



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“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”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

**CARHUAS CCOELLO, EDWIN ALFREDO
ZUÑIGA DE LA CRUZ, JOSSELYN**

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios nuestro creador, quien nos guía, nos ha dado fortaleza y razón a nuestra existencia.

A nuestros padres quienes nos inspiraron el deseo de superación profesional constantemente y por haber compartido con nosotros cada momento importante a lo largo de estos años de formación académica.

AGRADECIMIENTOS

A la Directora del Centro de Salud “Gustavo Lanatta Lujan”, a la Lic. María Cárdenas Yupanqui por brindarnos las facilidades para llevar a cabo esta investigación.

A la Dra. Pérez Siguas, Rosa Eva, por compartir sus conocimientos, tener paciencia y brindarnos su apoyo constante para realizar el presente estudio.

A las madres de los niños del presente estudio por su colaboración durante la ejecución de la investigación.

ASESORA DE TESIS

DRA. PÉREZ SIGUAS, ROSA EVA

JURADOS

Presidente: Mg. Anika Remuzgo Artezano

Secretario: Mg. Yurik Anatoli Suárez Valderrama

Vocal: Mg. Franchesca Katherine Lopez Llerena

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ASESORA DE TESIS.....	v
JURADO.....	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE ANEXOS.....	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	18
1.3 Justificación.....	18
1.4 Objetivo.....	19
1.4.1 Objetivo general.....	19
1.4.2 Objetivo específico.....	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	21
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	21
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	24
2.2 Base teórica.....	31
2.2.1 Familia.....	31
2.2.2 Teoría de Orem.....	35
2.2.3 Funcionalidad familiar.....	35
2.2.4 Anemia.....	39
2.2.5 Adherencia.....	50
2.3 Terminología básica.....	52
2.4 Hipótesis.....	53
2.5 Variables.....	53
2.5.1 Operacionalización de variables.....	54

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo y metodo de investigación	56
3.2 Población y muestra.....	56
3.2.1 Criterio de inclusión.....	57
3.2.2 Criterio de exclusión.....	57
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	58
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	59
3.5 Aspectos éticos.....	60
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Resultados.....	62
4.2 Discusión.....	70
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	76
5.2 Recomendaciones.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Análisis para determinar la relación existente entre 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.	63
Tabla 2: Características los datos sociodemográficos de la familia de los niños con anemia de 6 a 35 meses en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.	64
Tabla 3: Clasificación de la funcionalidad familiar de los niños con problema de anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.	66
Tabla 4: Nivel de adherencia a los micronutrientes en las madres de los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.	67
Tabla 5: Funcionalidad familiar y el nivel de adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.	68

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Ficha para recolección de datos	86
Anexo 2: Consentimiento Informado (Padres de familia y/o apoderado)	90
Anexo 3: Diagrama de dispersión de la funcionalidad familiar y adherencia a los micronutrientes de las madres de los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan del distrito de San Martín de Porres periodo, febrero – marzo del 2018.	91
Anexo 4: Edad en meses de los niños con problema de anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan periodo, febrero- marzo del 2018.	92
Anexo 5: Clasificación de la anemia en los niños de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan periodo, febrero- marzo 2018.	93
Anexo 6: Tipo de familia que provienen los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan periodo, febrero - marzo del 2018.	94

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre 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 del Distrito de San Martín de Porres periodo, febrero- marzo del 2018. **Material y Métodos:** El presente estudio tiene como enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal, observacional y retrospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 56 niños con anemia de 6 a 35 meses, que fueron atendidos en el área de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan. El instrumento utilizado fue el APGAR familiar y adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses de edad. **Resultados:** De acuerdo a la variable funcionalidad familiar se encontró que existe un elevado porcentaje de 51.8% en la disfunción familiar leve, mientras que el 30.3 % se evidenció una buena función familiar y un 17.9 % se dio una disfunción familiar moderada. Para la variable adherencia a los micronutrientes en los niños de 6 a 35 meses con problemas de anemia se encontró un alto porcentaje de 60.7 % de madres que mostraron baja adherencia y un 39.3% de madres que mostró una alta adherencia a los micronutrientes. **Conclusión:** No existe relación entre la funcionalidad familiar y adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses, ya que de acuerdo a la prueba del Chi-cuadrado tuvo un valor de $p = 0,361$.

Palabras Claves: "Funcionalidad familiar", "Adherencia a los micronutrientes", "Niños", "Micronutrientes", "Anemia", "Madre".

