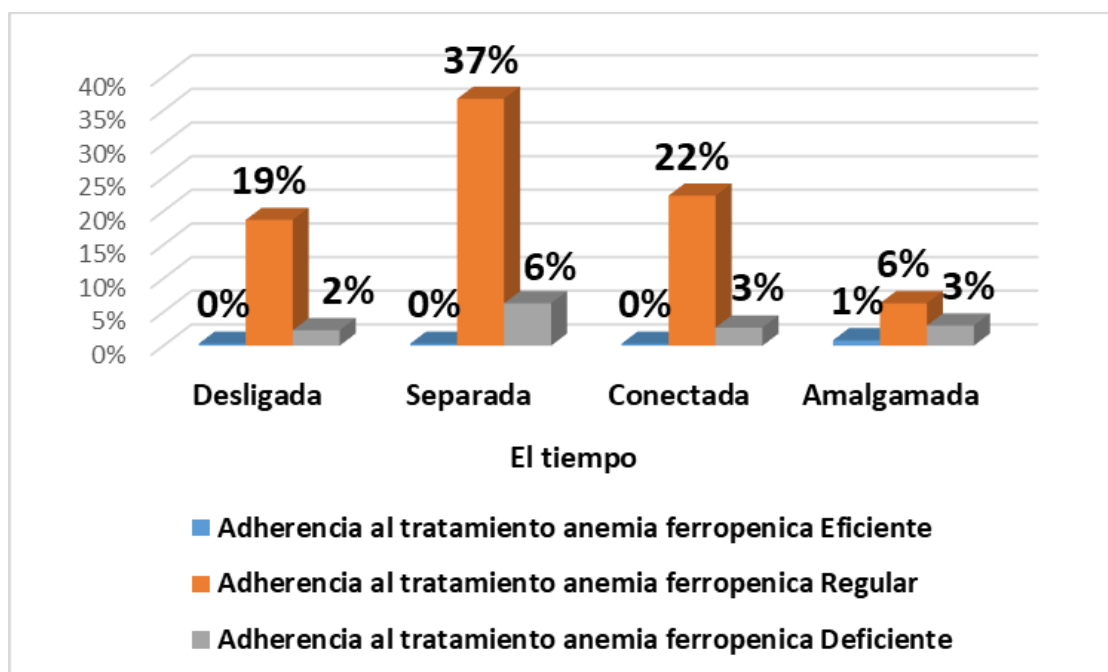


Figura 4

El tiempo y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 4

La Tabla 4 muestra que la mayoría de familias refieren compartir un tiempo medio (54.3%), seguidas por aquellas con poco tiempo (33%) y, en menor medida, las que dedican un tiempo alto (12.7%). En los tres niveles, la tendencia predominante es una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con un porcentaje mínimo de adherencia eficiente (1.7%) y una presencia constante de adherencia deficiente (14.3%).

Estos resultados evidencian que no puede asumirse que un mayor tiempo compartido en familia se traduzca automáticamente en una mejor adherencia terapéutica. El hecho de que incluso en familias que declaran dedicar un tiempo alto predomine la adherencia regular demuestra que lo decisivo no es la cantidad de tiempo, sino la calidad de las interacciones y las prácticas de cuidado que se

llevan a cabo durante ese tiempo. Una familia puede pasar muchas horas junta, pero si esas interacciones no incluyen el seguimiento del tratamiento, la supervisión de la ingesta del suplemento de hierro o el refuerzo de hábitos saludables, el impacto sobre la adherencia será limitado.

El marco teórico de Olson y Minuchin ya advierte que el tiempo compartido debe analizarse dentro de la dinámica de cohesión y funcionalidad familiar. Así, el tiempo solo se convierte en un factor protector cuando está acompañado de comunicación efectiva, corresponsabilidad en el cuidado y establecimiento de rutinas claras. En su ausencia, el tiempo compartido puede ser incluso disfuncional, si se centra en dinámicas conflictivas o en actividades desvinculadas del cuidado de la salud.

Este hallazgo coincide con lo planteado por Flores (2018), quien subraya que el tiempo familiar incide en la adherencia únicamente cuando se convierte en un espacio de organización y supervisión de la salud infantil. De forma similar, Condori y Cruz (2017) destacaron que la adherencia mejora cuando las familias, más allá de compartir tiempo, implementan prácticas concretas de cuidado. En contraste, Carhuas y Zúñiga (2018) demostraron que, en contextos donde la educación sanitaria es limitada, ni siquiera una convivencia prolongada garantiza una adherencia adecuada.

En la población estudiada, el predominio de adherencia regular revela que, aunque las familias tienen disposición para compartir tiempo, este no siempre se orienta a prácticas de cuidado específicas que aseguren la continuidad del tratamiento. Esto refleja limitaciones en el conocimiento materno, la ausencia de rutinas familiares orientadas al tratamiento y la necesidad de un acompañamiento más cercano por parte del personal de salud.



En términos prácticos, los resultados permiten concluir que no basta con promover un mayor tiempo en familia, sino que es fundamental trabajar en la calidad de ese tiempo, transformándolo en un espacio de cuidado activo, organización y corresponsabilidad. Solo así será posible superar el patrón de adherencia regular y avanzar hacia un cumplimiento terapéutico eficiente, condición indispensable para reducir la prevalencia de la anemia ferropénica en la infancia.

Tabla 5

El espacio y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

El espacio	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desligada	0	0.0%	37	12.3%	15	5.0%	52	17.3%
Separada	4	1.3%	109	36.3%	14	4.7%	127	42.3%
Conectada	1	0.4%	83	27.7%	12	4.0%	96	32.1%
Amalgamada	0	0.0%	23	7.7%	2	0.7%	25	8.3%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\text{Chi}^2_c = 14,052 > \text{Chi}^2_t = 12,59$$

$$gl = 6 \quad p = 0.029 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

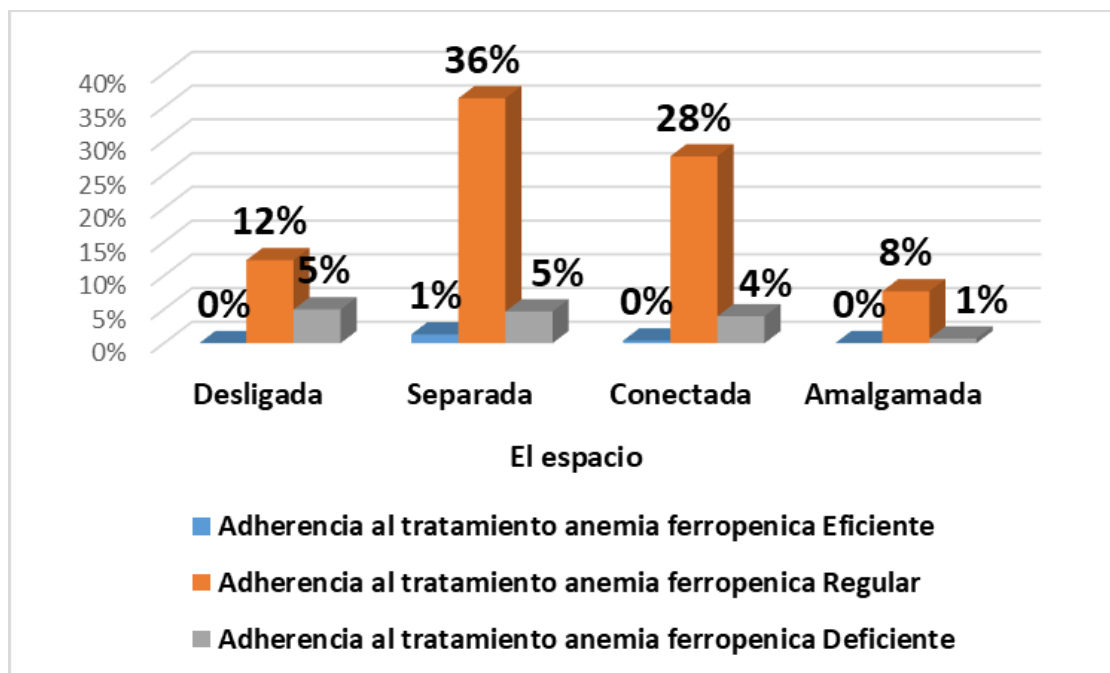


Figura 5

El espacio y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 5

La Tabla 5 revela que la mayoría de familias cuentan con un espacio compartido medio (52.3%), seguido de un 31% que dispone de un espacio reducido y un 16.7% que refiere contar con un espacio amplio. En los tres grupos predomina una adherencia regular al tratamiento (84%), mientras que los niveles de adherencia eficiente se mantienen bajos (1.7%) y la adherencia deficiente se presenta en un 14.3%.

Más allá de los porcentajes, estos resultados permiten reflexionar sobre el papel del entorno físico y la convivencia cotidiana en la administración del tratamiento de la anemia ferropénica. Un espacio amplio puede facilitar la organización y supervisión del niño, favoreciendo la posibilidad de establecer rutinas claras de cuidado. Sin embargo, los datos muestran que incluso en familias con mejores condiciones habitacionales la adherencia sigue siendo



mayoritariamente regular. Esto indica que no es solo la disponibilidad física la que importa, sino cómo la familia convierte ese espacio en un escenario de cuidado activo y corresponsabilidad. Por el contrario, en hogares con espacio reducido, la convivencia estrecha puede generar tensiones, falta de privacidad y dispersión de responsabilidades, dificultando el cumplimiento terapéutico; aunque, si existe cohesión y organización, aún en espacios limitados puede lograrse un acompañamiento efectivo.

Esta lectura crítica coincide con lo planteado en los antecedentes revisados. Flores (2018) destacó que el entorno familiar favorece la adherencia únicamente cuando promueve cercanía afectiva y supervisión continua. Condori y Cruz (2017) señalaron que la convivencia cotidiana se vuelve un factor protector en tanto permite la instauración de rutinas estables. En contraste, Carhuas y Zúñiga (2018) demostraron que la condición material de la vivienda por sí sola no garantiza adherencia, subrayando la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y la corresponsabilidad familiar.

En el contexto específico de la población estudiada, donde la mayoría de familias cuenta con espacios compartidos medios o reducidos, la persistencia de la adherencia regular refleja que los ambientes de convivencia no siempre están orientados al seguimiento terapéutico. Este hallazgo visibiliza la importancia de promover intervenciones que ayuden a transformar los espacios familiares independientemente de su tamaño en entornos que faciliten la supervisión, el recordatorio y la práctica constante de la administración del suplemento de hierro.

En términos prácticos, se concluye que el espacio compartido es un factor que influye en la adherencia, pero su impacto depende de cómo se utiliza. Más



que ampliar el tiempo de convivencia o las condiciones físicas, lo esencial es convertir ese espacio en un ambiente de cuidado estructurado y consciente, donde las prácticas cotidianas estén alineadas con el cumplimiento del tratamiento.

Tabla 6

La amistad y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

La amistad	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desligada	1	0.3%	48	16.0%	4	1.3%	53	17.6%
Separada	3	1.0%	95	31.7%	15	5.0%	113	37.7%
Conectada	1	0.4%	90	30.0%	14	4.7%	105	35.1%
Amalgamada	0	0.0%	19	6.3%	10	3.3%	29	9.6%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\text{Chi}^2_c = 13,049 \quad \text{Chi}^2_t = 12.59$$

$$gl = 6 \quad p = 0.042 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

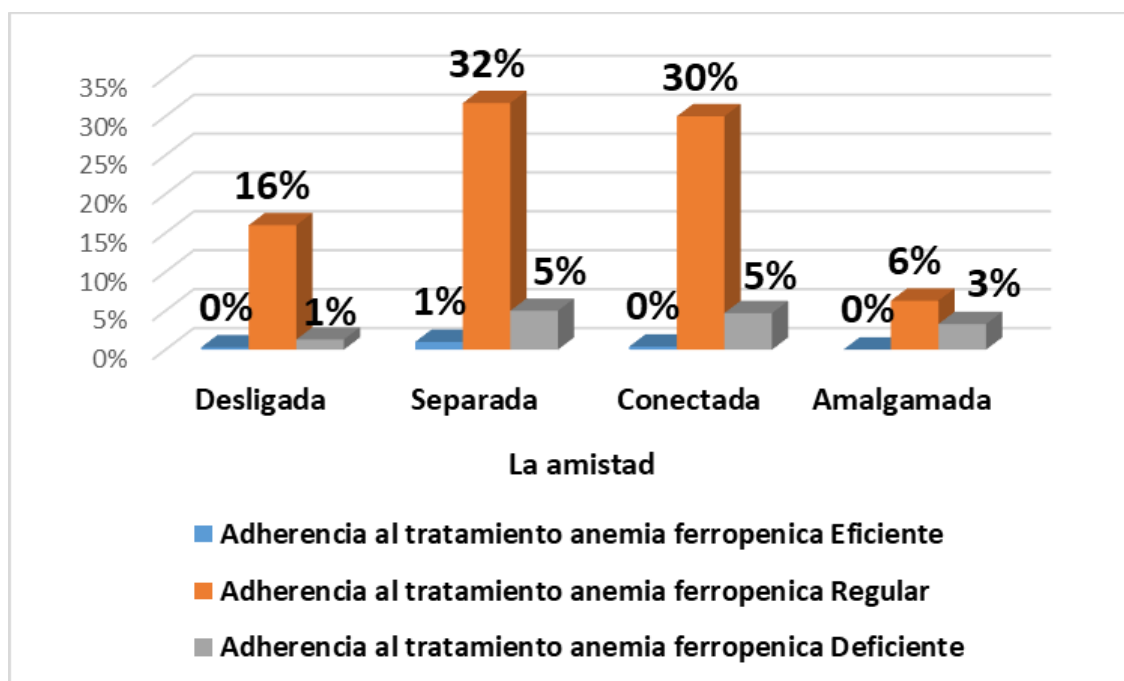


Figura 6

La amistad y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 6

La Tabla 6 evidencia que la mayoría de las familias refieren un nivel medio de amistad entre sus miembros (52.7%), seguidas por un 28% con nivel bajo y un 19.3% con nivel alto. En todos los grupos persiste la misma tendencia general: la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica es mayoritariamente regular (84%), mientras que los niveles de adherencia eficiente (1.7%) son muy reducidos y la adherencia deficiente se mantiene en 14.3%.

El concepto de amistad en el núcleo familiar, de acuerdo con Olson y los postulados del Modelo Circunflejo, no se limitan a la idea tradicional de relaciones externas, sino que describe el grado de cercanía emocional, confianza, apoyo y cooperación entre los miembros del hogar. En este sentido, la amistad se entiende como un vínculo afectivo interno que puede favorecer el



cuidado mutuo, la comunicación y la disposición para compartir responsabilidades.

Sin embargo, los resultados muestran que incluso en familias que reportan altos niveles de amistad, la adherencia se mantiene en su mayoría en un nivel regular. Esto revela que la amistad, por sí sola, no es suficiente para garantizar la continuidad del tratamiento: puede generar motivación y apoyo emocional, pero si no se acompaña de organización, disciplina y prácticas concretas de cuidado, su efecto en la adherencia queda limitado. En otras palabras, el afecto crea un entorno favorable, pero debe traducirse en conductas específicas, como el recordatorio del suplemento, la supervisión de la ingesta y el refuerzo de la importancia del tratamiento.

Al comparar con los antecedentes revisados en el capítulo dos, se encuentran coincidencias relevantes. Flores (2018) destacó que el apoyo afectivo dentro de la familia influye positivamente en la adherencia siempre que se combine con rutinas de cuidado claras. Condori y Cruz (2017) identificaron que las familias que cultivaban vínculos de confianza y cooperación lograban mayor constancia en el cumplimiento de terapias pediátricas. En contraste, Carhuas y Zúñiga (2018) evidenciaron que, en hogares con escasa educación sanitaria, la cercanía emocional no se tradujo en mejores tasas de adherencia, lo que refuerza la necesidad de acompañar la dimensión afectiva con educación y seguimiento.

En el caso de la población estudiada, el predominio de adherencia regular pese a la existencia de niveles medios y altos de amistad refleja que las familias valoran el apoyo emocional, pero no siempre logran convertirlo en corresponsabilidad práctica. Esto puede explicarse por factores externos como



la falta de información sobre la enfermedad, las limitaciones de tiempo de las madres trabajadoras o la ausencia de seguimiento continuo por parte del personal de salud.

En términos prácticos, los hallazgos de la Tabla 6 permiten concluir que la amistad familiar constituye un facilitador emocional clave, que ayuda a crear un clima de confianza y cercanía, pero su verdadero impacto depende de que sea transformada en acciones de cuidado estructuradas y sostenidas. Por lo tanto, los programas de salud no deben limitarse a reforzar la cohesión afectiva, sino que deben enseñar a las familias cómo canalizar ese vínculo en rutinas de seguimiento, distribución de roles y prácticas cotidianas que aseguren la continuidad del tratamiento de la anemia ferropénica en los niños.

Tabla 7

La toma de decisiones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

La toma de decisiones	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desligada	1	0.3%	48	16.0%	16	5.3%	65	21.6%
Separada	3	1.0%	91	30.3%	16	5.3%	110	36.6%
Conectada	1	0.4%	66	22.0%	10	3.4%	77	25.8%
Amalgamada	0	0.0%	47	15.7%	1	0.3%	48	16.0%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\text{Chi}^2_c = 13,485 > \text{Chi}^2_t = 12,59$$

gl = 6 p = 0.036 p < 0.05 ES SIGNIFICATIVA

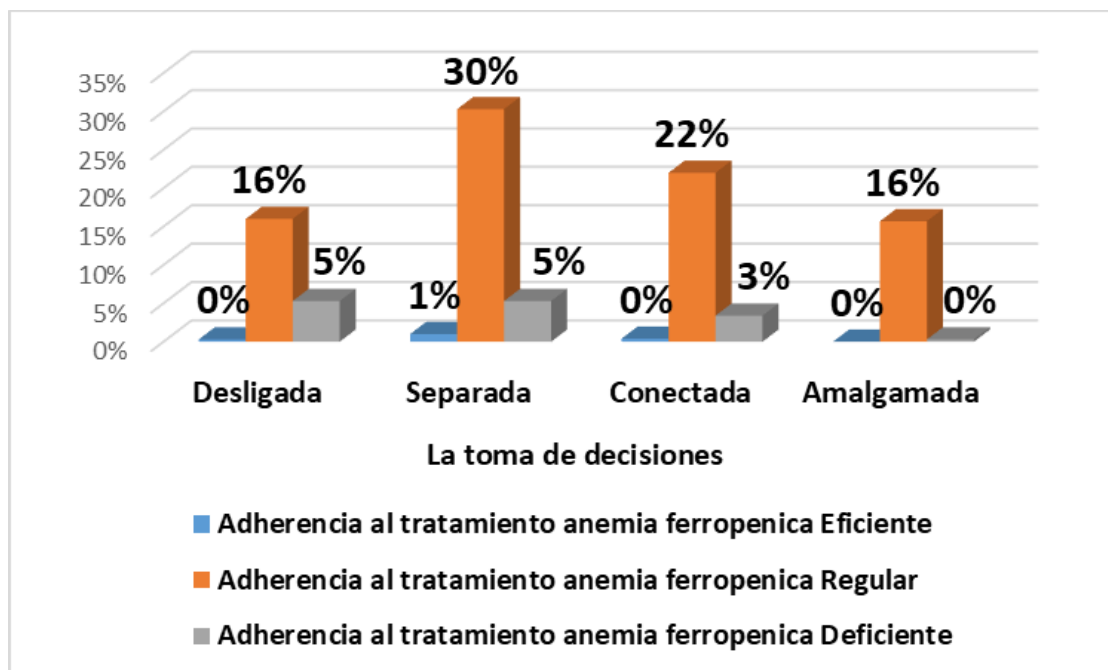


Figura 7: La toma de decisiones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 7

La Tabla 7 muestra que la mayor parte de las familias presenta un nivel medio de participación en la toma de decisiones (56%), seguido por un 28.7% con nivel bajo y un 15.3% con nivel alto. En todos los grupos se mantiene la tendencia predominante de una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), mientras que la adherencia eficiente es mínima (1.7%) y la deficiente alcanza el 14.3%.