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between family functionality and adherence to micronutrients with anemia children from 6 to 35 months in the Gustavo Lanatta Lujan Health Center of the District of San Martin de Porres period, February-March 2018. **Material and Methods:** The present study has a quantitative, correlational, cross-sectional, observational and retrospective approach. The study population consisted of 56 with anemia children from 6 to 35 months, who were treated in the area of Growth and Development of Gustavo Lanatta Lujan Health Center. The instrument used was family APGAR and adherence to micronutrients with anemia children from 6 to 35 months of age. **Results:** According to the family functionality variable, a high percentage of 51.8% was found in mild family dysfunction, while 30.3% showed a good family function and 17.9% showed moderate family dysfunction. For the variable adherence to micronutrients in children aged 6 to 35 months with anemia problems, a high percentage of 60.7% of mothers who showed low adherence and 39.3% of mothers who showed a high adherence to micronutrients was found. **Conclusion:** There is no relation between family functionality and adherence to micronutrients with anemia children from 6 to 35 months, since according to the chi-square test it had a value of $p = 0.361$.

Key words: "Family Functionality", "Micronutrient adherence", "Children", "Micronutrients", "Anemia", "Mother".

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 . Planteamiento del problema

En la actualidad, existen más de 2000 millones de personas con anemia, de ellos el 50 % se debe a causa de la deficiencia de hierro, según lo ratifica la Organización Mundial de la Salud. Entre los grupos etarios tenemos a los lactantes y preescolares como los más susceptibles debido a la carencia del aporte de hierro, por lo que tiene que ser compensados por su acelerado crecimiento y desarrollo que presentan en esta etapa de su vida. En los países llamados en vía de desarrollo, el déficit de hierro se da con una dimensión de 40 % al 60 % en los niños (1).

La Organización Mundial de Salud, define a la adherencia terapéutica, como el grado del comportamiento que presenta una persona, en la administración del medicamento, la continuación de un régimen alimentario y el cambio del estilo de vida que corresponden a las indicaciones impartidas por los profesionales de la salud, a la vez también son empleadas en los niños (2).

La anemia en los niños sigue siendo un problema de salud pública, las estrategias actuales incluyen el tratamiento y suplementación con hierro, pero se desconoce cuál es su nivel de adherencia o cumplimiento (2).

La deficiencia de los micronutrientes en los niños son factores predisponentes a múltiples enfermedades infecciosas, pudiendo provocar en estos menores la muerte, cuyas edades comprende en especial a los niños menores de 5 años. En un informe del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, sostiene que aproximadamente unos 250,000 niños padecen de carencia grave de hierro desde su nacimiento siendo el causante de la muerte de al menos un millón de niños menores de 5 años (3).

Dentro América Latina y el Caribe, el Perú sigue siendo el cuarto país con la tasa más alta de anemia, el 50.4% son niños menores de 5 años; dentro de ellos se incluye a los niños menores de 3 años que es considerado como el grupo etario más vulnerable con un 68.8% de prevalencia (4).

En todos estos casos la causa de la anemia fue la falta de aporte del hierro en la alimentación de los niños. Así lo ratifica en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES en el 2013. De estos niños con anemia, el 50 % se vieron afectados su desarrollo cognitivo que muchas veces suele ser irreversible, por ello la suplementación de hierro en la dieta es la mejor opción para prevenir y tratar la anemia en niños y niñas (4).

Para el 2016, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, en su informe puso en evidencia que el 33,3% de niñas y niños menores de cinco años padecían de anemia. Dentro de ellos estuvieron los que presentaban anemia leve con un 22.8%, seguido de los niños que presentaban anemia moderada con un 10.3 %, y, posteriormente, un 0.2 % de los niños presentaban anemia severa (5).

Mientras tanto, Lima sigue siendo el departamento con alto índice de anemia, así lo demuestran las cifras. En el distrito de San Juan de Lurigancho, el distrito más populoso, cerca de 22,066 (37%) niños menores de tres años padecen de esta enfermedad, mientras que, en el distrito de Ate, la cifra llega a los 15,639 (45%) niños con anemia (6).

Por lo antes mencionado, nuestro interés como investigadores aumenta, centrándonos más en el estado de salud de estos menores y en la situación familiar en el que ellos están inmersos, asimismo el equipo de salud desempeña un papel importante en la promoción, prevención y tratamiento de la anemia, por lo que se establece una relación entre la salud familiar y el proceso salud-enfermedad (7).

La familia es considerada como la unidad social y como medio entre la persona y la comunidad, está siempre en un constante cambio, pasando en algunas ocasiones por algún proceso favorable o desfavorable dentro del proceso salud-enfermedad (7).