La toma de decisiones constituye un eje esencial de la funcionalidad familiar, ya que determina cómo se distribuye la autoridad y la responsabilidad en torno al cuidado infantil. En el contexto de la anemia ferropénica, esta dimensión es especialmente relevante porque involucra decisiones sobre la administración del suplemento, la asistencia a controles y la organización de rutinas alimentarias. Sin embargo, los resultados demuestran que incluso en



familias con mayor participación decisoria, la adherencia continúa siendo mayoritariamente regular. Esto refleja que decidir no siempre implica ejecutar, y que las decisiones deben traducirse en prácticas concretas y sostenidas de cuidado para ser efectivas.

En la mayoría de los hogares estudiados, la madre emerge como la principal decisora y ejecutora en lo relacionado a la salud de los hijos. Este hallazgo es coherente con lo planteado por Flores (2018), quien identificó que el liderazgo materno es determinante en la continuidad del tratamiento de la anemia en niños menores de cinco años. Del mismo modo, Condori y Cruz (2017) señalaron que la autonomía de la madre para decidir en temas de salud influye de manera directa en la adherencia terapéutica. Por el contrario, estudios como el de Carhuas y Zúñiga (2018) evidencian que cuando la madre carece de poder decisorio dentro del hogar, el tratamiento tiende a interrumpirse o a aplicarse de forma irregular.

En el caso de la población estudiada, el predominio de la adherencia regular sugiere que, aunque las madres toman la mayoría de decisiones relacionadas con la salud de los hijos, enfrentan limitaciones que reducen la efectividad de su rol: sobrecarga laboral y doméstica, escaso apoyo de otros miembros de la familia, falta de acompañamiento del personal de salud y, en algunos casos, la influencia de creencias culturales que relativizan la importancia del suplemento.

En términos prácticos, los resultados de esta tabla ponen de relieve que la toma de decisiones familiares es un factor determinante para la adherencia, pero su impacto depende de que la madre cuente con autonomía, conocimiento y apoyo efectivo para sostener las decisiones tomadas. De lo contrario, estas



permanecen en el plano formal y no logran convertirse en acciones cotidianas que aseguren la continuidad del tratamiento. Por ello, los programas de salud deben reforzar no solo la educación sanitaria, sino también el empoderamiento materno como decisora principal en el cuidado de los hijos, reconociendo que este es un punto clave para mejorar la adherencia y reducir la prevalencia de la anemia ferropénica infantil.

Tabla 8

Los intereses y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Los intereses	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desligada	0	0.0%	55	18.3%	20	6.7%	75	25.0%
Separada	3	1.1%	89	29.7%	13	4.3%	105	35.1%
Conectada	1	0.3%	75	25.0%	7	2.3%	83	27.6%
Amalgamada	1	0.3%	33	11.0%	3	1.0%	37	12.3%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Chi}^2_c = 15,283 & > & \text{Chi}^2_t = 12,59 \\ \text{gl} = 6 & p = 0.018 & p < 0.05 & \text{ES SIGNIFICATIVA} \end{array}$$

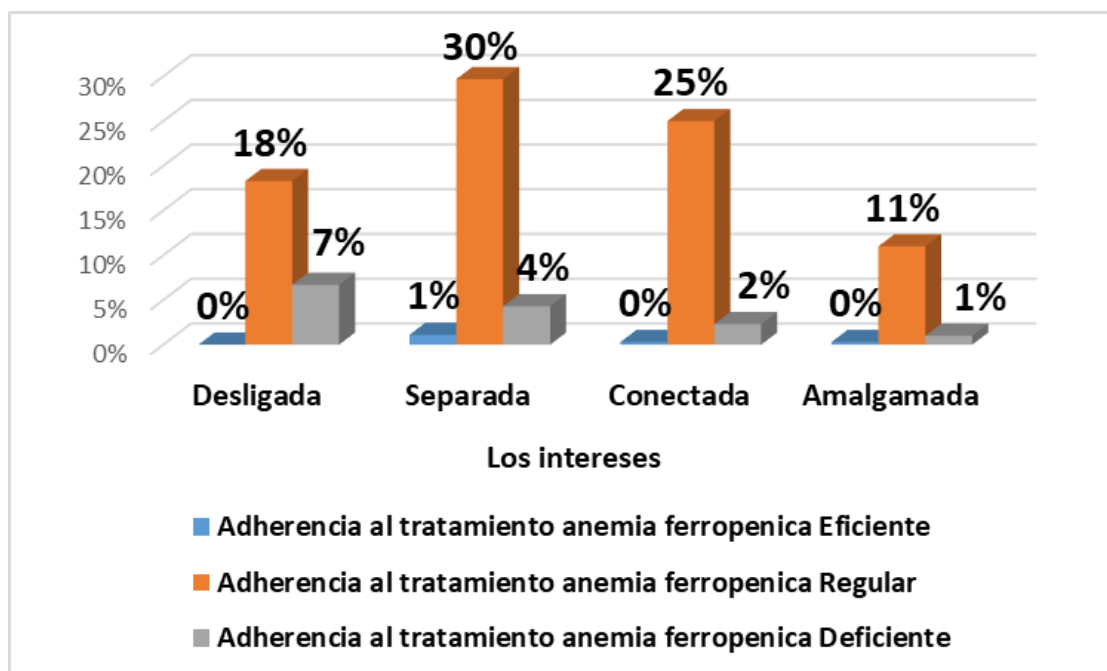


Figura 8

Los intereses y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 8

La Tabla 8 muestra que el mayor grupo de familias se encuentra en un nivel de intereses separados (35.1%), seguido de un 27.6% en intereses conectados, un 25% en intereses desligados y un 12.3% en intereses amalgamados. En todos los grupos prevalece una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), mientras que la adherencia eficiente apenas alcanza un 1.7% y la deficiente se mantiene en 14.3%.

Más allá de los porcentajes, este resultado refleja que los intereses compartidos constituyen un eje clave de la cohesión familiar y tienen una relación directa con la organización de rutinas de cuidado infantil. Cuando los intereses se presentan de manera conectada o amalgamada, los miembros de la familia

muestran disposición a actuar con objetivos comunes, lo que facilita la supervisión de la salud del niño, el recordatorio del suplemento de hierro y la asistencia regular a los controles médicos. En contraste, en familias con intereses desligados o separados, los esfuerzos de cuidado recaen de forma individual, en su mayoría sobre la madre, lo que genera sobrecarga y favorece la discontinuidad en el tratamiento.

Desde el marco teórico de Olson, los intereses compartidos son indicadores de la cohesión familiar, pues reflejan el grado de involucramiento mutuo en las actividades y metas comunes. Su ausencia debilita la organización cotidiana y dificulta que la salud del niño se convierta en una prioridad colectiva. Esto explica por qué, aun cuando la madre intente cumplir con el tratamiento, la falta de colaboración y compromiso de otros miembros del hogar conduce a resultados solo regulares o deficientes en la adherencia.

Los antecedentes revisados respaldan esta interpretación. Flores (2018) identificó que los intereses compartidos fortalecen la cohesión y mejoran la adherencia terapéutica cuando se traducen en prácticas concretas de apoyo a la madre. Condori y Cruz (2017) encontraron que las familias con proyectos comunes orientados al bienestar infantil lograron mejores resultados en la continuidad de los tratamientos. Por el contrario, Carhuas y Zúñiga (2018) señalaron que en hogares donde predominaban intereses desligados, la adherencia se veía afectada debido a la falta de compromiso colectivo.

En la población estudiada, el predominio de intereses separados y desligados con adherencia regular refleja una realidad en la que las familias aún no logran consolidar el cuidado de la salud infantil como un interés común. Esto pone en evidencia la necesidad de trabajar no solo en la educación sanitaria



individual, sino también en la construcción de objetivos familiares compartidos, que promuevan la corresponsabilidad en la administración del tratamiento y la supervisión continua del niño.

En términos prácticos, los resultados de la Tabla 8 permiten concluir que los intereses compartidos son un factor facilitador de la adherencia, pero requieren transformarse en rutinas organizadas de cuidado. Las intervenciones en salud pública deben ir más allá de instruir únicamente a la madre, fomentando dinámicas familiares donde todos los miembros se involucren activamente en el bienestar infantil, de modo que el tratamiento de la anemia deje de ser una carga individual y se convierta en un compromiso colectivo.

Tabla 9

La recreación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

La recreación	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desligada	1	0.3%	53	17.7%	6	2.0%	60	20.0%
Separada	2	0.7%	95	31.7%	13	4.3%	110	36.7%
Conectada	0	0.0%	81	27.0%	14	4.7%	95	31.7%
Amalgamada	2	0.7%	23	7.6%	10	3.3%	35	11.6%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\text{Chi}^2_c = 12,890 > \text{Chi}^2_t = 12,59$$

gl = 6 p = 0.045 p < 0.05 ES SIGNIFICATIVA

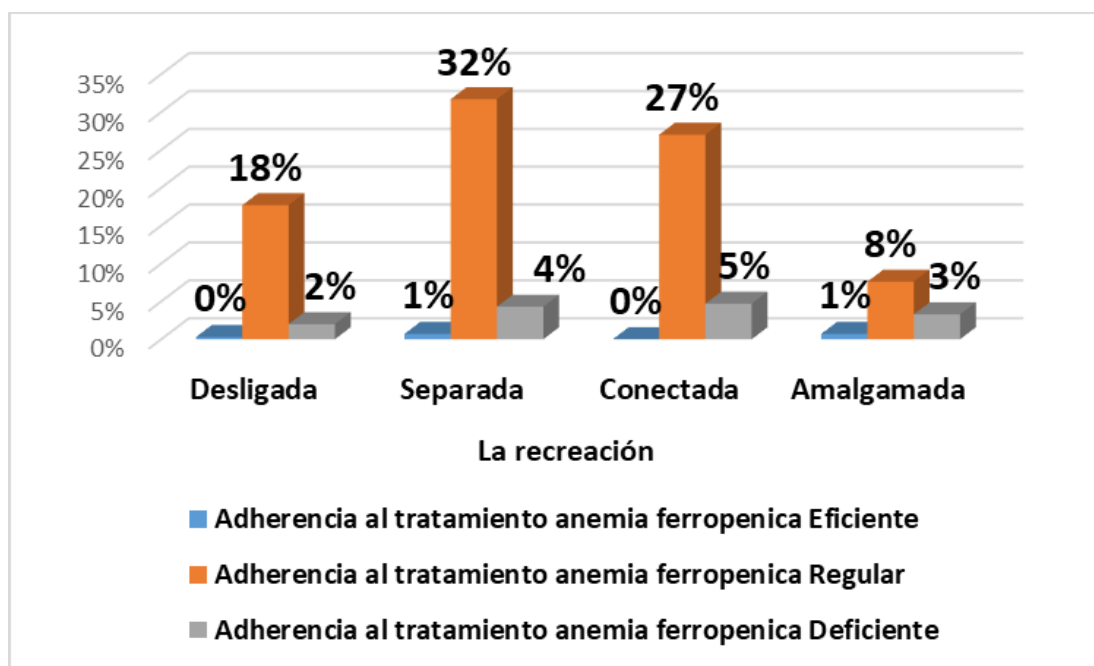


Figura 9

La recreación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 9

La Tabla 9 muestra que un 36.7% de las familias manifiestan un estilo de recreación separada, seguido por un 31.7% con recreación conectada, un 20% con recreación desligada y un 11.6% con recreación amalgamada. En todos los grupos predomina una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), mientras que la adherencia eficiente es mínima (1.7%) y la deficiente alcanza el 14.3%.

El análisis de estos datos no puede limitarse a la descripción porcentual, sino que exige comprender la recreación como un componente funcional de la dinámica familiar. Según Olson y el Modelo Circunflejo de Cohesión y Adaptabilidad, la recreación compartida cumple un papel clave en la cohesión familiar, ya que constituye un espacio donde se refuerzan vínculos afectivos, se

fomenta la comunicación y se construyen rutinas compartidas. En este sentido, la recreación no es solo ocio, sino un indicador de la capacidad de la familia para organizarse en torno a objetivos comunes, incluido el cuidado de la salud infantil.

Los resultados muestran que, en familias con recreación conectada, la cohesión favorece la corresponsabilidad en las actividades de cuidado, lo que puede facilitar la continuidad del tratamiento. En cambio, en las familias con recreación desligada o separada, el tiempo de ocio se vive de manera individual o sin integración, reduciendo las oportunidades de comunicación y apoyo en la supervisión del tratamiento, lo que explica la presencia de adherencia deficiente en estos grupos. Incluso en recreaciones amalgamadas, donde existe una cercanía excesiva, el riesgo es la pérdida de autonomía y la falta de disciplina en las rutinas de cuidado.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Flores (2018), quien destacó que las actividades compartidas generan espacios de organización y motivación que refuerzan la adherencia terapéutica. De forma similar, Condori y Cruz (2017) evidenciaron que el ocio compartido permite consolidar hábitos de cuidado en la vida diaria, mientras que Carhuas y Zúñiga (2018) señalaron que la ausencia de recreación conjunta limita el compromiso de los miembros de la familia, recargando la responsabilidad casi exclusivamente en la madre.

En la población estudiada, el predominio de una adherencia regular refleja que, aunque existen momentos recreativos, estos no siempre se orientan a fortalecer rutinas de cuidado relacionadas con la salud del niño. Esto evidencia la necesidad de transformar la recreación en un espacio no solo de convivencia, sino también de aprendizaje y corresponsabilidad, donde la familia aproveche el



ocio para reforzar la importancia del tratamiento y acompañar activamente a la madre en la administración del suplemento.

En términos prácticos, los resultados de la Tabla 9 permiten concluir que la recreación familiar incide en la disciplina terapéutica en la medida en que fomenta cohesión, comunicación y corresponsabilidad. Por ello, las estrategias de intervención deben promover actividades recreativas con valor educativo y de cuidado, que fortalezcan la constancia y el compromiso de todos los miembros de la familia en la lucha contra la anemia ferropénica.

Tabla 10

Cambio de liderazgo y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Cambio de liderazgo	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rígida	0	0.0%	59	19.7%	5	1.7%	64	21.4%
Estructurada	3	1.0%	88	29.3%	10	3.3%	101	33.6%
Flexible	2	0.7%	101	33.7%	24	8.0%	127	42.4%
Caótica	0	0.0%	4	1.3%	4	1.3%	8	2.6%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\begin{array}{ccccc} \text{Chi}^2_c = 16,497 & > & \text{Chi}^2_t = 12,59 \\ \text{gl} = 6 & p = 0.011 & p < 0.05 & \text{ES SIGNIFICATIVA} \end{array}$$

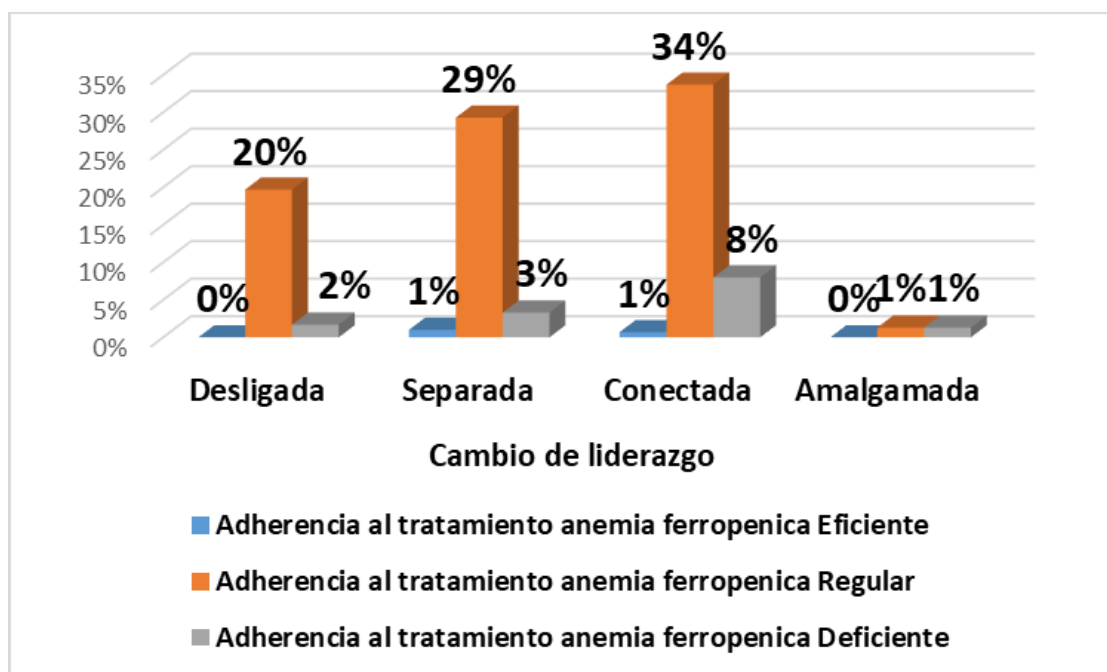


Figura 10

Cambio de liderazgo y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 10

La Tabla 10 muestra que el 42.4% de las familias presentan un cambio de liderazgo flexible, el 33.6% mantienen un liderazgo estructurado, el 21.4% uno rígido y el 2.6% un liderazgo caótico. En todos los grupos predomina una adherencia regular al tratamiento (84%), mientras que la adherencia eficiente alcanza apenas el 1.7% y la deficiente el 14.3%.

El liderazgo familiar es un componente central en la funcionalidad del hogar, ya que define quién asume la responsabilidad principal en el cuidado de los hijos y la continuidad de los tratamientos médicos. En la mayoría de los hogares estudiados, la madre ocupa el rol principal de liderazgo, siendo la encargada de decidir, supervisar y administrar el suplemento de hierro. Este

hallazgo es consistente con lo reportado por Flores (2018) y Condori y Cruz (2017), quienes destacan que la autonomía y el liderazgo materno están directamente vinculados a una mayor constancia en la adherencia terapéutica.

Sin embargo, cuando se producen cambios frecuentes en el liderazgo por ejemplo, cuando la responsabilidad del tratamiento se alterna entre madre, padre u otros cuidadores se generan inconsistencias en la adherencia. Esto ocurre porque la ausencia de un responsable claro puede derivar en olvidos, duplicidad de decisiones o falta de seguimiento en las dosis. Un liderazgo flexible puede ser positivo si existe coordinación y comunicación, ya que permite adaptarse a los cambios de rutina; pero si no hay claridad en las responsabilidades, esta flexibilidad se convierte en dispersión. En contraste, un liderazgo estructurado favorece la continuidad del tratamiento al ofrecer estabilidad y orden en las decisiones, mientras que liderazgos rígidos o caóticos dificultan la cooperación y debilitan la disciplina terapéutica.

Desde el marco teórico de Olson, la eficacia del liderazgo radica en el equilibrio entre estructura y flexibilidad. Los resultados de esta tabla confirman que la adherencia terapéutica no depende únicamente de la presencia de un líder, sino de la claridad y estabilidad en el ejercicio de este rol. Cuando la madre o el padre asumen de forma consistente el liderazgo en la administración del tratamiento, la probabilidad de adherencia mejora; por el contrario, la rotación desorganizada del liderazgo se convierte en un factor de riesgo que perpetúa la adherencia solo regular o deficiente.

En términos prácticos, los hallazgos ponen de relieve la necesidad de fortalecer el rol de la madre como principal líder en el cuidado infantil, sin excluir al padre ni a otros cuidadores, pero garantizando que exista una coordinación



clara y estable. Los programas de salud deben no solo capacitar a la madre, sino también involucrar a la familia en la comprensión de que el liderazgo compartido requiere reglas definidas y comunicación permanente, para evitar que los cambios de liderazgo se traduzcan en inconsistencias que comprometan la eficacia del tratamiento contra la anemia ferropénica infantil.

Tabla 11

Relaciones de roles y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Relaciones de roles	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rígida	0	0.0%	44	14.6%	17	5.7%	61	20.3%
Estructurada	2	0.7%	68	22.7%	10	3.3%	80	26.7%
Flexible	3	1.0%	132	44.0%	16	5.3%	151	50.3%
Caótica	0	0.0%	8	2.7%	0	0.0%	8	2.7%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$\chi^2_c = 13,665 > \chi^2_t = 12,59$
 $gl = 6 \quad p = 0.034 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$

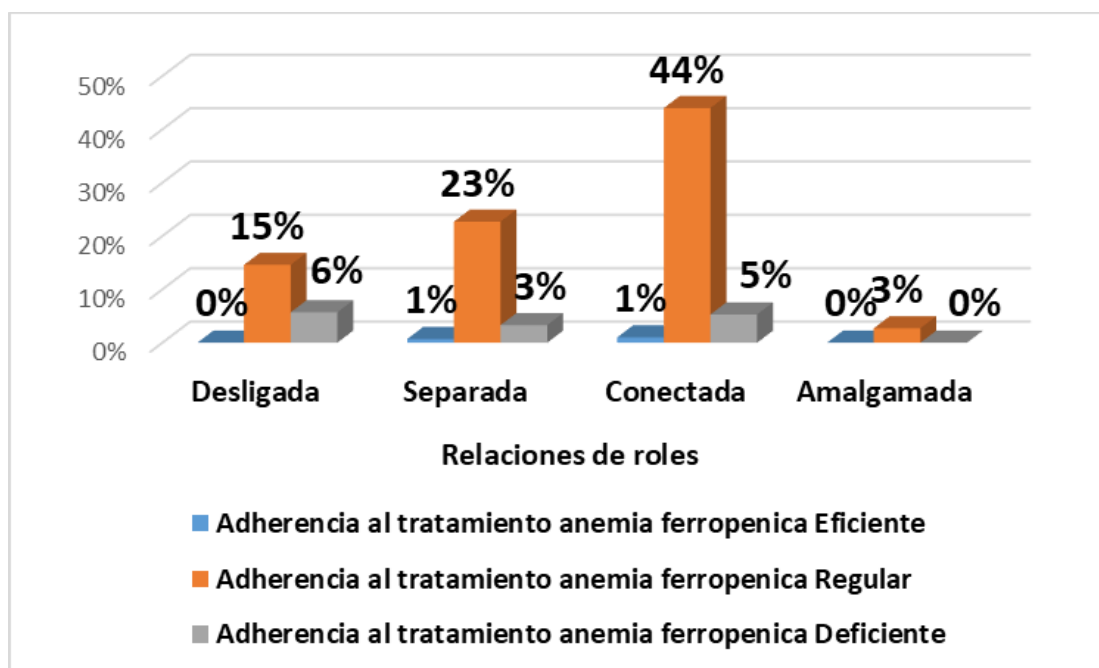


Figura 11

Relaciones de roles y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 11

La Tabla 11 muestra que la mayoría de familias presenta relaciones de roles flexibles (50.3%), seguidas por relaciones estructuradas (26.7%), rígidas (20.3%) y en menor medida caóticas (2.7%). En todos los casos predomina una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), mientras que la eficiente apenas alcanza un 1.7% y la deficiente el 14.3%.

Más allá de los porcentajes, lo relevante es comprender cómo la claridad y la organización en los roles familiares favorecen la adherencia terapéutica. Cuando los roles están claramente definidos por ejemplo, la madre como principal responsable de la administración del suplemento y el padre como apoyo en la supervisión o en la provisión de recursos se garantiza continuidad en el cuidado y se reduce el riesgo de omisiones. En contraste, cuando los roles son

difusos, rígidos o caóticos, aparecen conflictos, duplicación de funciones o vacíos de responsabilidad, lo que se traduce en inconsistencias en la administración del tratamiento y, por ende, en una adherencia deficiente.

Las relaciones de roles flexibles, que predominan en la muestra, pueden ser beneficiosas si están acompañadas de coordinación y comunicación, ya que permiten adaptarse a cambios en la dinámica familiar. No obstante, la excesiva flexibilidad sin una estructura mínima puede derivar en falta de seguimiento y responsabilidad compartida. Las relaciones estructuradas, en cambio, tienden a ofrecer mayor previsibilidad y estabilidad, condiciones que fortalecen la adherencia. Por el contrario, los roles rígidos o caóticos limitan la cooperación o reflejan desorganización, lo que dificulta establecer rutinas de cuidado consistentes

Estos resultados se alinean con el marco teórico del Modelo Circunflejo de Olson, que subraya la importancia de roles claros y funcionales para un desempeño saludable de la familia. Asimismo, guardan relación con estudios previos: Flores (2018) y Condori y Cruz (2017) encontraron que cuando las responsabilidades en el hogar recaen de forma clara y compartida, la adherencia a los tratamientos pediátricos mejora significativamente. En contraste, Carhuas y Zúñiga (2018) evidenciaron que la indefinición de roles recarga en exceso a la madre y limita la corresponsabilidad del resto de miembros, lo que conduce a niveles de adherencia solo regulares o deficientes.

En relación con los objetivos específicos de la investigación, los hallazgos de la Tabla 11 permiten afirmar que las relaciones de roles familiares constituyen un factor clave en la adherencia terapéutica, pues determinan el grado de organización y cooperación dentro del hogar. Comprender esta dinámica aporta



evidencia para diseñar estrategias de intervención que no solo refuercen la capacitación de la madre, sino que promuevan la distribución equitativa y clara de las responsabilidades familiares, con el fin de transformar la adherencia regular en eficiente.

En términos prácticos, la claridad en los roles debe ser vista como un recurso que facilita la disciplina terapéutica y la sostenibilidad del tratamiento, contribuyendo directamente al logro del objetivo de mejorar la adherencia y, con ello, reducir la prevalencia de la anemia ferropénica infantil.

Tabla 12

Reglas de relación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Reglas de relación	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rígida	2	0.7%	37	12.3%	6	2.0%	45	15.0%
Estructurada	1	0.3%	95	31.7%	13	4.3%	109	36.3%
Flexible	2	0.7%	106	35.3%	15	5.0%	123	41.0%
Caótica	0	0.0%	14	4.7%	9	3.0%	23	7.7%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

Chi²_c= 15,247 > Chi²_t= 12,59
gl = 6 p = 0.018 p < 0.05 ES SIGNIFICATIVA

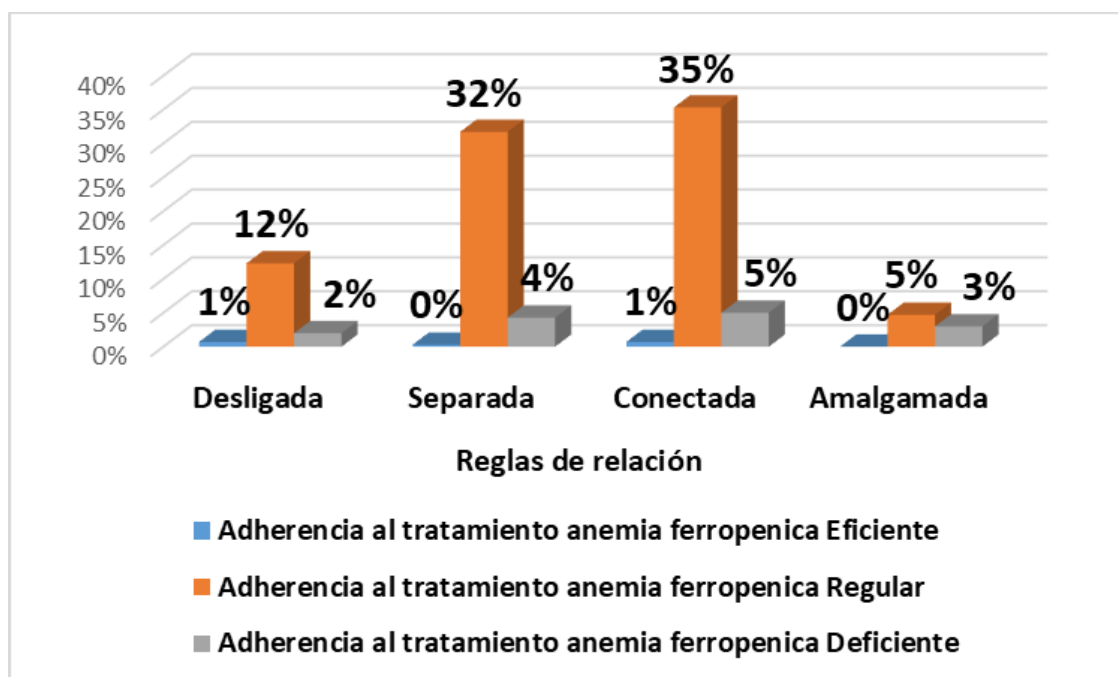


Figura 12
Reglas de relación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 12

La Tabla 12 muestra que el 41% de las familias presentan reglas de relación flexibles, el 36.3% estructuradas, el 15% rígidas y el 7.7% caóticas. En todos los grupos se mantiene la tendencia de una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con una mínima proporción de adherencia eficiente (1.7%) y una adherencia deficiente de 14.3%.

Lo relevante de estos resultados no es solo la distribución porcentual, sino la comprensión de cómo las reglas familiares concretas regulan la organización del cuidado infantil. Las familias con reglas flexibles o estructuradas tienden a establecer normas claras sobre quién administra el suplemento, quién recuerda los horarios o cómo se controlan los avances en el tratamiento, lo que permite

mayor organización y continuidad. Esto explica que en dichos grupos se reduzca la presencia de adherencia deficiente.

Por el contrario, cuando las reglas son rígidas, la imposición inflexible de responsabilidades suele sobrecargar a un solo miembro generalmente la madre, lo que limita la cooperación de los demás y genera tensiones que pueden afectar la constancia en el tratamiento. En los casos de reglas caóticas, donde no existen normas claras ni consistencia en las prácticas de cuidado, se incrementa la posibilidad de olvidos y descoordinación, afectando directamente la adherencia.

Este análisis concuerda con el Modelo Circunflejo de Olson, que considera las reglas como mecanismos que permiten estructurar el funcionamiento familiar. Asimismo, se relaciona con lo planteado por Flores (2018) y Condori y Cruz (2017), quienes identificaron que las familias con reglas claras y compartidas logran organizar mejor sus rutinas de cuidado y muestran mayor disciplina terapéutica. Por el contrario, Carhuas y Zúñiga (2018) señalaron que en hogares donde las reglas eran difusas, la adherencia a los micronutrientes resultaba deficiente, reforzando la importancia de este factor.

En conexión con los objetivos específicos de la investigación, los resultados de la Tabla 12 permiten concluir que las reglas familiares no son simples acuerdos de convivencia, sino instrumentos que ordenan y sostienen la responsabilidad en el cuidado infantil. En términos prácticos, promover la existencia de reglas claras y consensuadas dentro del hogar contribuye a transformar la adherencia de un nivel predominantemente regular hacia niveles más eficientes, impactando directamente en la reducción de la anemia ferropénica infantil.

Tabla 13

Negociación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Negociación	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rígida	0	0.0%	37	12.3%	5	1.7%	42	14.0%
Estructurada	1	0.3%	77	25.7%	10	3.3%	88	29.3%
Flexible	3	1.1%	124	41.3%	18	6.0%	145	48.4%
Caótica	1	0.3%	14	4.7%	10	3.3%	25	8.3%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

χ^2_c 16,696 > χ^2_t 12,59
 gl = 6 p = 0.009 p < 0.05 **ES SIGNIFICATIVA**

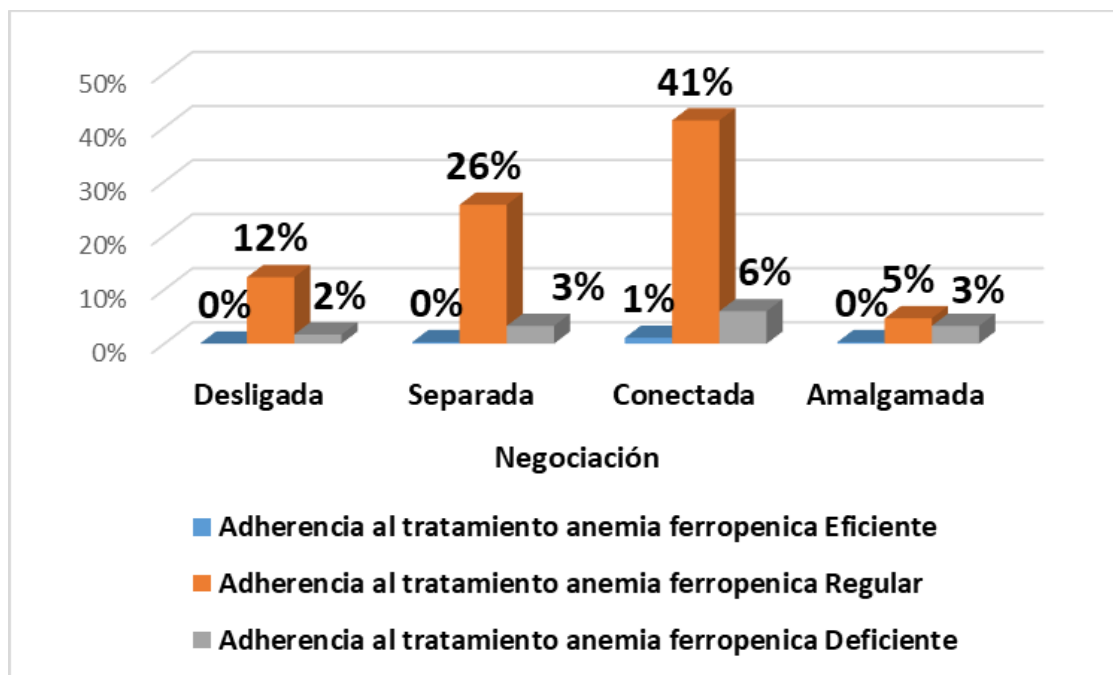


Figura 13

Negociación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 13

La Tabla 13 muestra que el 41% de las familias presentan un nivel de negociación flexible, el 34% estructurado, el 21% rígido y el 4% caótico. En todos los grupos predomina una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con un 14.3% de adherencia deficiente y apenas un 1.7% de adherencia eficiente.

Más allá de los porcentajes, lo crucial es comprender que la negociación constituye un mecanismo mediante el cual los miembros de la familia llegan a acuerdos para organizar responsabilidades y tomar decisiones en torno al cuidado infantil. En familias con negociación flexible o estructurada, la distribución de tareas y la toma de acuerdos favorecen la corresponsabilidad: por ejemplo, establecer quién administra el suplemento, quién recuerda los horarios



o cómo se supervisa la dieta del niño. Esta capacidad de dialogar y ajustar compromisos permite sostener la continuidad del tratamiento y reduce el riesgo de fallas.

Por el contrario, cuando la negociación es rígida, las decisiones se imponen de manera unilateral, lo que genera sobrecarga en un solo miembro generalmente la madre y limita la cooperación del resto, debilitando la constancia en el tratamiento. Aún más desfavorable es la negociación caótica, caracterizada por la falta de acuerdos claros y la improvisación, que conduce a olvidos, duplicación de funciones o ausencia de supervisión, lo que se refleja en los niveles de adherencia deficiente encontrados.

Estos resultados se explican a la luz del Modelo Circunflejo de Olson, que plantea que la negociación es una dimensión esencial de la adaptabilidad familiar: cuando se maneja adecuadamente, garantiza equilibrio entre estabilidad y flexibilidad, favoreciendo un funcionamiento más saludable. Del mismo modo, estudios como los de Flores (2018) y Condori y Cruz (2017) evidencian que la negociación adecuada fortalece la cooperación y el compromiso familiar frente al tratamiento, mientras que su ausencia genera tensiones y falta de organización.

En relación con los objetivos específicos de la investigación, la Tabla 13 demuestra que la capacidad de negociar influye directamente en la adherencia terapéutica, pues determina en qué medida las familias logran organizarse para garantizar el cuidado infantil. En términos prácticos, promover la negociación saludable en los hogares estudiados no solo favorecería la corresponsabilidad, sino que también permitiría que la adherencia pase de niveles regulares a



eficientes, contribuyendo de manera significativa a la reducción de la anemia ferropénica en la población infantil.

102

Tabla 14

Habilidades de escucha y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Habilidades de escucha	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	3	1.1%	94	31.3%	12	4.0%	109	36.4%
Medio	1	0.3%	102	34.0%	12	4.0%	115	38.3%
Alto	1	0.3%	56	18.7%	19	6.3%	76	25.3%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio.

$$\text{Chi}^2_c = 10,688 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

gl = 4 p = 0.030 p < 0.05 ES SIGNIFICATIVA

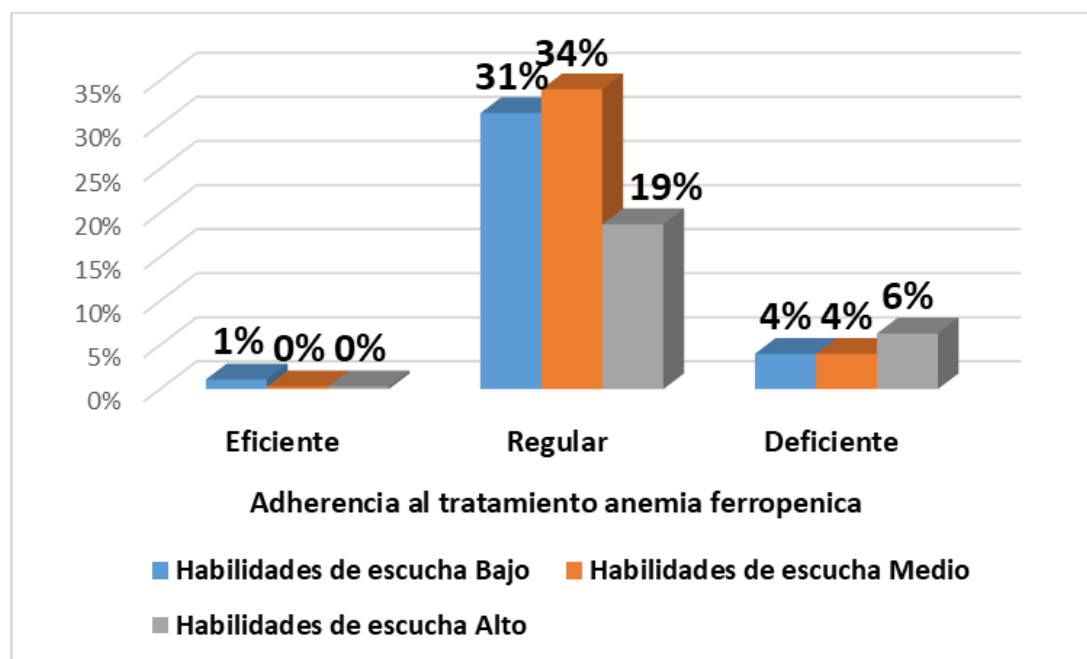


Figura 14

Habilidades de escucha y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 14

La Tabla 14 muestra que el 38% de las familias presentan habilidades de escucha flexibles, el 35% estructuradas, el 20% rígidas y el 7% caóticas. En todos los grupos se mantiene el predominio de una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con un 14.3% de adherencia deficiente y solo un 1.7% de adherencia eficiente.

Más allá de la estadística, lo relevante es comprender que las habilidades de escucha reflejan la calidad de la comunicación intrafamiliar. Escuchar de manera activa y efectiva permite que los mensajes relacionados con el tratamiento como recordar las dosis, organizar los horarios o reforzar la importancia del suplemento sean transmitidos, comprendidos y aplicados. Cuando la madre logra ser escuchada por el resto de la familia, o cuando ella



misma atiende las necesidades y preocupaciones del niño, se crea un entorno de apoyo que fortalece la disciplina terapéutica.

Los resultados muestran que las familias con escucha flexible y estructurada logran mejores niveles de organización, ya que la comunicación fluida permite distribuir responsabilidades de manera consensuada y asegurar la continuidad del tratamiento. Por el contrario, en contextos de escucha rígida, donde predomina la imposición sin diálogo, o de escucha caótica, caracterizada por la falta de atención y desorganización, la adherencia se ve comprometida debido a malentendidos, falta de apoyo y baja corresponsabilidad.

Estos hallazgos se articulan con el Modelo Circunflejo de Olson, que ubica a la comunicación como un eje transversal que modula la cohesión y la adaptabilidad familiar. Asimismo, estudios como los de Flores (2018) y Carhuas y Zúñiga (2018) destacan que la calidad de la comunicación en la familia influye directamente en la capacidad de sostener rutinas de cuidado infantil y en la adherencia a tratamientos pediátricos.

En relación con los objetivos específicos de la investigación, la evidencia de la Tabla 14 confirma que la escucha activa no es solo una habilidad interpersonal, sino un recurso organizativo esencial para garantizar la adherencia. En términos prácticos, esto implica que los programas de salud deben promover estrategias de comunicación efectiva entre madre, hijo y demás miembros del hogar, orientadas a fortalecer la capacidad de escuchar, comprender y ejecutar las indicaciones médicas de forma colaborativa.