En años anteriores, se creía que una familia era funcional siempre y cuando esté conformada por los padres e hijos. En la actualidad, se han podido identificar que necesariamente no es así, ahora existen distintos tipos de familia consideradas también como familias funcionales las que entre ellas destacan: las familias ensambladas, caracterizándose por estar conformada por un segundo compromiso, donde está presente la presencia de los padres e hijos de los compromisos anteriores, a este se le adiciona los hijos de la familia recién establecida, también existen las familias mono parenterales este tipo de familia se caracteriza por estar representado por solo un padre más los hijos (8).

Según el Censo Nacional del 2007, informó que existen a nivel nacional 6 millones 754 mil hogares, entre ellos se encuentran los tipos de hogares nucleares con un 53,0% (3 millones 577 mil 31) de todos los hogares del país, mientras que los hogares extendidos presentaron un 25,1 % (1 millón 695 mil 898) , en el hogar unipersonal con un 11,8% y los hogares sin núcleo, donde el jefe de familia convive con algún otro familiar, sólo en este grupo está representado por un 6,0%. En una sub clasificación interna los hogares con hijos tanto nucleares como los hogares extendidos siguen siendo lo más resaltante con un 49,5 % (3 millones 344 mil 621) de todos los hogares (32).

Antes solían ser los jefes del hogar exclusivamente los varones, ahora, está siendo asumida por las mujeres en las últimas décadas, ya que se observa

que, a nivel nacional, la jefatura femenina se ha incrementado en el 2007 (1 millón 922 mil 295) en 5,2% respecto al Censo de 1993 (1 millón 110 mil 236) (32).

Estos hogares donde sólo está la figura materna. En algunas ocasiones han pasado por algún proceso desfavorable, atravesando por una disfunción familiar lo que ocasiona la falta o ausencia de la capacidad que tiene la familia para dar frente a las diversas situaciones problemáticas y todas sus funciones básicas las que destacan: el afecto, la comunicación, la adaptabilidad, la resolución de problemas, participación y normas de convivencia, propio de una familia (9).

Estas familias disfuncionales van presentando, falta de buenas relaciones familiares, insatisfacción de estar juntos como familia, cada integrante asume sus intereses y necesidades de manera individual; existe ausencia de actitud negociadora, se presta muy poca importancia a las opiniones o sugerencias de sus integrantes. Estas peculiaridades van dañando el funcionamiento de la familia y entre ellas tenemos: la identidad personal, la autonomía de cada uno de sus integrantes, la comunicación efectiva este último permite compartir los problemas y a su vez adaptarse o ceñirse a los cambio (10).

Según el "Instituto de Desarrollo de Estrategias, Análisis y Soluciones para América Latina", cuyo representante y experto el señor, Carlos Polo, señala que el Perú está entrando a un incumplimiento de las relaciones de pareja, por lo que no es favorable para la tranquilidad de la población. Expone que la organización de la familia debe garantizar al máximo la tranquilidad y la defensa de sus derechos donde se encuentre el equilibrio y el mutuo acuerdo, el 84.9% de los apuntes estadísticos denotan que las familias, compuesta por una pareja, son casadas y con hijos, fruto de su matrimonio va conducir favorablemente al bienestar de todos los integrantes de esa familia. En otro estudio titulado "Familia y Bienestar Social en países democráticos", se evidenció que existe menos violencia en las familias cuando los hijos se encuentran muy cerca y frecuentemente con sus padres biológicos (33).

En el Perú, de acuerdo a los informes estadísticos, mencionan que en las familias cuyas parejas contrajeron matrimonio, existen violencia familiar con una tasa de 8.9%, mientras que en las familias cuyas parejas conviven asciende a 17%. La situación es similar también para otros países (33).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, en su informe refiere que existe la posibilidad que un niño entre 6 y 17 meses tenga alguna eventualidad desfavorable, triplicando esta posibilidad cuando los niños viven con solo uno de sus padres (33).

Considerando que los primeros años de vida de un niño es sumamente importante la cual comprende entre los 0 a 6 años, es donde se va ir desarrollando la formación de su personalidad, pero, cuando surgen problemas como el vivir en una familia disfuncional, el niño va atravesar por diferentes crisis entre ellas tenemos: la vergüenza, la autonomía, iniciativa y culpa, repercutiendo desfavorablemente en su personalidad (11).

En el vínculo familiar, el desarrollo de sus integrantes pasa por una serie de sucesos. Estos sucesos suelen ser en algunos casos favorables en los niños, cuando crecen dentro de un vínculo familiar propicio, en lo afectivo y en lo socioeconómico, estos menores van a presentar un buen estado salud, evitándose así problemas que son comunes de la infancia, refiriéndose a la anemia. Por ello, es muy importante que las familias presenten una buena funcionalidad familiar y si a ello le sumamos la buena adherencia a los micronutrientes en la alimentación de los niños, estas familias estarán encaminados por una buena alternativa para prevenir y disminuir los índices de anemia que se han vuelto muy frecuentes, hoy en día en los niños (12).