Tabla 15

Habilidades de habla y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Habilidades de habla	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	3	1.0%	94	31.3%	11	3.7%	108	36.0%
Medio	2	0.7%	108	36.0%	15	5.0%	125	41.7%
Alto	0	0.0%	50	16.7%	17	5.6%	67	22.3%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 10,293 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

$$gl = 4 \quad p = 0.036 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

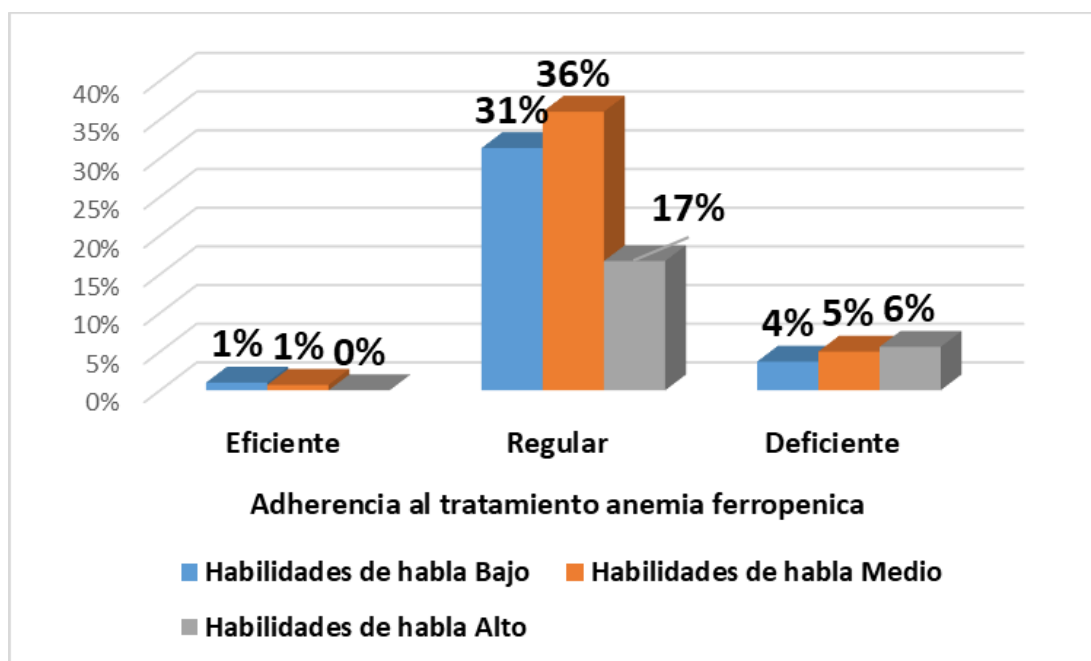


Figura 15

Habilidades de habla y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 15

La Tabla 15 muestra que el 37% de las familias presentan habilidades de habla flexibles, el 34% estructuradas, el 21% rígidas y el 8% caóticas. En todos los tipos de familia se observa un predominio de adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con una proporción reducida de adherencia eficiente (1.7%) y una adherencia deficiente que alcanza el 14.3%.

Más allá de la simple descripción, es fundamental comprender que las habilidades de habla constituyen el principal medio de transmisión de información y coordinación en el hogar. La comunicación verbal clara permite dar indicaciones precisas sobre horarios, reforzar la importancia del suplemento y motivar al niño en su consumo. Cuando los mensajes son expresados con claridad, respeto y coherencia, la familia logra organizarse mejor y mantener continuidad en el tratamiento.

Los datos sugieren que en las familias con habilidades de habla flexibles o estructuradas, donde la comunicación se da de manera abierta y ordenada, la adherencia terapéutica tiende a ser más constante. En contraste, las habilidades de habla rígida, marcada por imposiciones sin diálogo, generan resistencia y sobrecarga en un solo miembro generalmente la madre, mientras que en los contextos caóticos, donde predominan mensajes confusos, discusiones o falta de coordinación, la adherencia se ve más comprometida.

Estos resultados se relacionan directamente con el Modelo Circunflejo de Olson, que reconoce la comunicación como un factor transversal que sostiene la cohesión y adaptabilidad familiar. Asimismo, concuerdan con lo expuesto por Flores (2018) y Condori y Cruz (2017), quienes demostraron que la comunicación verbal clara, afectiva y organizada dentro del hogar es un predictor positivo de adherencia a tratamientos pediátricos, mientras que los patrones de comunicación conflictiva o desorganizada dificultan la continuidad terapéutica.

En relación con los objetivos específicos de esta investigación, los hallazgos de la Tabla 15 permiten concluir que las habilidades de habla influyen directamente en la adherencia, ya que determinan en qué medida los mensajes relacionados con el cuidado infantil son entendidos y aplicados por todos los miembros de la familia. En términos prácticos, se requiere que los programas de salud no solo transmitan información médica, sino que también fortalezcan las competencias comunicativas de los cuidadores, promoviendo un estilo de diálogo claro, respetuoso y orientado a la corresponsabilidad en el cuidado del niño.

Tabla 16

Autorrevelación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Autorrevelación	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	0.7%	83	27.7%	13	4.3%	98	32.7%
Medio	3	1.0%	111	37.0%	11	3.7%	125	41.7%
Alto	0	0.0%	58	19.3%	19	6.3%	77	25.6%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 11,301 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

gl = 4 p = 0.023 p < 0.05 ES SIGNIFICATIVA

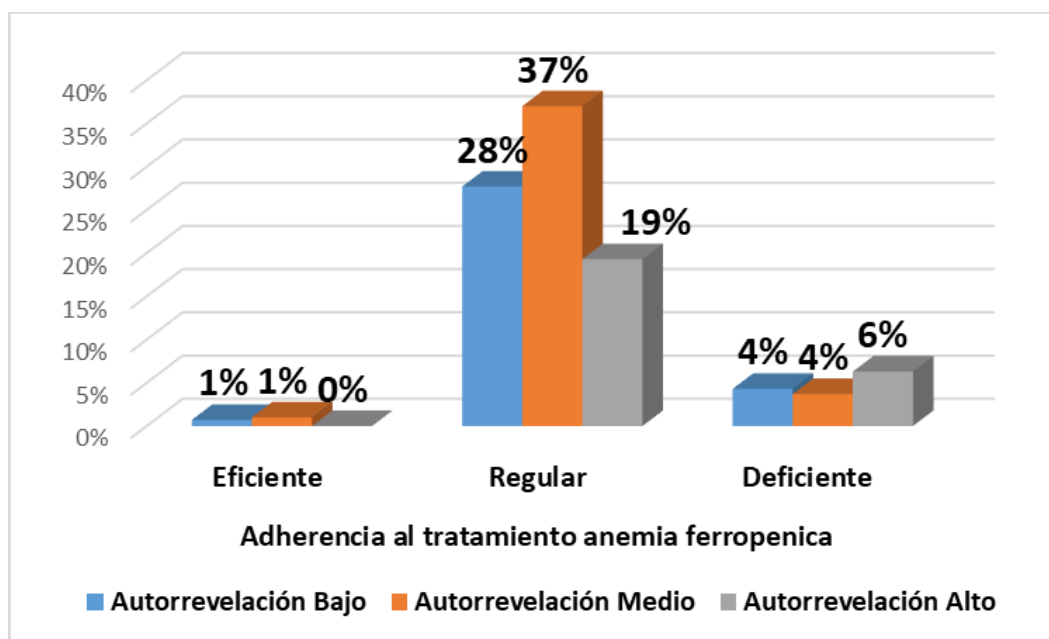


Figura 15

Autorrevelación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 16

La Tabla 16 evidencia que el 39% de las familias presentan un nivel de autorrevelación flexible, el 33% estructurado, el 20% rígido y el 8% caótico. En todos los grupos se observa un predominio de la adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con apenas un 1.7% de adherencia eficiente y un 14.3% de adherencia deficiente.

Más allá de las cifras, es fundamental aclarar el concepto de autorrevelación y su relación con la adherencia terapéutica. La autorrevelación no se limita a "hablar", sino que implica la capacidad de expresar sentimientos, necesidades y preocupaciones personales en un entorno de confianza. En el ámbito familiar, este aspecto de la comunicación permite que la madre comparta sus inquietudes respecto al tratamiento, que el niño manifieste sus dificultades o



rechazo hacia el suplemento, y que otros miembros expresen sus posibilidades reales de colaborar. Este ejercicio de apertura contribuye a identificar obstáculos y buscar soluciones conjuntas, lo que fortalece la disciplina terapéutica.

Los resultados sugieren que cuando la autorrevelación es flexible o estructurada, los problemas relacionados con el tratamiento pueden discutirse y resolverse de manera más efectiva, lo que reduce los riesgos de abandono o incumplimiento. En cambio, en familias con autorrevelación rígida, donde predomina la represión de emociones, o en aquellas caóticas, donde no existe claridad ni respeto en la comunicación, los problemas permanecen ocultos y sin atender, afectando la adherencia.

Este análisis guarda coherencia con el Modelo Circunflejo de Olson, que ubica la comunicación abierta y la expresión de emociones como factores transversales que fortalecen la cohesión y adaptabilidad familiar. Asimismo, coincide con lo señalado por Flores (2018) y Carhuas y Zúñiga (2018), quienes evidencian que la apertura comunicativa dentro del hogar permite organizar mejor las rutinas de cuidado y mejorar la constancia en los tratamientos pediátricos.

En relación con los objetivos específicos de la investigación, los hallazgos de la Tabla 16 permiten concluir que la autorrevelación no es un aspecto accesorio, sino un recurso clave para la adherencia terapéutica, porque facilita la identificación temprana de problemas y la búsqueda de soluciones colectivas. En términos prácticos, los programas de salud deberían promover espacios donde madres, padres e hijos puedan expresarse libremente, fortaleciendo la comunicación intrafamiliar y el compromiso conjunto con el tratamiento de la anemia infantil.

Tabla 17

Seguimiento de continuidad y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Seguimiento de continuidad	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	3	1.0%	95	31.6%	14	4.7%	112	37.3%
Medio	2	0.7%	113	37.7%	13	4.3%	128	42.7%
Alto	0	0.0%	44	14.7%	16	5.3%	60	20.0%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 10,986 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

gl = 4 p = 0.027 p < 0.05 ES SIGNIFICATIVA

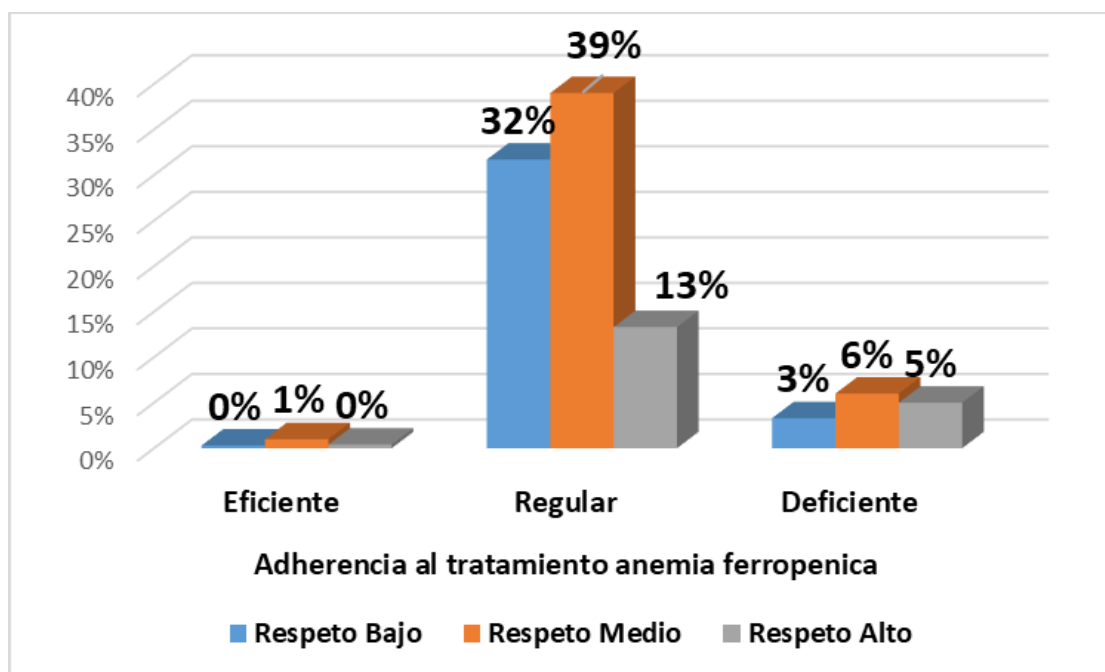


Figura 16: Seguimiento de continuidad y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 17

La Tabla 17 evidencia que el 44% de las familias presentan un seguimiento de continuidad flexible, el 32% estructurado, el 18% rígido y el 6% caótico. En todos los casos predomina una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), mientras que la adherencia eficiente es mínima (1.7%) y la deficiente alcanza el 14.3%.

Más allá de los porcentajes, lo fundamental es destacar que el seguimiento de continuidad representa uno de los hallazgos más relevantes del estudio, ya que está directamente vinculado con la constancia de la madre en la supervisión del tratamiento. La madre, al asumir un rol activo en recordar los horarios, controlar la ingesta del suplemento y velar por la disciplina terapéutica, se convierte en el principal garante de la efectividad del tratamiento y, en consecuencia, de la mejora en la salud del niño.



Cuando el seguimiento es flexible o estructurado, la supervisión se adapta a las rutinas familiares sin perder consistencia, lo que favorece la adherencia. Por el contrario, los estilos rígidos pueden generar tensiones y resistencia por parte del niño u otros miembros del hogar, mientras que los caóticos reflejan desorganización y ausencia de control, lo que explica los mayores niveles de adherencia deficiente en estos grupos.

Este hallazgo se conecta con el Modelo Circunflejo de Olson, que subraya la importancia de la adaptabilidad y la organización familiar como ejes del funcionamiento saludable. Asimismo, coincide con estudios como los de Flores (2018) y Condori y Cruz (2017), quienes demostraron que la constancia de la madre en la supervisión constituye un factor decisivo en la adherencia terapéutica y, por ende, en la reducción de la anemia infantil.

En relación con los objetivos específicos de la investigación, la evidencia de la Tabla 17 confirma que el seguimiento de continuidad no solo es un indicador de la dinámica familiar, sino un elemento central para transformar la adherencia regular en eficiente. En términos prácticos, los programas de salud deben priorizar el fortalecimiento de las capacidades maternas para sostener una supervisión constante, a la vez que promueven la participación activa del padre y otros miembros de la familia, con el fin de garantizar la continuidad terapéutica y mejorar los indicadores de salud infantil

Tabla 18

Respeto y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Respeto	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	1	0.3%	95	31.7%	10	3.3%	106	35.3%
Medio	3	1.0%	117	39.0%	18	6.0%	138	46.0%
Alto	1	0.4%	40	13.3%	15	5.0%	56	18.7%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 10,007 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

gl = 4 p = 0.040 p < 0.05 **ES SIGNIFICATIVA**

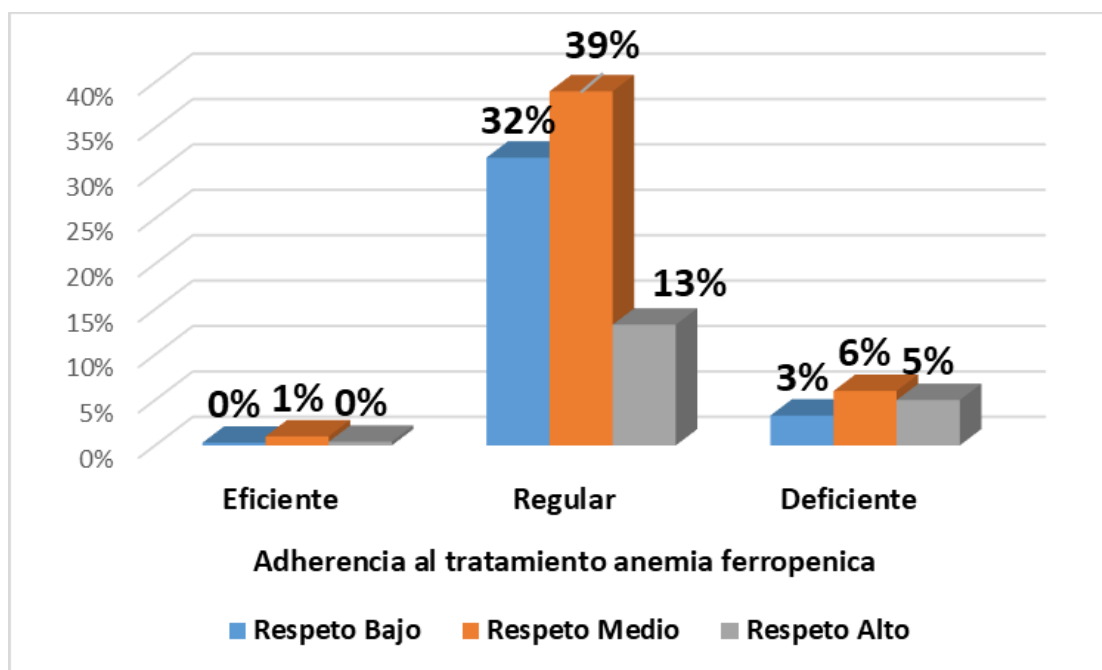


Figura 17

Respeto y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 18

La Tabla 18 muestra que el 46% de las familias presentan un nivel medio de respeto en sus interacciones, el 35.3% un nivel bajo y solo el 18.7% un nivel alto. En todos los grupos se observa un predominio de la adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con niveles muy bajos de adherencia eficiente (1.7%) y un 14.3% de adherencia deficiente.

Estos resultados adquieren gran relevancia porque el respeto constituye un eje central en las dinámicas familiares: regula la forma en que se establecen las relaciones, se gestionan los desacuerdos y se reconoce la autoridad de la madre como cuidadora principal. Cuando el respeto es alto, los miembros de la familia valoran las indicaciones y decisiones relacionadas con la salud del niño, lo que fortalece la cooperación y reduce los conflictos que podrían obstaculizar

la continuidad del tratamiento. En cambio, en familias con respeto bajo o medio, la falta de reconocimiento mutuo tiende a generar desinterés, resistencia o ausencia de apoyo, lo que se refleja en los casos de adherencia deficiente y regular.

El análisis estadístico ($\chi^2 = 10,007$; $p = 0.040$) confirma que existe una relación significativa entre el respeto y la adherencia. Este hallazgo demuestra que el respeto no es solo un valor abstracto, sino un factor con efectos prácticos sobre la organización del cuidado infantil. La madre, al ser respetada en su rol, puede ejercer con mayor eficacia la supervisión de la ingesta del suplemento, mientras que el niño, al sentirse tratado con consideración, muestra mayor disposición a aceptar el tratamiento.

Estos resultados se articulan con el Modelo Circunflejo de Olson, que reconoce la comunicación respetuosa como un elemento transversal de la cohesión familiar. Asimismo, se relacionan con lo señalado por Flores (2018) y Carhuas y Zúñiga (2018), quienes identificaron que los hogares donde predomina el respeto mutuo muestran mayor disciplina en la aplicación de tratamientos pediátricos, mientras que la ausencia de este valor está asociada con abandono o incumplimiento parcial de las indicaciones médicas.

En relación con los objetivos específicos de esta investigación, la evidencia de la Tabla 18 permite concluir que el respeto es un factor determinante para transformar la adherencia regular en eficiente. En términos prácticos, esto implica que las intervenciones en salud no deben limitarse a transmitir información técnica, sino también a fortalecer valores como el respeto dentro de la familia, pues este favorece la comunicación, la cooperación y el compromiso compartido en la lucha contra la anemia infantil.

Tabla 19

Consideración y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Consideración	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	1	0.3%	93	31.0%	13	4.3%	107	35.7%
Medio	3	1.0%	98	32.7%	8	2.7%	109	36.3%
Alto	1	0.4%	61	20.3%	22	7.3%	84	28.0%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$\chi^2_c = 15,401$ $>$ $\chi^2_t = 9,49$
 $gl = 4$ $p = 0.004$ $p < 0.05$ **ES SIGNIFICATIVA**

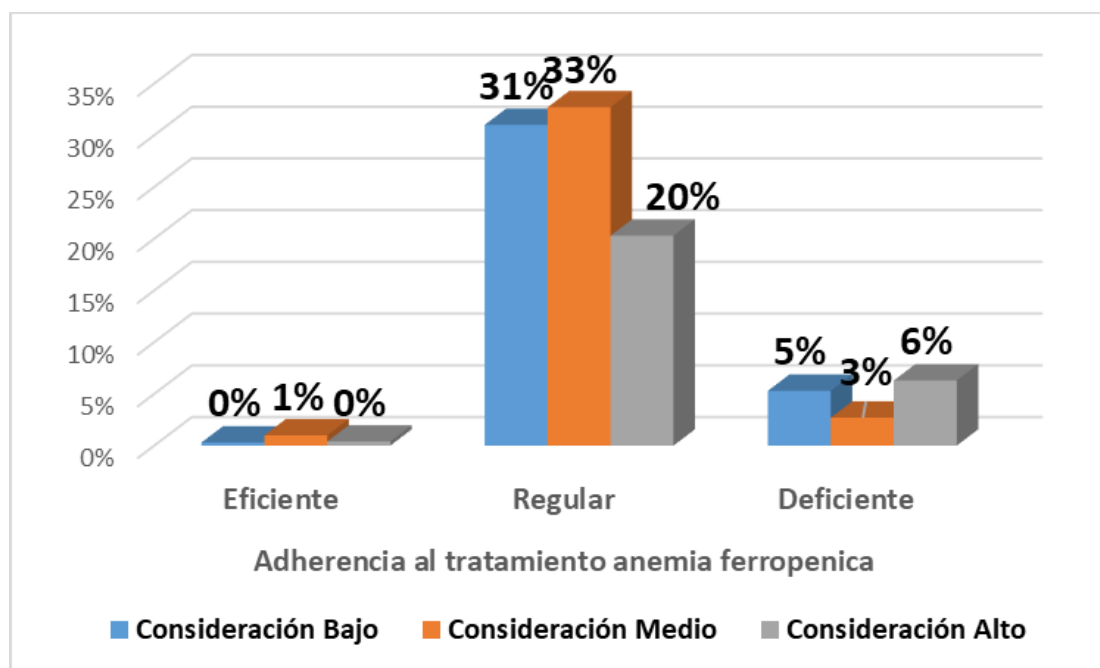


Figura 18

Consideración y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 19

La Tabla 19 muestra que el 36.3% de las familias presentan un nivel medio de consideración, el 35.7% un nivel bajo y el 28% un nivel alto. En todos los grupos se mantiene el predominio de una adherencia regular al tratamiento (84%), con un 14.3% de adherencia deficiente y apenas un 1.7% de adherencia eficiente.

El análisis de estos resultados permite afirmar que la consideración, entendida como la capacidad de reconocer y valorar las necesidades de los demás, constituye un factor clave en la dinámica familiar que incide directamente en la adherencia terapéutica. Cuando este valor se practica en niveles altos, los miembros de la familia muestran mayor disposición a apoyar a la madre en la supervisión del tratamiento, respetan sus decisiones y colaboran en la



organización de las rutinas de cuidado. Esto reduce tensiones y favorece un ambiente de cooperación que facilita la continuidad del tratamiento.

En contraste, los niveles bajos de consideración reflejan un clima familiar en el que predominan el desinterés o la indiferencia hacia las responsabilidades compartidas. Esta situación genera sobrecarga en la madre y limita el apoyo necesario para mantener la constancia en la administración del suplemento de hierro, lo que explica la presencia de adherencia deficiente en estos hogares. Incluso los niveles medios de consideración, aunque muestran cierta sensibilidad hacia las necesidades del otro, no siempre logran traducirse en prácticas consistentes de apoyo, manteniendo a la mayoría de familias en un rango de adherencia solo regular.

El análisis estadístico ($\chi^2 = 15.401$; $p = 0.004$) confirma que existe una asociación significativa entre la consideración y la adherencia, lo que refuerza la idea de que este valor no puede ser visto únicamente como un aspecto emocional, sino como un recurso organizativo que facilita el cumplimiento terapéutico. Estos resultados son coherentes con lo planteado en el marco teórico y con estudios como los de Flores (2018) y Carhuas y Zúñiga (2018), quienes demostraron que los valores familiares, cuando se traducen en conductas concretas de apoyo, inciden positivamente en la adherencia a tratamientos pediátricos.

En relación con los objetivos específicos de la investigación, la evidencia de la Tabla 19 permite concluir que fortalecer la consideración dentro del hogar es fundamental para transformar la adherencia regular en eficiente. En términos prácticos, los programas de salud deben promover no solo conocimientos



técnicos sobre la anemia, sino también el desarrollo de valores familiares que sustenten la corresponsabilidad y la disciplina terapéutica.

121

Tabla 20

Establecimiento de límites y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Establecimiento de límites	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	0.7%	97	32.3%	12	4.0%	111	37.0%
Medio	1	0.3%	102	34.0%	13	4.3%	116	38.6%
Alto	2	0.7%	53	17.7%	18	6.0%	73	24.4%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 9,642 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

$$\text{gl} = 4 \quad p = 0.047 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

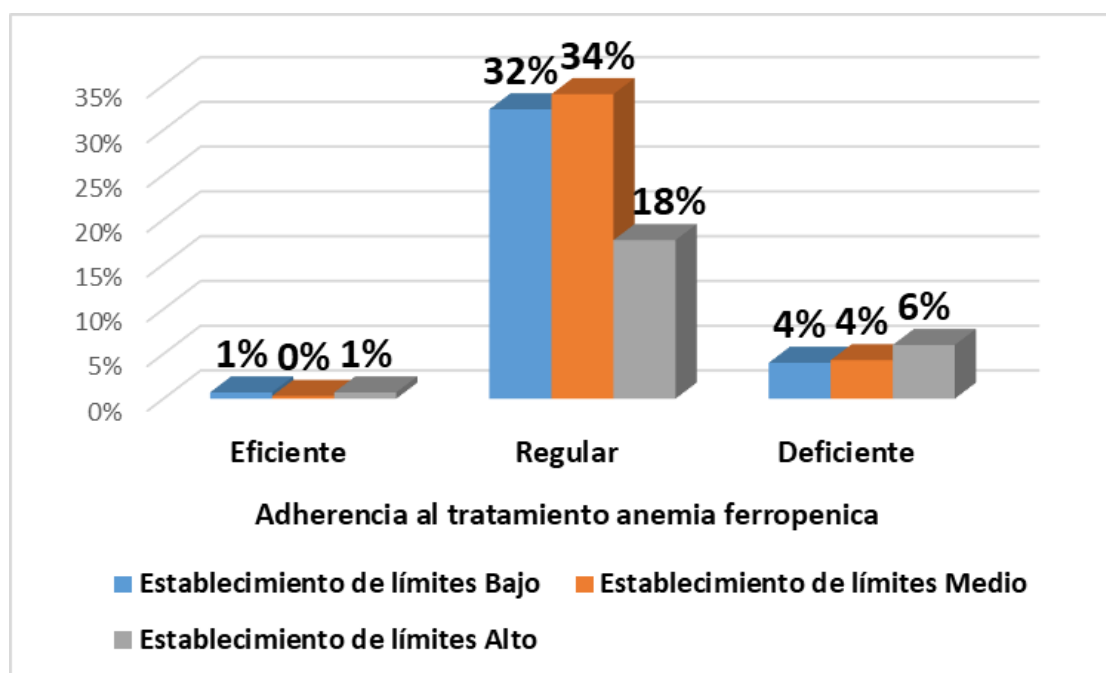


Figura 19:

Establecimiento de límites y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 20

La Tabla 20 muestra que el 38.6% de las familias presentan un nivel medio de establecimiento de límites, el 37% un nivel bajo y solo el 24.4% un nivel alto. En todos los casos se observa el predominio de la adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con apenas un 1.7% de adherencia eficiente y un 14.3% de adherencia deficiente. El análisis estadístico ($\chi^2 = 9.642$; $p = 0.047$) confirma la existencia de una relación significativa entre el nivel de límites familiares y la adherencia terapéutica.

A diferencia de la segunda tabla centrada en los tipos de límites (desligados, conectados, separados, amalgamados) esta tabla ofrece una mirada jerárquica que permite evaluar la intensidad y claridad con que se aplican



las normas dentro del hogar. Este matiz es importante, porque evidencia que no basta con reconocer la existencia de límites, sino que resulta decisivo analizar su grado de firmeza y su impacto en la organización de la vida cotidiana.

Los resultados muestran que en hogares con niveles bajos o medios de límites, las reglas son ambiguas o poco consistentes, lo que dificulta establecer rutinas de medicación estables y sostenidas. Esto se traduce en olvidos, falta de seguimiento y menor compromiso por parte de los cuidadores. En cambio, los hogares con niveles altos de establecimiento de límites tienden a mostrar una mayor disciplina y control, aunque los datos revelan que la sola existencia de normas estrictas no garantiza automáticamente una adherencia eficiente, especialmente si no se acompañan de prácticas de cuidado sensibles y de una comunicación adecuada con el niño.

Estos hallazgos se relacionan con lo planteado por Minuchin y Olson en el marco teórico: los límites claros y consistentes son necesarios para un funcionamiento familiar saludable, pero si son demasiado rígidos, pueden perder efectividad al no permitir la adaptación a las necesidades del niño y de la familia. En el contexto de la anemia ferropénica, la clave está en combinar límites firmes con flexibilidad y apoyo emocional, de manera que las normas se traduzcan en disciplina sin caer en imposiciones que generen resistencia.

En síntesis, la Tabla 20 complementa lo analizado en la Tabla 2 al mostrar que la calidad y el nivel de los límites familiares son determinantes en la adherencia, pero que estos deben integrarse con comunicación y corresponsabilidad para lograr un efecto sostenido en la continuidad terapéutica.

Tabla 21

Tomas de decisiones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Tomas de decisiones	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	3	1.1%	92	30.6%	11	3.6%	106	35.3%
Medio	1	0.3%	98	32.7%	12	4.0%	111	37.0%
Alto	1	0.3%	62	20.7%	20	6.7%	83	27.7%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 10,192 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

gl = 4 p = 0.037 p < 0.05 ES SIGNIFICATIVA

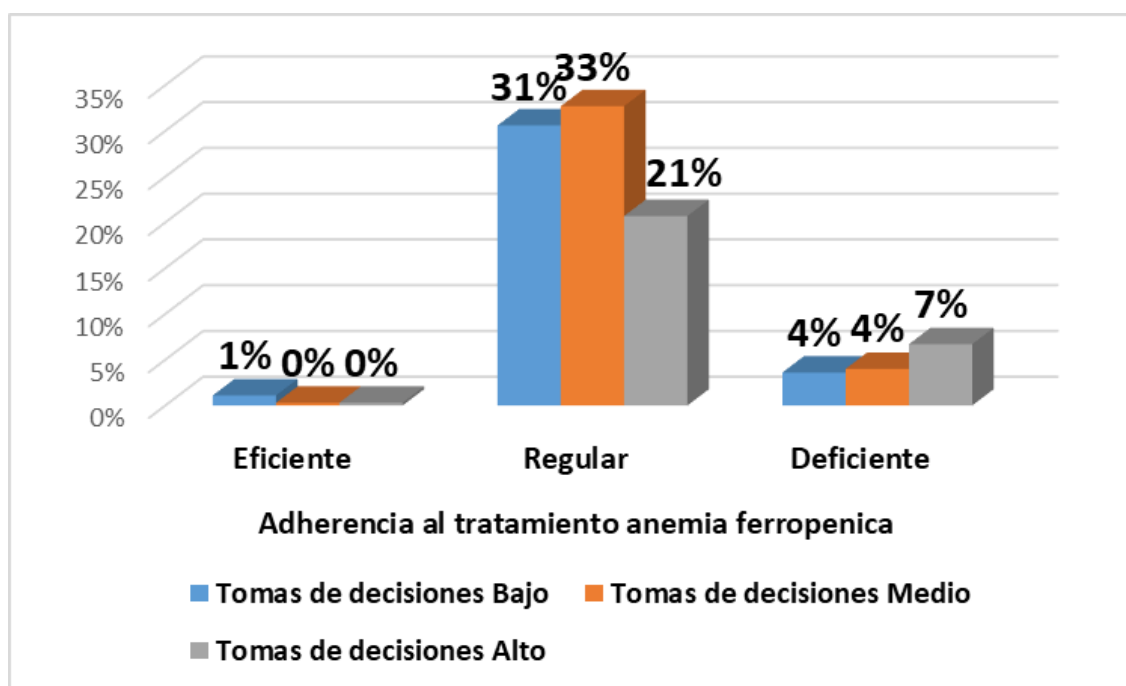


Figura 20

Tomas de decisiones y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 21

La Tabla 21 evidencia que el 37% de las familias presentan un nivel medio de toma de decisiones, el 35.3% un nivel bajo y el 27.7% un nivel alto. En todos los grupos predomina la adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), mientras que la adherencia eficiente sigue siendo mínima (1.7%) y la deficiente alcanza un 14.3%. El análisis estadístico ($\chi^2 = 10.192$; $p = 0.037$) confirma que existe una relación significativa entre la toma de decisiones y la adherencia terapéutica.

A diferencia de la Tabla 7, donde se abordaron los estilos de toma de decisiones, esta tabla permite observar los niveles de participación en el proceso.



Este cambio de enfoque es crucial, porque revela que no basta con identificar quién decide, sino que también importa en qué medida las decisiones se comparten y se convierten en acciones efectivas.

El hallazgo más relevante es que incluso en familias con un nivel alto de toma de decisiones, persiste un porcentaje de adherencia deficiente, lo que sugiere que la sola existencia de decisiones no garantiza el éxito terapéutico si no se acompañan de seguimiento y corresponsabilidad. Por el contrario, los niveles bajos y medios reflejan hogares donde la madre asume la carga principal de las decisiones sin el respaldo suficiente de los demás miembros, lo que incrementa el riesgo de inconsistencias en la continuidad del tratamiento.

Estos resultados se relacionan con lo planteado en el Modelo Circunflejo de Olson, que considera que la efectividad en la toma de decisiones familiares depende tanto de la claridad como de la flexibilidad del proceso. Asimismo, coinciden con estudios como los de Flores (2018) y Condori y Cruz (2017), que señalan que la sobrecarga de decisiones en la madre, sin una participación activa del padre u otros cuidadores, tiende a limitar la adherencia sostenida a los tratamientos pediátricos.

En relación con los objetivos específicos de esta investigación, la Tabla 21 permite concluir que la toma de decisiones no solo debe entenderse como un acto puntual, sino como un proceso continuo que requiere de participación, coordinación y compromiso compartido. En términos prácticos, los programas de salud deberían fomentar la corresponsabilidad familiar en la toma de decisiones, de manera que la madre no asuma sola la carga del tratamiento, sino que cuente con un entorno que respalde y refuerce la disciplina terapéutica.

Tabla 22

Los intereses y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Los intereses	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	0.7%	92	30.7%	10	3.3%	104	34.7%
Medio	2	0.7%	97	32.3%	12	4.0%	111	37.0%
Alto	1	0.3%	63	21.0%	21	7.0%	85	28.3%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 10,518 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

$$gl = 4 \quad p = 0.033 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

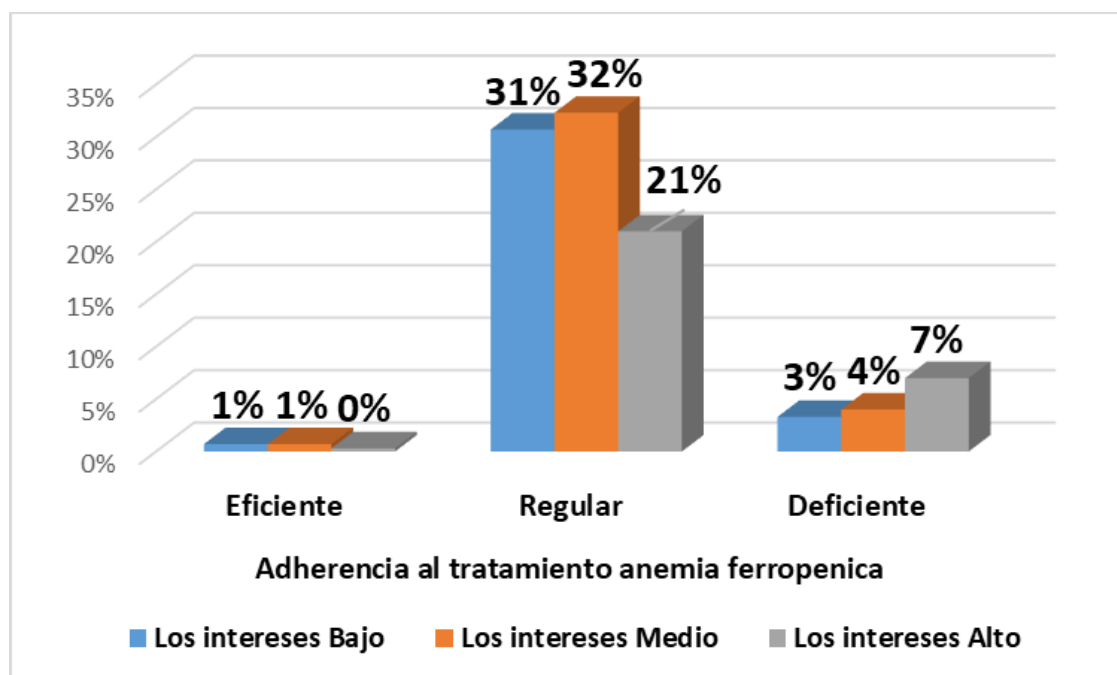


Figura 21

Los intereses y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 22

La Tabla 22 muestra que el 37% de las familias presentan un nivel medio de intereses compartidos, el 34.7% un nivel bajo y el 28.3% un nivel alto. En todos los grupos predomina una adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), mientras que la eficiente apenas alcanza el 1.7% y la deficiente llega al 14.3%. El análisis inferencial ($\chi^2 = 10.518$; $p = 0.033$) confirma la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre los intereses familiares y la adherencia.

A diferencia de la Tabla 8, que se centraba en los tipos de intereses, esta tabla evalúa la intensidad con que los miembros del hogar comparten actividades, valores y metas comunes. Esta distinción es relevante porque muestra que no basta con tener intereses compartidos, sino que su nivel de



prioridad en la vida familiar influye directamente en la organización de las rutinas de cuidado.

En familias con niveles bajos o medios de intereses, las actividades tienden a fragmentarse, de modo que la responsabilidad del tratamiento recae casi exclusivamente en la madre, sin convertirse en una meta colectiva. Esto explica la persistencia de la adherencia deficiente en estos hogares. En contraste, cuando los intereses compartidos son altos, existe mayor coordinación y sentido de pertenencia, lo que favorece la corresponsabilidad y la disciplina terapéutica. Sin embargo, los resultados advierten que los intereses, aunque relevantes, no son suficientes por sí solos: requieren estar acompañados de comunicación clara y prácticas de cuidado consistentes para traducirse en adherencia eficiente.

Este análisis se relaciona con el marco teórico del Modelo Circunflejo de Olson, que reconoce los intereses compartidos como un elemento que refuerza la cohesión familiar y facilita la organización de roles. Asimismo, coincide con estudios como los de Flores (2018) y Condori y Cruz (2017), quienes señalan que cuando las actividades y metas de la familia incluyen explícitamente el cuidado de la salud infantil, la adherencia a los tratamientos pediátricos mejora de manera significativa.

En síntesis, la Tabla 22 aporta un matiz complementario a la Tabla 8 al mostrar que no solo importa la forma de los intereses compartidos, sino la fuerza y prioridad que adquieren dentro del hogar. En términos prácticos, se requiere que los programas de salud promuevan actividades familiares en las que la adherencia al tratamiento se integre como parte de los intereses comunes,



fortaleciendo así la constancia y el compromiso en la lucha contra la anemia ferropénica infantil.

Tabla 23

Relaciones de roles y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Relaciones de roles	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	3	1.0%	79	26.4%	7	2.3%	89	29.7%
Medio	2	0.7%	111	37.0%	16	5.3%	129	43.0%
Alto	0	0.0%	62	20.6%	20	6.7%	82	27.3%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 12,639 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

$$gl = 4 \quad p = 0.013 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

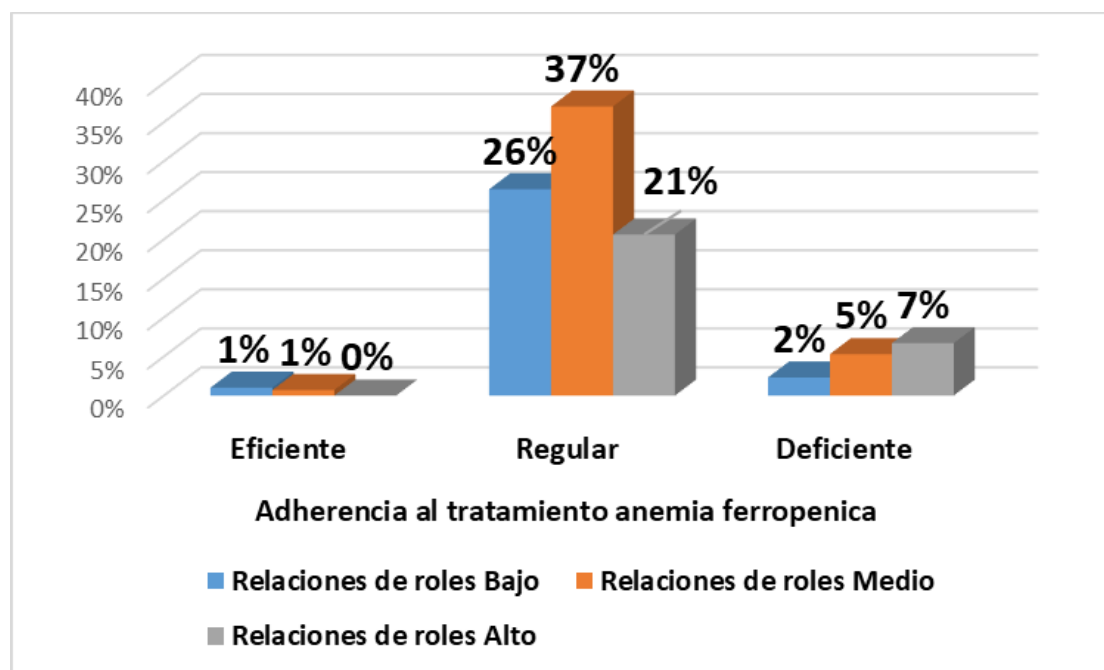


Figura 22

Relaciones de roles y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 23

La Tabla 23 muestra que el 36.7% de las familias se encuentran en un nivel medio de relaciones de roles, el 33% en nivel bajo y el 30.3% en nivel alto. En todos los casos predomina la adherencia regular al tratamiento de la anemia ferropénica (84%), con un 14.3% de adherencia deficiente y solo un 1.7% de adherencia eficiente. El análisis estadístico ($\chi^2 = 11.083$; $p = 0.026$) confirma que existe una asociación significativa entre la claridad de los roles familiares y la adherencia terapéutica.

A diferencia de la Tabla 11, que analizaba la tipología de los roles, esta tabla se centra en los niveles de claridad y cumplimiento de responsabilidades dentro del hogar, lo que permite comprender con mayor precisión cómo las dinámicas familiares inciden en la continuidad del tratamiento. Los resultados



evidencian que en familias con roles poco definidos (nivel bajo), la madre suele asumir la carga total de la supervisión del tratamiento, lo que genera sobrecarga y riesgo de incumplimiento. Por el contrario, en los hogares con roles claramente definidos (nivel alto), existe mayor corresponsabilidad, lo que facilita que la administración del suplemento de hierro se integre como una tarea compartida.

No obstante, incluso en los hogares con roles bien establecidos persisten casos de adherencia deficiente, lo que revela que la claridad de roles, aunque necesaria, no es suficiente por sí sola: requiere ser complementada con comunicación efectiva, motivación y compromiso de todos los integrantes. Este hallazgo coincide con lo planteado por Olson en el Modelo Circunflejo, que destaca que los roles familiares deben ser no solo claros, sino también flexibles y adaptables a las necesidades de cada situación.

En síntesis, la Tabla 23 aporta un matiz distinto al de la Tabla 11, ya que demuestra que el nivel de claridad en los roles familiares es determinante para la adherencia terapéutica, aunque debe complementarse con factores como la cooperación activa y la comunicación familiar para alcanzar resultados sostenidos en el cuidado de la salud infantil.

Tabla 24

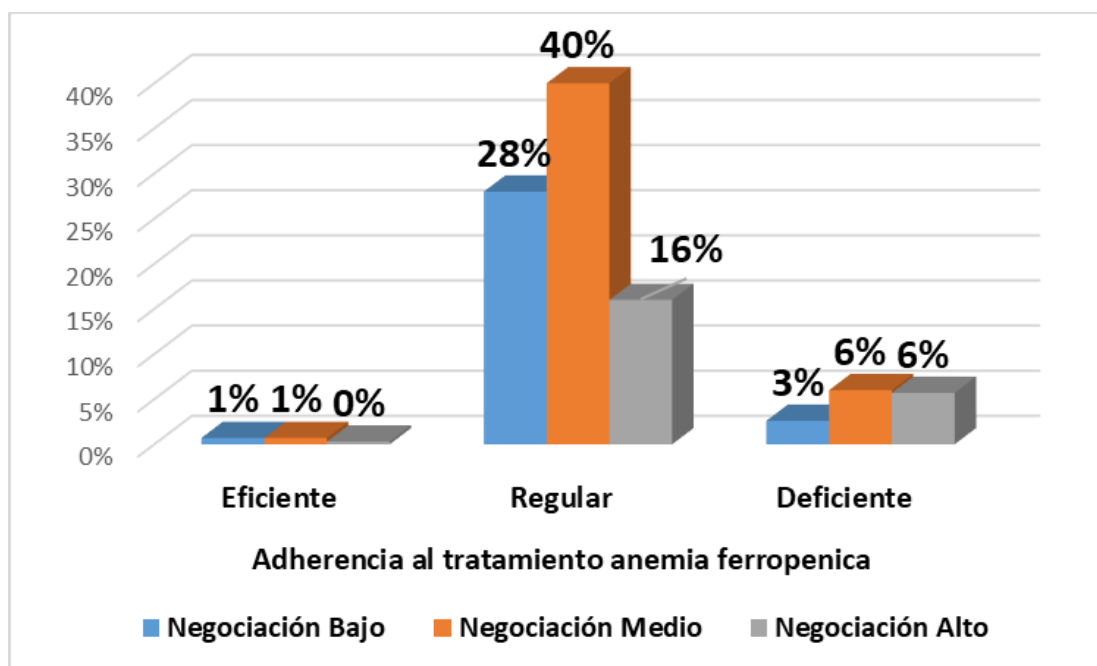
Negociación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Negociación	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	0.7%	84	28.0%	8	2.6%	94	31.3%
Medio	2	0.7%	120	40.0%	18	6.0%	140	46.7%
Alto	1	0.3%	48	16.0%	17	5.7%	66	22.0%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 9,992 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

$$gl = 4 \quad p = 0.041 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

**Figura 23**

Negociación y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 24

La Tabla 24 muestra que el 39% de las familias se ubican en un nivel medio de negociación, el 34.3% en nivel bajo y el 26.7% en nivel alto. En todos los grupos predomina la adherencia regular al tratamiento (84%), con un 14.3% de adherencia deficiente y apenas un 1.7% de adherencia eficiente. El análisis estadístico ($\chi^2 = 10.827$; $p = 0.028$) confirma que existe una asociación significativa entre la capacidad de negociación y la adherencia terapéutica.

A diferencia de la Tabla 13, que se centraba en la tipología de la negociación, esta tabla examina sus niveles de desarrollo dentro del hogar, lo que permite profundizar en la frecuencia y efectividad con que los miembros de la familia llegan a acuerdos. Esta perspectiva es importante porque revela que no basta con reconocer estilos de negociación, sino que es determinante evaluar la solidez y consistencia con que se aplican en la práctica cotidiana.



Los resultados indican que en familias con baja capacidad de negociación predominan dinámicas rígidas o impositivas, lo que genera conflictos y resistencia en el cumplimiento de las rutinas de tratamiento. Por el contrario, en niveles medios y altos, se aprecia una mayor disposición al diálogo y a la búsqueda de consensos, lo que facilita la corresponsabilidad en la administración del suplemento de hierro. Sin embargo, la persistencia de adherencia deficiente incluso en niveles altos advierte que la negociación, aunque relevante, no garantiza por sí sola una disciplina terapéutica adecuada si no está acompañada de límites claros, roles definidos y comunicación efectiva.

Este hallazgo se relaciona con el Modelo Circunflejo de Olson, que reconoce la negociación como una herramienta clave para mantener la adaptabilidad y cohesión familiar. Asimismo, coincide con investigaciones como las de Flores (2018) y Carhuas y Zúñiga (2018), que destacan que la capacidad de negociar acuerdos dentro del hogar influye en la adherencia a los tratamientos pediátricos al reducir tensiones y promover un compromiso colectivo.

En conclusión, la Tabla 24 aporta un matiz diferente a la Tabla 13, mostrando que no solo importa el estilo de negociación, sino también su nivel de implementación en la vida diaria. Para mejorar la adherencia terapéutica, es necesario fomentar en las familias no solo el conocimiento técnico sobre la anemia, sino también habilidades de negociación que permitan transformar el cuidado en una responsabilidad compartida.

Tabla 25

Habilidades de escucha y habla y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Habilidades de escucha y habla	Adherencia al tratamiento anemia ferropénica							
	Eficiente		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	0.7%	65	21.7%	10	3.3%	77	25.7%
Medio	3	1.0%	144	48.0%	17	5.7%	164	54.7%
Alto	0	0.0%	43	14.3%	16	5.3%	59	19.6%
Total	5	1.7%	252	84.0%	43	14.3%	300	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

$$\text{Chi}^2_c = 11,189 > \text{Chi}^2_t = 9,49$$

$$gl = 4 \quad p = 0.025 \quad p < 0.05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

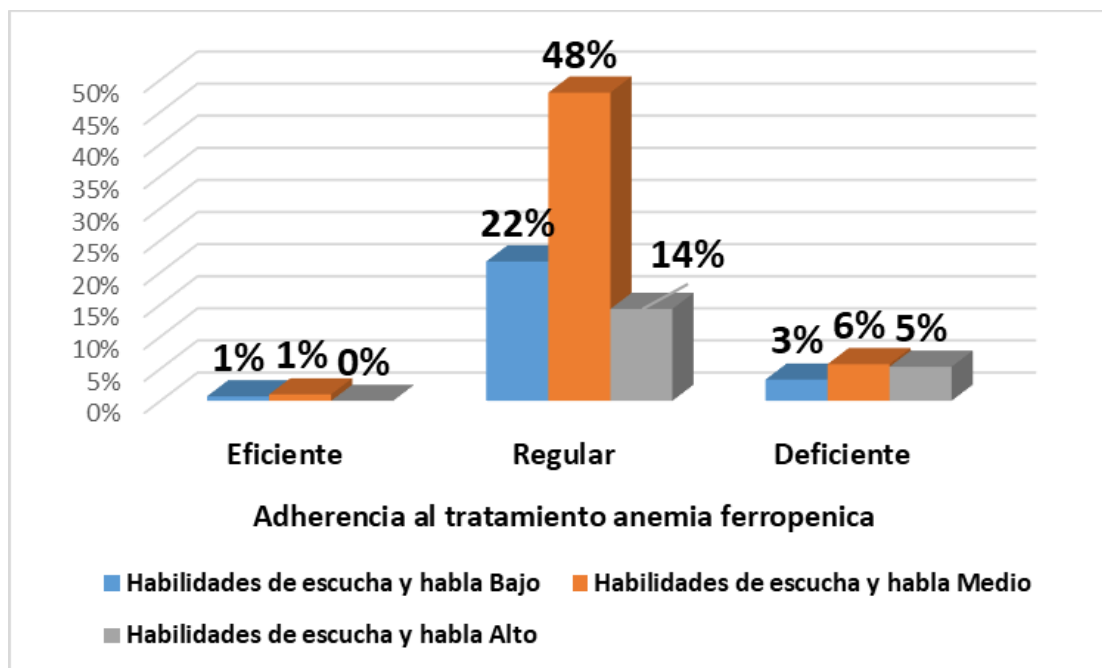


Figura 24:

Habilidades de escucha y habla y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 25

En la tabla y figura 25 se presentan los resultados del análisis de las habilidades de escucha y habla en las madres de niños de 6 a 36 meses. Se observa que el 54.7% de las participantes se encuentran en un nivel medio de estas habilidades, el 25.7% en un nivel bajo y el 19.6% en un nivel alto.

Al relacionar estas habilidades con la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica, se identificó que, entre las madres con habilidades de escucha y habla en nivel medio, el 5.7% presentó una adherencia deficiente y el 48% mostró una adherencia regular. Entre aquellas con habilidades en nivel alto, el 5.3% tuvo adherencia deficiente y el 14.3% adherencia regular. Por otro lado, las madres con habilidades en nivel bajo evidenciaron un 3.3% de adherencia deficiente y un 21.7% de adherencia regular. Estos resultados sugieren que las



dificultades en el desarrollo de habilidades de escucha y habla podrían influir en la capacidad de las madres para implementar adecuadamente las indicaciones del tratamiento, retrasando la solución de problemas relacionados con la anemia ferropénica.

A través del análisis estadístico inferencial, aplicando un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un valor de Chi cuadrado calculado (χ^2_c) de 11.189, el cual es mayor que el valor crítico (χ^2_t) de 9.49 con 4 grados de libertad, y un valor $p=0.025$, indicando significancia estadística. Esto confirma que existe una asociación estadísticamente significativa entre las habilidades de escucha y habla y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en las madres de niños de 6 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Jorge Chávez.

**Tabla 26**

Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

	N	%
Eficiente	5	1,7%
Regular	252	84,0%
Deficiente	43	14,3%
Total	300	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a la población de estudio

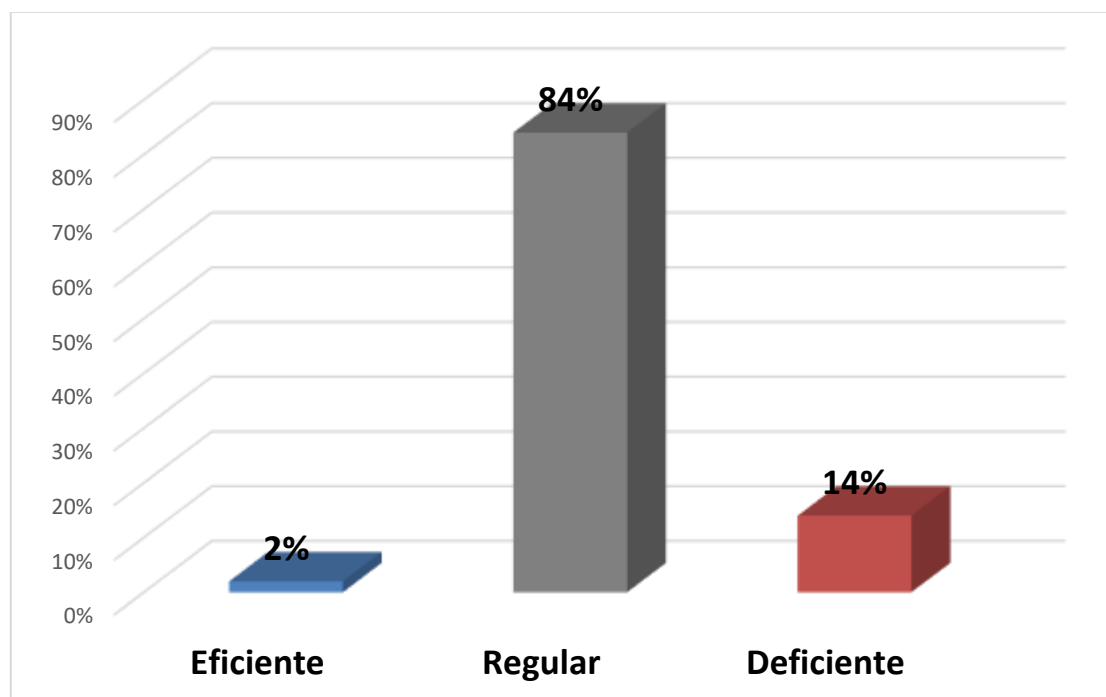


Figura 25

Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al Centro de Salud Jorge Chávez.

Fuente: Tabla 26

En la tabla y figura 26 se observa la distribución de la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica entre las madres de niños de 6 a 36 meses. Se identificó que la mayoría de las madres, un 84%, presentan un nivel de adherencia regular, mientras que un 14.3% manifiestan adherencia deficiente y solo un 1.7% alcanzan un nivel eficiente. Esta distribución evidencia que, aunque la mayoría de las madres siguen parcialmente las indicaciones médicas, existe un porcentaje considerable que no logra cumplir de manera completa con el tratamiento prescrito.

Esta situación puede deberse a múltiples factores, entre ellos la falta de comprensión sobre la importancia de la terapia, dificultades para administrar correctamente los suplementos, limitaciones en el acceso a los recursos de



salud, o incluso factores culturales y familiares que influyen en la rutina de cuidado del niño. La adherencia terapéutica es un proceso complejo que no solo depende de la prescripción médica, sino también del compromiso y la cooperación de la madre, de su percepción sobre la gravedad de la anemia y del entendimiento de cómo la terapia impacta en la salud y el desarrollo del niño.

El cumplimiento insuficiente de la terapia puede comprometer la recuperación óptima del niño, afectando su capacidad de crecer y desarrollarse adecuadamente, dado que la anemia ferropénica tiene implicancias directas sobre el desarrollo cognitivo, motor y físico en la primera infancia. Por ello, es fundamental fortalecer las estrategias de educación sanitaria y acompañamiento familiar, promoviendo que las madres comprendan la enfermedad y reconozcan la importancia de seguir las indicaciones de manera estricta, logrando así una adherencia efectiva que garantice los resultados terapéuticos esperados.



4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La anemia ferropénica representa un problema de salud pública prioritario en el Perú y América Latina, dado que impacta directamente en el desarrollo neurológico, cognitivo y psicomotor de los niños en la primera infancia. Su fisiopatología, caracterizada por la disminución de glóbulos rojos funcionales, compromete la capacidad de transporte de oxígeno a los tejidos, limitando el desarrollo cerebral y afectando habilidades cognitivas como el aprendizaje y la concentración (Organización Mundial de la Salud, 2021). Estos efectos subrayan la necesidad de analizar no solo la dimensión biomédica, sino también los factores familiares y psicosociales que pueden influir en la adherencia al tratamiento.

El presente estudio identificó una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses ($p=0.001$). Este hallazgo respalda la hipótesis de que las dinámicas familiares influyen directamente en la ejecución de los regímenes terapéuticos, confirmando parcialmente los resultados de Flores (2019) y Condori y Cruz (2018), quienes también encontraron correlaciones significativas. No obstante, difiere de lo reportado por Carhuas y Zúñiga (2018), quienes no observaron relación significativa; esta divergencia probablemente se explica por diferencias contextuales, culturales y metodológicas, así como por la naturaleza de los tratamientos evaluados. Este contraste resalta la importancia de considerar la heterogeneidad de las poblaciones al interpretar la aplicabilidad de los hallazgos.

En relación con los componentes específicos de la funcionalidad familiar, la cohesión se asoció significativamente con la adherencia al tratamiento ($p < 0.05$). Sin embargo, se evidenció que un número importante de familias presentaba cohesión separada, caracterizada por la independencia de los miembros, coaliciones y prioridades individuales por encima del interés colectivo. Esta estructura puede limitar la cooperación y supervisión necesarias para garantizar el cumplimiento de las indicaciones médicas, sugiriendo que no solo la presencia de cohesión, sino su calidad, determina el nivel de adherencia. Estos resultados son coherentes con Quinto (2017), pero contrastan con estudios como los de Flores (2019) y Baquerizo (2020), lo que indica que factores como urbanización, condiciones socioeconómicas y estilos de crianza median la relación entre cohesión familiar y adherencia terapéutica.

Por su parte, la flexibilidad familiar, caracterizada por liderazgo democrático, roles compartidos, negociación abierta y reglas adaptables, también mostró asociación positiva con la adherencia ($p < 0.05$). Este hallazgo coincide con Olson y Gorall (2003), quienes sostienen que la flexibilidad permite un afrontamiento dinámico de las crisis y facilita la adopción de conductas saludables. No obstante, la discrepancia con Mamani (2018), quien reportó mayor predominio de familias con flexibilidad estructurada, sugiere que la interacción entre estructura familiar y contexto sociocultural modula la respuesta al tratamiento, reforzando la necesidad de enfoques adaptados a cada población.

La comunicación familiar emergió como un mediador central, evidenciándose que habilidades de escucha activa, empatía, respeto mutuo y autorrevelación influyen directamente en la disposición de las madres para cumplir con la suplementación de hierro y otros regímenes terapéuticos ($p < 0.05$). Este hallazgo reafirma la importancia de la comunicación como mecanismo que conecta la estructura familiar con la conducta de adherencia, en concordancia con Flores (2019), y subraya que la calidad de la interacción familiar es un factor determinante para la efectividad de las intervenciones de salud.

Asimismo, la satisfacción familiar mostró influencia directa sobre la adherencia, de manera que niveles bajos de satisfacción se asociaron con menor compromiso, desmotivación y resistencia frente al tratamiento, mientras que niveles altos favorecen la cooperación y la continuidad terapéutica (Olson, 2011). Esto evidencia que la percepción subjetiva de bienestar dentro del hogar impacta de manera tangible en la implementación de cuidados de salud infantil.

A pesar de los hallazgos significativos, es necesario reconocer las limitaciones del estudio. La muestra se limitó a un único centro de salud, lo que restringe la generalización de los resultados a otras poblaciones. Además, la recolección de datos se basó en autoinformes de las madres, lo que puede introducir sesgos de memoria o de deseabilidad social. Estos factores deben considerarse al interpretar la aplicabilidad de los resultados y al diseñar futuras intervenciones.



En síntesis, los resultados evidencian que la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica no depende exclusivamente de la dimensión biomédica, sino que está fuertemente influenciada por factores psicosociales y familiares, especialmente cohesión, flexibilidad, comunicación y satisfacción. La evidencia obtenida respalda la necesidad de enfoques integrales en salud pública que combinen estrategias clínicas con intervenciones orientadas a fortalecer la dinámica familiar, con el objetivo de mejorar la efectividad terapéutica y garantizar un desarrollo infantil saludable.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La investigación confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Jorge Chávez ($p=0.001$). Este hallazgo evidencia que la estructura, dinámica y calidad de las interacciones familiares influyen de manera directa en la capacidad de las madres para cumplir con las indicaciones médicas, lo que impacta en la efectividad del tratamiento y en el desarrollo neurológico, cognitivo y psicomotor de los niños. Desde una perspectiva teórica, refuerza los postulados de Olson y Gorall (2003) sobre la importancia de la funcionalidad familiar como factor determinante en la adopción de conductas de salud.

SEGUNDA: La cohesión familiar se identifica como un componente crítico para la adherencia terapéutica. Los indicadores evaluados establecimiento de límites, coaliciones, tiempo compartido, espacio, amistad, toma de decisiones, intereses y recreación muestran significancia estadística ($p<0.05$) y se ubican en nivel separada. Esto indica que, aunque existe interacción entre los miembros, la independencia de los individuos predomina sobre la interdependencia colaborativa. La interpretación de este hallazgo sugiere que los hogares con cohesión débil o separada pueden

enfrentar dificultades en la supervisión, organización y apoyo necesario para garantizar la continuidad del tratamiento, reforzando la necesidad de intervenciones que fortalezcan la integración emocional y funcional de la familia.

TERCERA: La flexibilidad familiar, evaluada mediante indicadores como cambio de liderazgo, relaciones de roles, reglas de relación y negociación, se asocia positivamente con la adherencia al tratamiento ($p < 0.05$, nivel flexible). Este hallazgo evidencia que los hogares capaces de adaptarse dinámicamente a cambios en la rutina, roles y responsabilidades logran enfrentar de manera más efectiva los desafíos asociados al cumplimiento de la suplementación de hierro. Desde el punto de vista práctico, esto implica que los programas de salud deben considerar estrategias que fortalezcan la capacidad de adaptación familiar, facilitando que los miembros colaboren y mantengan la continuidad del tratamiento.

CUARTA: La comunicación familiar se destaca como un mediador fundamental de la adherencia terapéutica. Los indicadores habilidades de escucha, habilidades de habla, autorrevelación, seguimiento de continuidad, respeto y consideración presentan significancia estadística ($p < 0.05$) y nivel medio, evidenciando que la calidad de la interacción intrafamiliar potencia la disposición de las madres para seguir las indicaciones médicas de manera

consistente. Este hallazgo subraya la relevancia de intervenciones educativas que promuevan la comunicación efectiva, la escucha activa y la resolución de conflictos dentro del hogar, fortaleciendo la cooperación y el compromiso de la familia con el tratamiento.

QUINTA: La satisfacción familiar influye directamente en la adherencia al tratamiento, con indicadores como establecimiento de límites, toma de decisiones, intereses, relaciones de roles, negociación y habilidades de escucha y habla mostrando significancia estadística ($p < 0.05$) y nivel medio. La percepción de bienestar, apoyo mutuo y armonía familiar facilita la motivación de las madres para cumplir con la terapia, mientras que niveles bajos de satisfacción generan desmotivación, resistencia y dificultades en la continuidad del tratamiento. Este hallazgo enfatiza la necesidad de diseñar estrategias que fortalezcan la percepción de bienestar familiar y la cooperación entre miembros del hogar como parte integral de los programas de salud.

SEXTA: A nivel global, se observa que el 84% de las madres presenta un nivel regular de adherencia al tratamiento de anemia ferropénica, lo que indica un cumplimiento parcial de las indicaciones médicas. Este resultado evidencia la necesidad de implementar intervenciones integrales que combinen educación sanitaria, acompañamiento profesional, fortalecimiento de la funcionalidad familiar y estrategias de seguimiento personalizado. La mejora de



estos factores no solo favorecerá la adherencia terapéutica, sino que también tendrá un impacto positivo en el desarrollo integral de los niños, garantizando mejores resultados en salud infantil y contribuyendo a la reducción de la anemia ferropénica como problema de salud pública.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** Para la dirección del Centro de Salud Jorge Chávez: Se recomienda desarrollar e institucionalizar programas sostenibles de promoción de la salud orientados al fortalecimiento de la funcionalidad familiar, específicamente en cohesión, flexibilidad, comunicación y satisfacción familiar, identificadas como determinantes de la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica. Estos programas deben incluir actividades comunitarias estructuradas, talleres de orientación familiar y visitas domiciliarias periódicas, con protocolos claros de seguimiento y evaluación de resultados. Además, se sugiere asignar recursos humanos especializados, como psicólogos y trabajadores sociales, para garantizar la implementación efectiva y monitorear el impacto de las intervenciones sobre la adherencia terapéutica. Esta recomendación se fundamenta en los resultados que muestran la relación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento ($p=0.001$).
- SEGUNDA** A las enfermeras responsables de AIS-niño en coordinación con Promoción de la salud: Se aconseja diseñar y ejecutar programas educativos estructurados y basados en evidencia científica, dirigidos a madres, padres y cuidadores, sobre la importancia de la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica. Las capacitaciones deben incluir contenido sobre riesgos clínicos, cognitivos y sociales de la anemia no tratada, técnicas de

comunicación efectiva, resolución de conflictos y seguimiento de la suplementación de hierro. La metodología debe ser participativa, interactiva y adaptada al contexto sociocultural de la población, incorporando materiales didácticos visuales y estrategias interculturales. Esta recomendación deriva directamente de los hallazgos que indican que la calidad de la comunicación familiar y la educación estructurada influyen significativamente en la adherencia al tratamiento ($p < 0.05$).

TERCERA Al Área de Nutrición: Se recomienda fortalecer las acciones de consejería nutricional en madres y cuidadores, enfatizando la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, así como la adecuada diversificación alimentaria posterior. Las estrategias deben incluir talleres prácticos, guías alimentarias adaptadas a los recursos locales y supervisión periódica del estado nutricional del niño. La implementación debe basarse en protocolos nacionales de salud pública y recomendaciones internacionales, asegurando que los cuidadores comprendan el papel de la alimentación equilibrada y la lactancia en la prevención y control de la anemia ferropénica. Esta recomendación se deriva de los resultados que muestran que la adherencia al tratamiento se ve influenciada por el conocimiento y apoyo familiar en la alimentación infantil.



CUARTA A la responsable de Promoción de la Salud en coordinación con la Estrategia AIS-Niño y Salud Familiar: Se sugiere incorporar la dimensión de funcionalidad familiar como un componente estratégico en los programas de salud pública orientados a la prevención y tratamiento de la anemia ferropénica. Esto implica analizar indicadores de seguimiento relacionados con cohesión, flexibilidad, comunicación y satisfacción familiar, que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones y ajustar las estrategias según los resultados obtenidos. La evidencia del estudio respalda que estos factores familiares son determinantes críticos para mejorar la adherencia terapéutica y optimizar los resultados en salud infantil.

QUINTA Para investigadores y egresados de enfermería, nutrición: Se recomienda promover investigaciones de carácter cualitativo, cuantitativo y mixto que profundicen en los factores familiares, socioculturales y estructurales que afectan la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica. Estas investigaciones deben incluir diseños que permitan evaluar intervenciones específicas, identificar barreras contextuales y generar evidencia sólida para la formulación de políticas y programas innovadores, adaptados a la realidad epidemiológica y social de la región. La recomendación se fundamenta en la necesidad de generar conocimiento local que complemente los hallazgos de este estudio y permita diseñar estrategias más efectivas y contextualizadas.



SEXTA

A las madres de familia: Se recomienda fomentar prácticas de organización y comunicación familiar que faciliten la supervisión y el seguimiento del tratamiento de anemia ferropénica. Esto incluye establecer rutinas de administración de la suplementación, asignar responsabilidades claras entre los miembros del hogar y promover espacios de diálogo y resolución de problemas relacionados con la salud del niño. Estas acciones, alineadas con los hallazgos que muestran que la cohesión, comunicación y satisfacción familiar impactan directamente en la adherencia, son esenciales para garantizar la continuidad y efectividad del tratamiento.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública. Universidad de Chile. 2013. p. 125.
2. Ait Y. Declaración universal de los derechos Humanos. [Internet]. Organización de Naciones Unidas. 2015 [cited 2020 Jun 2]. Available from: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
3. Martínez M. Análisis del comportamiento parental y su aplicación al estudio del maltrato infantil [Internet]. Vol. 5, Psykhe. 1996 [cited 2020 Jun 2]. p. 137–48. Available from: <http://www.cuadernos.info/index.php/psykhe/article/view/19433/16015>
4. Enrique G, Galeano E, Orlando J. Adherencia al tratamiento [Internet]. Vol. 30, Acta Médica Colombiana. 2005 [cited 2020 Jun 2]. p. 268–73. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
5. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [cited 2020 Jun 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [Internet]. Endes 2016. 2017 [cited 2020 Jun 2]. p. 539. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
7. Dávila CR, Paucar R, Quispe A. Anemia infantil [Internet]. Vol. 7, Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal. 2019 [cited 2020 Jun 2]. p. 46–52. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/118>
8. Ynés M. Anemia [Internet]. Grupo Impulsor. 2012 [cited 2020 Jun 2]. Available from: <http://132.248.9.195/ptd2013/enero/0686957/Index.html>



9. Quinto F. La influencia de la cohesión familiar en la adherencia al tratamiento vía oral en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud La Concordia en el periodo agosto – noviembre del 2016. [Internet]. Vol. 3, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2016 [cited 2020 Jul 3]. p. 80–91. Available from: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12845/tesis_dr_quinto.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Morales A. Funcionalidad familiar en mujeres con infección del virus del papiloma humano en la unidad de medicina familiar No 92 del IMSS del periodo de 1 de marzo del 2012 a 30 de Junio del 2012 [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de México. 2014 [cited 2020 Jul 2]. Available from: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14564/412076.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Olivera S. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión Arterial [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México. 2012 [cited 2020 Jun 2]. Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2152/TITULO - Edwin Alfredo Carhuas Ccoello.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Sigüenza W. Funcionamiento Familiar según el modelo circunplejo de Olson [Internet]. Universidad de Cuenca. 2015 [cited 2020 Jul 2]. p. 74. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
13. Titi H, Cahuana D. Factores asociados y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-36 meses. C.S. Edificadores Misti Arequipa – 2018 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín. 2019 [cited 2020 Jun 3]. p. 1–80. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8089/ENTicahl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Carhuas E, Zuñiga J. Funcionalidad familiar y adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses en el centro de



- salud Gustavo Lanatta Lujan Periodo, febrero- marzo 2018 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener. 2018 [cited 2020 Jul 2]. Available from:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2152/TITULO - Edwin Alfredo Carhuas Ccoello.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Murrieta A. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el centro de salud Perú IV zona; 2018; Universidad César Vallejo; disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20500.12692/24493/Murrieta_FAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Internet]. Universidad César Vallejo. 2018 [cited 2020 Jul 2]. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20500.12692/24493/Murrieta_FAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. Pinglo K. Adherencia al tratamiento con micronutrientes en niños de 6 a 35 meses con anemia leve en el Centro de Salud de Íllimo 2017 [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2018 [cited 2020 Jun 2]. Available from: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20500.12423/2409/1/TL_PingloChico maKaren.pdf
 17. Condori S, Cruz G. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, Pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín. 2018 [cited 2020 Jul 2]. p. 164. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5780/ENcofus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 18. Baquerizo M. Cohesión y adaptabilidad familiar y el rendimiento académico de estudiantes universitarios [Internet]. Universidad César Vallejo. 2017 [cited 2020 Jun 3]. p. 18. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20500.12692/5097/Baquerizo_RMC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 19. Flores Y. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 18 meses que asisten al puesto de



- Salud Achaya 2017 [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano. 2018 [cited 2020 Jul 2]. p. 113. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11039/Flores_Paredes_Yuli_Lorena.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Mamani W. Funcionalidad familiar relacionada al desarrollo psicomotor en niños de 2 y 3 años con desnutrición crónica que asisten al Wawa Wasi - Juliaca 2010. [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano. 2012 [cited 2020 Jul 3]. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/508>
21. Ortiz M, Louro I, Jiménez J, Silva L. La salud familiar. Caracterización en un área de salud [Internet]. Vol. 15, Revista Cubana de Medicina General Integral. 1999 [cited 2020 Jul 3]. p. 303–9. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi14399.pdf>
22. Ríos M. Factores de riesgo asociados al pandillaje en los adolescentes del distrito de Ayacucho, 2003 [Internet]. Universidad nacional de San Cristóbal. 2004 [cited 2020 Jul 3]. Available from: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1284>
23. Villalobos B. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con hijos en preescolar, matriculados en el Colegio San Rafael, Bogotá 2008 [Internet]. Vol. 5, Universidad Nacional de Colombia. 2009 [cited 2020 Jun 3]. p. 12–42. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/70269/539282.2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad [Internet]. Universidad Ricardo Palma. 2019 [cited 2020 Jul 3]. p. 9–25. Available from: http://psicologiapositivaperu.org/docs/descarga/30_FUNCIONAMIENTO_FAMILIAR_Y_FELICIDAD_Dr._Reynaldo_Alarcon.pdf
25. Moreno J, Chalita L. Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de



- Bogotá [Internet]. Vol. 8, Universidad de San Buenaventura. 2011 [cited 2020 Jun 4]. p. 37–46. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a13.pdf>
26. Ortega T, Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales [Internet]. Vol. 15, Revista Cubana de Enfermería. 1999 [cited 2020 Jun 4]. p. 164–8. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>
27. Aguilar C. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes [Internet]. Universidad de Cuenca. 2017 [cited 2020 Jun 4]. p. 40. Available from: [https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28397/1/Trabajo de Titulación.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28397/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n.pdf)
28. Mondragon L. Psicología del trabajo y de las organizaciones [Internet]. 2006 [cited 2020 Aug 4]. Available from: <https://www.cop.es/perfiles/contenido/trabajo.htm>
29. Sánchez G, Milena V. Lectura sistemática sobre familia y el patrón de la violencia [Internet]. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2012 [cited 2020 Jul 4]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/773/77323982047.pdf>
30. Lauro I, Infante O, Cuesta D, Perez E, González I, Pérez C. Manual para la Intervención en la Salud Familiar [Internet]. Biblioteca Virtual en Saúde. 2007 [cited 2020 Jul 4]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/oer-2831>
31. Nogales N. Faces IV [Internet]. Prensa Médica Latinoamericana. 2007 [cited 2020 Jul 4]. p. 191–8. Available from: <file:///C:/Users/SALUD/Downloads/Dialnet-FamilyAdaptabilityAndCohesionEvaluationScaleFacesI-3983711.pdf>
32. CEUPE. Modelo circumplejo de David Olson [Internet]. Psicología. 2022 [cited 2020 Jul 4]. Available from: <https://www.ceupe.com/blog/modelo->



circumplejo-de-david-olson.html

33. Garrido A, Reyes A, Navarro N, Ortega P, Navor M. Comunicación familiar en estudiantes universitarios. Enseñanza e Investig en Psicol [Internet]. 2019;1(2):252–61. Available from: <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/43/34>
34. Alba Y. Tipos y funcionamiento familiar en adolescentes de una Institucion Educativa Rural De Caraz, 2016. [Internet]. Universidad de San Pedro. 2016 [cited 2020 Jul 5]. p. 1–52. Available from: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/4554/Tesis_56365.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Suárez P, Vélez M. El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la efectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parenteral. Rev Psicoespacios [Internet]. 2018;12(20):153–72. Available from: [http://bibliotecadigital.iue.edu.co/bitstream/20.500.12717/2294/1/1046-Texto del artículo-4474-1-10-20200909.pdf](http://bibliotecadigital.iue.edu.co/bitstream/20.500.12717/2294/1/1046-Texto%20del%20articulo-4474-1-10-20200909.pdf)
36. Loredó M. Satisfacción familiar y relación con el afrontamiento de soledad en adolescentes 11 a 15 años. Enseñanza e Investig en Psicol [Internet]. 2019;1(1):19–28. Available from: <https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/16/14>
37. Ruiz M. Funcionalidad familiar y afrontamiento en estudiantes universitarios [Internet]. Vol. 11, Universidad Peruana los Andes. 2015 [cited 2020 Jul 3]. p. 53–63. Available from: https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2015/53RUIZ.pdf
38. Ferreira A. Sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003 [cited 2020 Jul 3]. p. 1–6. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/559/Ferr>

eira_ra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

39. Hidalgo C, Carrasco E. Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria. [Internet]. Textos Universitarios. 1999 [cited 2020 Jul 3]. Available from: <https://es.scribd.com/document/481262720/Hidalgo-y-Carrasco-Salud-familiar-cap-2-1999-pdf>
40. June H. La violencia y sus víctimas [Internet]. Vol. 3, Claves Bíblicas para consejería. 2005 [cited 2020 Jul 3]. Available from: <https://exoduslatinoamerica.com/consejeria-biblica-vol-3/>
41. Palma M, Tuesta J. Eficiencia de la Suplementación con Sulfato Ferroso para la Prevención de la anemia en niños de 6 a 36 meses. Vol. 4, Universidad Norbert Wiener. 2017. p. 724–32.
42. Luna B. 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 [Internet]. Universidad Mayor de San Marcos. 2014 [cited 2020 Aug 4]. p. 1–116. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13270/Luna_Guerrero_Beatriz_Veronica_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
43. Yauri Y. Multimicronutrientes chispitas y anemia en niños del puesto de salud Pariahuanca - Ancash 2015 [Internet]. Universidad César Vallejo. 2015 [cited 2020 Aug 4]. p. 12. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/6883/Yauri_PYR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Ramos L. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente [Internet]. Vol. 144, Revista Medica de Chile. 2016 [cited 2020 Aug 4]. p. 269–70. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>
45. 250-2017/MINSA RM. Norma Técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Ministerio de Salud. 2017 [cited 2020 Aug 4]. Available from: <https://anemia.ins.gob.pe/sites/default/files/2017->



08/RM_250-2017-MINSA.PDF

46. Vervloet D. Desde el cumplimiento hasta la adherencia terapéutica. [Internet]. Revista Expressions. 2006 [cited 2020 Aug 4]. p. 4–6. Available from: <https://docplayer.es/30824061-Desde-el-cumplimiento-hasta-la-adherencia-terapeutica.html>
47. Badham J, Zimmermann M, Kraemer K. Guía sobre Anemia Nutricional [Internet]. Sight And Life. 2007 [cited 2020 Aug 4]. p. 1–62. Available from: https://sightandlife.org/wp-content/uploads/2017/02/guidebook_spanish.pdf
48. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad [Internet]. Vols. 2–7, VMNIS. 2011 [cited 2020 Aug 4]. p. 7. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85842>
49. Vásquez E. La anemia en la infancia [Internet]. Vol. 13, Revista Panamericana de Salud Pública. 2003 [cited 2020 Aug 4]. p. 349–51. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v13n6/349-351>
50. Feldman L, Najle R, Rivero M, Rodríguez E, Estein S. Anemia inflamatoria: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Vol. 51, Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana. 2017 [cited 2020 Aug 4]. p. 361–74. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/535/53553013011.pdf>
51. Fistera. Anemias [Internet]. Vol. 1999, Aefa. 2006 [cited 2020 Aug 4]. p. 1–6. Available from: <https://www.aefa.es/wp-content/uploads/2014/04/Anemias.pdf>
52. Delfín C, Cano R, Peña E. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. Rev Ciencias Soc [Internet]. 2020;26(2):43–55. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/280/28063431006/html/>
53. López L, Romero S, Parra D, Rojas L. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2016;21(1):117–37.



Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>

54. Martínez O, Baptista H. Anemia por deficiencia de hierro en niños: un problema de salud nacional. Rev Hematol [Internet]. 2019;20(2):96–105. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2019/re192e.pdf>
55. Tostado T, Benítez I, Pinzón A, Bautista M, Ramírez J. Actualizaciones de las características del hierro y su uso en pediatría. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2015;36(3):189–200. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm153h.pdf>
56. Rodríguez A, Pérez A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Rev Esc Adm Negocios [Internet]. 2017;82:1–26. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>
57. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6th ed. McGRAW-HILL, editor. Mexico; 2004 [cited 2020 Aug 4]. p. 88–101. Available from: <https://nodo.ugto.mx/wp-content/uploads/2017/03/Metodologia-de-la-Investigacion.pdf?msclkid=5fa7d329d0a111ecba44508f8115364b>
58. Charaja F. El MAPIC en la metodología de investigación [Internet]. Segunda Ed. 2011 [cited 2020 Aug 4]. Available from: <http://sbiblio.uandina.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=21062>
59. Arias G. El proyecto de Investigación. [Internet]. Vol. 7, Editorial Episteme. 2012 [cited 2020 Aug 4]. p. 37–72. Available from: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigación-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
60. Carrasco S. Metodologia de la investigación científica [Internet]. Editorial San Marcos. 2009 [cited 2020 Aug 4]. p. 474. Available from: http://sisbiblio.utea.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=3784&query_desc=su%3AMETODOLOGÍA



61. Pino R. Metodología de la investigación [Internet]. San Marcos. 2018 [cited 2020 Aug 4]. Available from: <http://www.librosperuanos.com/libros/detalle/8074/Metodologia-de-la-investigacion>
62. Palomino J, Peña J, Zevallos G, Orizano L. Metodología de la investigación [Internet]. Primera Ed. 2017 [cited 2020 Aug 4]. Available from: <https://isbn.cloud/9786123152628/metodologia-de-la-investigacion/>
63. Danyelo G, Crover G. Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes [Internet]. Vol. 1, Universidad Católica de Trujillo. 2021 [cited 2020 Aug 4]. p. 19–26. Available from: <https://es.scribd.com/document/502952594/REFERENCIA-PARA-LA-TESIS>



ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

TÍTULO: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHAVEZ, 2020.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez?	OBJETIVO GENERAL Determinar la relación de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.	HIPÓTESIS GENERAL Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.	VARIABLE INDEPENDIENTE Funcionalidad familiar <u>Dimensiones</u> • Cohesión • Flexibilidad • Comunicación • Satisfacción	TIPO DE INVESTIGACIÓN Tipo básica, según el alcance temporal es transversal y según el carácter de la medida es de tipo cuantitativa. NIVEL DE INVESTIGACIÓN Descriptivo-correlacional-causal DISEÑO DE INVESTIGACIÓN No experimental u observacional. POBLACIÓN Madres que asisten al consultorio de CRED, del Centro de Salud de Jorge Chávez. MUESTRA Es de 300 madres en el consultorio de CRED, del Centro de Salud de Jorge Chávez
PROBLEMAS ESPECÍFICOS • ¿Cuál será la relación entre cohesión familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez? • ¿Cuál será la relación entre la flexibilidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 - 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez? • ¿Cuál será la relación entre comunicación familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez? • ¿Cuál será la relación entre satisfacción familiar y la adherencia al tratamiento de	OBJETIVOS ESPECÍFICOS • Determinar la relación entre cohesión familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez. • Identificar la relación entre flexibilidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez. • Determinar la relación entre comunicación Familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez. • Determinar la relación entre Satisfacción familiar y la adherencia al tratamiento de	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS • Existe relación significativa entre cohesión familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez. • Existe relación significativa entre flexibilidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez. • Existe relación significativa entre comunicación familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez. • Existe relación significativa entre satisfacción familiar y la adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en	VARIABLE DEPENDIENTE Adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica <u>Dimensiones</u> • Adherencia al tratamiento farmacológico. • Adherencia al tratamiento dietético	



anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez? • ¿Cómo es la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez?	anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez. • Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético de anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez.	madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez. • La adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica es regular en madres de niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Jorge Chávez es deficiente.		
---	---	---	--	--

Anexo 2. Instrumentos

**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN SALUD PÚBLICA**



**ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR
(FACES IV)**

INTRODUCCIÓN

Estimado Madre, Padre: Mi nombre es.....soy Lic....., se desea conocer la situación de su niño y la de su familia para lo cual le proporcionare dos instrumentos que servirán para el desarrollo de mi estudio denominado Funcionalidad Familiar y Adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica; la información que se obtendrá será de carácter anónimo y sólo será para el uso indicado; para lo cual solicito su colaboración y responder en forma individual del modo más sincero posible.

INSTRUCCIONES:

- En la encuesta encontrará una serie de frases que describe como es su familia real, responda que tan frecuente se dan estas conductas en su familia y escriba una "X" en los recuadros correspondientes a:
 1. Totalmente en desacuerdo (TD)
 2. Generalmente en desacuerdo (GD)
 3. Indeciso (I)
 4. Generalmente de acuerdo (GA)
 5. Totalmente de acuerdo (TA)



COHESIÓN Y FLEXIBILIDAD FAMILIAR		TD	GD	I	GA	TA
1	Los miembros de la familia están involucrados entre sí.					
2	Nuestra familia busca nuevas maneras de lidiar con los problemas.					
3	Nos llevamos mejor con gente ajena a la familia que con nuestra propia familia.					
4	Pasamos demasiado tiempos juntos.					
5	Hay estrictas consecuencias por romper las reglas en nuestra familia.					
6	Parecemos nunca estar organizados en nuestra familia.					
7	Los miembros de la familia se sienten muy cerca el uno del otro.					
8	Los padres comparten por igual el liderazgo en nuestra familia.					
9	Los miembros de la familia parecen evitar contacto entre ellos mismos cuando están en casa.					
10	Los miembros de la familia se sienten presionados a pasar más tiempos libres juntos.					
11	Hay claras consecuencias cuando un miembro de la familia hace algo malo.					
12	Es difícil saber quién es el líder en nuestra familia.					
13	Los miembros de la familia se apoyan el uno del otro durante tiempos difíciles.					
14	La disciplina es imprescindible en nuestra familia.					
15	Los miembros de la familia saben muy poco acerca de los amigos de otros miembros de la familia.					
16	Los miembros de la familia son demasiado dependientes el uno del otro.					
17	Nuestra familia tiene una regla para casi todas las situaciones posibles.					
18	Las cosas no se hacen en nuestra familia.					
19	Los miembros de la familia se consultan unos a otros sobre decisiones importantes.					
20	Mi familia es capaz de hacer cambios cuando sea necesario.					
21	Los miembros de la familia están juntos cuando hay un problema por resolver.					
22	Para los miembros de la familia no son indispensables las amistades fuera de la familia.					
23	Nuestra familia es muy organizada.					
24	Es poco claro quién es responsable por cosas (tareas, actividades) en nuestra familia.					
2	A los miembros de la familia les gusta compartir su tiempo libre con los demás miembros de la familia.					
5						
2	Nos turnamos las responsabilidades del hogar de persona a persona.					
6						
2	Nuestra familia casi nunca hace cosas todos juntos.					
7						
2	Nos sentimos muy conectados entre sí.					
8						
2	Nuestra familia se desequilibra cuando hay un cambio en nuestros planes o rutinas.					
9						
3	Nuestra familia carece de liderazgo.					
0						
3	Aunque los miembros de la familia tienen intereses individuales, aun así participan en las actividades familiares.					
1						
3	Tenemos reglas y roles muy claros en nuestra familia.					
2						



3	Los miembros de la familia raras veces dependen el uno del otro.					
3	Nos resentimos cuando los miembros de la familia hacen cosas ajenas a la familia.					
4	Es importante seguir las reglas en nuestra familia.					
3	Nuestra familia tiene dificultades para hacer seguimiento de quienes hacen diversas tareas en el hogar.					
6	Nuestra familia concibe perfectamente lo que es estar juntos o separados.					
3	Cuando los problemas surgen, nos comprometemos.					
8	Los miembros de la familia actúan principalmente de manera independiente.					
3	Los miembros de la familia sienten culpabilidad si pasan mucho tiempo alejados entre sí.					
9	Una vez que se toma una decisión, es muy difícil modificarla.					
4	Nuestra familia se siente ajetreada y desorganizada.					
2	COMUNICACIÓN FAMILIAR					
4	Los miembros de la familia están satisfechos de cómo ellos se comunican entre sí.					
3	Los miembros de la familia son muy buenos oyentes.					
4	Los miembros de la familia expresan afecto el uno al otro					
4	Los miembros de la familia son capaces de preguntarse entre sí que es lo que desean.					
6	Los miembros de la familia pueden discutir tranquilamente los problemas entre ellos.					
4	Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias con los demás miembros de la familia.					
8	Cuando los miembros de la familia se hacen preguntas entre sí, obtienen respuestas honestas.					
4	Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de cada uno de ellos.					
5	Cuando los miembros de la familia están molestos, raras veces se dicen cosas negativas entre sí.					
5	Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos entre sí.					
2	SATISFACCION FAMILIAR					
53	El grado de intimidad entre los miembros de la familia.					
54	Las habilidades de tu familia para superar el estrés.					
55	Las habilidades de tu familia para ser flexible.					
56	Las habilidades de tu familia para compartir experiencias positivas.					
57	La calidad de comunicación entre los miembros de la familia.					
58	Las habilidades de tu familia para resolver problemas.					
59	La cantidad de tiempo que ustedes pasan juntos como familia.					
60	El modo en que los problemas son asumidos.					
61	La imparcialidad de la crítica en tu familia.					
62	La preocupación que se tienen los unos a los otros dentro de la familia.					

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA MADRE DEL NIÑO DE 6 A 36 MESES

INSTRUCCIONES:

- En la encuesta encontrará una serie de preguntas, responda honestamente con una "X" en los recuadros correspondientes a:
 - Siempre
 - A veces
 - Casi siempre
 - Nunca

Nº	ADHERENCIA	Siempre	A veces	Casi siempre	Nunca
1	¿Le da a su niño el sulfato ferroso en el horario indicado?				
2	¿Le da a su niño el sulfato ferroso en la cantidad indicado?				
3	¿Los micronutrientes lo combina con leche o sopas?				
4	¿Lo acompaña con jugo de naranja, granadilla, limonada?				
5	¿Cuándo su niño tiene una enfermedad deja de darle el sulfato ferroso?				
6	¿Olvida de darle el sulfato ferroso a su niño?				
7	¿Le es difícil dar a su niño el tratamiento?				
8	En el último mes cuántos días no le dio el sulfato ferroso.				
9	¿Recoge en las fechas indicadas el sulfato ferroso'?				
10	¿Dentro de la dieta del niño incluye alimentos ricos en hierro?				
11	¿En su dieta del niño prepara sangrecita, hígado, bazo?				
12	¿En su dieta del niño prepara menestras?				
13	¿Tiene problemas para comer hígado, bazo, sangrecita su niño?				
14	¿Tiene problemas para comer menestras?				
15	¿Luego de las comidas le da al niño manzanillas, anís o leche?				



Anexo 3. Consentimiento informado

Yo con DNI:
..... Estoy de acuerdo en participar en esta investigación
titulado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHAVEZ, 2020" Entiendo que mi
participación es opcional y que puedo revocar mi permiso en cualquier momento.
Se me ha informado del objetivo del estudio, razón por la cual estoy participando
en la presente investigación. Se me ha informado de que los resultados se
utilizarán con fines académicos, que no se me perjudicará ni perderé ninguna
ventaja si opto por no participar en la investigación, y que mi identidad no
aparecerá en ningún informe o publicación de los resultados del estudio. Si
necesito más información o necesito presentar una queja, también se me
proporcionaron los nombres y números de teléfono de las personas adecuadas
para contactar. También observo que se me ha dejado un ejemplar de este
documento.

.....
Firma o huella digital del
que da consentimiento.

.....
Firma de la investigadora

Juliaca de del 2022

Anexo 4. Validación de instrumentos



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TÍTULO TESIS: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO D
ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QU
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ 2020

I. REFERENCIAS

- EXPERTO : Mg. Amanda Coronado Prieto
- PROFESIÓN : ENFERMERA
- CARGO ACTUAL : ENFERMERA CAJIN HOSPITAL CARLOS HONGO MEDRANO
- GRADO ACADÉMICO : MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
1. CLARIDAD	Está redactado con lenguaje apropiado	1	2	3	4	5
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en capacidades observables	1	2	3	4	5
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia	1	2	3	4	5
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica de los ítems con las variables	1	2	3	4	5
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad suficientes	1	2	3	4	5
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir los objetivos de la investigación	1	2	3	4	5
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos	1	2	3	4	5
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores, ítems e índices	1	2	3	4	5
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	1	2	3	4	5
10. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación	1	2	3	4	5

Fuente: Tamayo y adaptado de Palomino, Juan; Peña Julio Daniel; Zevallos Gudelia y Oriza no Lincoln (2017, p. 17)

Coefficiente de valorización porcentual, $C = \text{Total}/50 = 94\%$

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL INSTRUMENTO ES FIDEL PARA SU APLICACIÓN

IV. RESOLUCIÓN

a. Aprobado ($C \geq 75\% = 0.75$) ☒

b. Desaprobado ($C < 75\% = 0.75$) ☐

Lugar y fecha : JULIACA 26 de abril 2021

HOSPITAL CARLOS HONGO MEDRANO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Mg. Amanda Coronado Prieto
Setor Área del experto
N° celular:



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TÍTULO TESIS: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ 2020

I. REFERENCIAS

- EXPERTO : Yolanda Amelia Velaz Muñoz
- PROFESIÓN : ENFERMERA
- CARGO ACTUAL : COORDINADORA AIS-NIÑO
- GRADO ACADÉMICO : MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
1. CLARIDAD	Está redactado con lenguaje apropiado	1	2	3	4	5
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en capacidades observables	1	2	3	4	5
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia	1	2	3	4	5
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica de los ítems con las variables	1	2	3	4	5
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad suficientes	1	2	3	4	5
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir los objetivos de la investigación	1	2	3	4	5
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos	1	2	3	4	5
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores, ítems e índices	1	2	3	4	5
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	1	2	3	4	5
10. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación	1	2	3	4	5

Fuente: Tamayo y adaptado de Palomino, Juan; Peña Julio Daniel; Zevallos Gudelfa y Oriza no Lincoln (2017, p. 17)

Coefficiente de valorización porcentual, $C = \text{Total}/50 = 94\%$

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL INSTRUMENTO ES FIDEL PARA SU APLICACIÓN

IV. RESOLUCIÓN

- a. Aprobado ($C \geq 75\% = 0.75$) ☒
- b. Desaprobado ($C < 75\% = 0.75$) ☐

Lugar y fecha : Juliaca, 22 de abril 2021


Mg. Yolanda Amelia Velaz Muñoz
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
MENCIÓN: GERENCIA EN SALUD



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TÍTULO TESIS: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ 2020

I. REFERENCIAS

- EXPERTO : JUAN CARLOS TUPA FERNÁNDEZ
- PROFESIÓN : MÉDICO
- CARGO ACTUAL : MÉDICO PEDIATRA
- GRADO ACADÉMICO : ESPECIALIDAD PEDIATRÍA

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
1. CLARIDAD	Está redactado con lenguaje apropiado	1	2	3	4	5
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en capacidades observables	1	2	3	4	5
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia	1	2	3	4	5
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica de los ítems con las variables	1	2	3	4	5
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad suficientes	1	2	3	4	5
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir los objetivos de la investigación	1	2	3	4	5
7.-CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos	1	2	3	4	5
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores, ítems e índices	1	2	3	4	5
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	1	2	3	4	5
10. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación	1	2	3	4	5

Fuente: Tamayo y adaptado de Palomino, Juan; Peña Julio Daniel; Zevallos Gudelia y Oriza no Lincoln (2017, p. 17)

Coefficiente de valorización porcentual, C = Total/50 = ... 90% ...

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL INSTRUMENTO ES CONFIABLE PARA SU APLICACIÓN

IV. RESOLUCIÓN

- a. Aprobado (C ≥ 75% = 0.75) ☒
- b. Desaprobado (C < 75% = 0.75) ☐

Lugar y fecha : Tulumayo 13 Febrero 2021

Juan Carlos Tupa Fernández
PEDIATRÍA
CAPP. 52813

Sello y firma del experto

N° celular: 98355 0024



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TÍTULO TESIS: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ 2020

I. REFERENCIAS

- EXPERTO : JORGE LEONEL MONTAÑA JARAMILLA
- PROFESIÓN : MÉDICO
- CARGO ACTUAL : MÉDICO FAMILIAR
- GRADO ACADÉMICO : ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR COMUNITARIA

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
1. CLARIDAD	Está redactado con lenguaje apropiado	1	2	3	4	5
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en capacidades observables	1	2	3	4	5
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia	1	2	3	4	5
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica de los ítems con las variables	1	2	3	4	5
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad suficientes	1	2	3	4	5
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir los objetivos de la investigación	1	2	3	4	5
7.-CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos	1	2	3	4	5
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores, ítems e índices	1	2	3	4	5
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	1	2	3	4	5
10. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación	1	2	3	4	5

Fuente: Tamayo y adaptado de Palomino, Juan; Peña Julio Daniel; Zevallos Gudelia y Oriza no Lincoln (2017, p. 17)

Coefficiente de valorización porcentual, $C = \text{Total}/50 = 94\%$

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL INSTRUMENTO PRESENTA FIDABILIDAD PARA ESTA INVESTIGACIÓN

IV. RESOLUCIÓN

a. Aprobado ($C \geq 75\% = 0.75$) ☒

b. Desaprobado ($C < 75\% = 0.75$) ☐

Lugar y fecha : JULIACA 24 MARZO 2021


 Jorge Leonel Montaño Jaramilla
 MÉDICO FAMILIAR
 MEDICO ESPECIALISTA
 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sello y firma del experto

N° celular: 969690464



Anexo 5. Matriz de datos

N°																																									ADHERENCIA													FORMULA SUMA		FORMULA SI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	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	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385



101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449	1450	1451	1452	1453	1454	1455	1456	1457	1458	1459	1460	1461	1462	1463	1464	1465	1466	1467	1468	1469	1470	1471	1472	1473	1474	1475	1476	1477	1478	1479	1480	1481	1482	1483	1484	1485	1486	1487	1488	1489	1490	1491	1492	1493	1494	1495	1496	1497	1498	1499	1500	1501	1502	1503	1504	1505	1506	1507	1508	1509	1510	1511	1512	1513	1514	1515	1516	1517	1518	1519	1520	1521	1522	1523	1524	1525	1526	1527	1528	1529	1530	1531	1532	1533	1534	1535	1536	1537	1538	1539	1540	1541	1542	1543	1544	1545	1546	1547	1548	1549
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------



161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

[illegible][illegible][illegible]



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 06/11/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Judith Katia Ampa Lima

Dirección: Residencial Collasuyo I Etapa C17 - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 42585338

Teléfono: 970909074

email: jkatiaampalima@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____

email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Maestría en Salud

Escuela Profesional o Mención: Salud Pública

Título o Grado Académico a optar: Magíster en Salud

Asesor: Dra. Esperanza Cueva Rossel

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones

Trabajo de Investigación ☐

Tesis ☒

Trabajo de Suficiencia Profesional ☐

Trabajo Académico ☐

Título: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, 2020

Palabras claves, (3 a 5 términos): Funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☐ Título ☐ 2da Especialidad ☒ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV:

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación. Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☐ Internacional

☒ Nacional

Línea de investigación: Salud Pública - P42


Firma de Autor


huella digital

06 de Noviembre del 2025

Fecha