Por consiguiente, de lo antes expuesto, en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan del distrito de San Martín de Porres, se observó en el servicio de enfermería, en el área de crecimiento y desarrollo, se viene organizando la suplementación de los micronutrientes para prevenir y tratar la anemia en infantes menores de 36 meses, también se encontró a través del registro de atención, niños con problemas de anemia. Estos menores vienen de familia donde tienen a la figura paterna y materna pero en su mayoría estos

conyugues no son casados por lo que optan por la convivencia. Por otro lado, existe también sólo la figura materna, optando por ser ella el jefe del hogar de estos niños, por lo que la madre tiene que salir a trabajar y solventar con los gastos, dejando al cuidado de estos niños con la abuelita, los tíos o familiares más cercanos.

Por lo antes expuesto y frente a esta problemática se quiere estudiar si existe relación entre la funcionalidad familiar y adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses que acudieron al Centro de Salud planteándose así la siguiente interrogante.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre 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 del distrito San Martin de Porres periodo, febrero - marzo del 2018?

1.3. Justificación

Se ha considerado estudiar esta relación ya que por lo antes mencionado nuestro interés como investigadores aumenta, centrándonos más en el estado de salud de estos menores y en la situación familiar en el que ellos estén inmersos es por ello que a través de los resultados de esta investigación serán de mucha utilidad para todo el personal del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, ya que a través de este estudio se ha podido evidenciar un alto porcentaje de niños con anemia y la falta de buenas relaciones familiares asimismo, el equipo de salud juega un papel importante en la promoción, prevención y tratamiento de la anemia, por lo que se establece una relación entre la salud familiar y el proceso salud-enfermedad.

A través de este estudio nos va a servir también para poder brindar información actualizada al centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, plantear mejoras en el área de Crecimiento y Desarrollo, formular estrategias de educación tales como la administración adecuada de los micronutrientes,

estilos de vida saludables para el niño con anemia y educación familiar continua tanto como para el personal de enfermería, psicología y los padres de familia presentes en el centro de salud, ya que de acuerdo a las entrevistas realizadas a las madres de los niños refieren que no les dan los micronutrientes porque su niño ya no quería comer, no terminaba la comida y no le gustaba el sabor, por falta de tiempo, se les olvidaba, les hace daño a sus niños o simplemente no preferían darles, otros casos que influye mucho son las disfunciones familiares ya sea por los constantes cambios que se den dentro de un hogar o la falta de capacidad para resolver las diversas situaciones problemáticas que se puedan presentar dentro de un grupo familiar.

Por ello, este estudio va a contribuir en disminuir el problema de la anemia en estos niños y la falta de buenas relaciones familiares, ya que las madres a través de ello podrán mejorar sus cuidados en casa a través del régimen alimentario y educación familiar, ya que el índice de anemia en los niños, entre la edad de 6 a 35 meses que asistieron a su control de crecimiento y desarrollo podría verse reducido, asimismo como enfermeras se podría estimular y promover al 100% la salud física, mental, emocional del niño y la familia.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan del Distrito de San Martín de Porres, 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar los datos sociodemográficos de la familia de los niños con anemia de 6 a 35 meses en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan del Distrito de San Martin de Porres.
- Identificar la funcionalidad familiar que presenta la familia de los niños con anemia de 6 a 35 meses en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan del Distrito de San Martin de Porres.
- Identificar el nivel de adherencia a los micronutrientes de los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan del Distrito de San Martin de Porres.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Taborda Restrepo Paula, Pérez Cano Margot, Berbesi Fernández Deisy, en Antioquia, Colombia en el año 2011, llevaron a cabo un estudio titulado “Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del programa departamental de complementación alimentaria de Antioquia”, donde se tuvo como objetivo fue establecer si existe asociación entre la funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del programa departamental de complementación alimentaria de Antioquia. El tipo de estudio fue descriptivo transversal, los participantes fueron 11 436 niños menores de 6 años y el tipo de muestra elegido fue aleatorio simple. El instrumento empleado fue la evaluación antropométrica y teniendo en cuenta las tablas de referencia de la Organización Mundial de la Salud del 2006, trabajaron en cada familia la escala de seguridad alimentaria en el hogar y para la funcionalidad familiar trabajaron con el instrumento del Apgar familiar. Los resultados fueron: Se encontró que el 14.9 % de los menores tuvieron retraso en la estatura, muy bajo peso un 3.3 % y un 1.2 % muy bajo peso y delgadez un 2%. Asimismo, hubo una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad, cuyo valor excedió

el 30 %. En la seguridad alimentaria fueron más del 70 % de los niños quienes presentaron este problema. En la funcionalidad familiar el 51,0 % de los hogares tiene adecuada funcionalidad familiar, 26.4% tiene disfunción leve, el 13,4 % moderada y el 9,2 % grave. Conclusión:

Se halló asociación entre la seguridad alimentaria, la funcionalidad familiar y la desnutrición crónica, por lo que se puede deducir que estos van a comportarse como factores de riesgo en la desnutrición del niño (12).

Berbesi Fernández Deisy, García Jaramillo Margarita, Segura Cardona Ángela, Posada Saldarriaga Ricardo, en Medellín, Colombia en el año 2010, realizaron un estudio titulado “Evaluación de la funcionalidad familiar en familias de niños con diagnóstico de asma”, donde el objetivo fue determinar la funcionalidad familiar en un grupo de familias de niños asmáticos de 7 a 12 años de edad. El método empleado: es un estudio transversal, llevándose acabo de julio a septiembre de 2010 en 6 instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia. Para este estudio participaron 50 familias, cuyos niños presentan asma, de ellos 22 su asma no estaban bien controlados, y otro grupo de niños de la misma enfermedad pero que si se encuentran controlados. Para determinar la funcionalidad familiar se utilizó el test de Apgar y para la evaluación clínica del su proceso de asma en lo niños participo, médicos pediatras neumólogo. Los resultados fueron: En cuanto a la disfunción familiar, es un factor que se asocia con más constancia a la familia de niños con este problema del asma no controlada, en semejanza con aquellos que no presentan este tipo de problema (OR = 8,95; IC95%: 2,4-32,3). En la funcionalidad familiar se observó que en las familias disfuncionales es muy común encontrar niños con asma no controlada (77,3%) al comparar con las familias cuyos hijos tienen el asma controlado (27,6%). Conclusión:

Debidos a los reiterados problemas con la disfunción familiar y los niños con asma, se deberá ser más

minuciosos para la evaluación de funcionalidad de estas familias para llegar proporcionar una atención integral a las familias de estos niños que encuentran pasando por este problema del asma (9).

Urquidi Cynthia, Mejía Héctor, Vera Claudia, en La Paz Bolivia, en julio y diciembre en el año 2005, llevaron a cabo un estudio titulado “Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso micro encapsulado” y su objetivo fue evaluar el porcentaje de respuesta, la adherencia al tratamiento de la anemia con micro gránulos de fumarato ferroso. En cuanto al procedimiento, se contó, con 124 niños cuyas edades oscilaron de 6 a 24 meses. Los resultados de las hemoglobinas fueron inferiores a 13,7 g/dl y fueron ingresados al estudio y separados en dos grupos, un grupo control con sulfato ferroso y el otro grupo experimental con los micros gránulos con fumarato ferroso. Los resultados fueron: un porcentaje fue positivo al tratamiento con el grupo de estudio experimental con el fumarato ferroso micro encapsulado en un 91%, mientras que el grupo control con sulfato ferroso, fue de un 71 %. En cuanto a la adherencia al tratamiento, fue significativo en un 78 % en el grupo de estudio experimental, con micro gránulos con fumarato ferroso y en el grupo de estudio control, con sulfato ferroso, la adherencia fue de un 55 %. En conclusión:

El fumarato ferroso micro encapsulado disminuye significativamente los índices de anemia en los niños al presentar mejor adherencia al tratamiento de la anemia. Si se aplicarían como nueva intervención en los programas de salud, se incrementaría en un 33% los beneficios obtenidos por el nuevo suplemento (13).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Chiguay Arapa Diana, Medina Rodríguez Karla. En el departamento de Arequipa Perú, en el año 2017. Realizaron un estudio “Factores socioculturales y adherencia a la suplementación con micronutrientes en madre de niños de 6 a 36 meses. El objetivo fue determinar los factores socioculturales asociados a la adherencia a la suplementación con micronutrientes en madres de niños de 6 a 36 meses. El tipo de estudio cuantitativo, descriptivo, diseño correlacional de cohorte transversal, utilizaron una encuesta, técnica el cuestionario; los instrumentos fueron una ficha individual, ficha sociocultural, y el Test de Morisky-Green para determinar la adherencia a los micronutrientes. Su población constó de 152 madres, con una muestra de 109 madres de niños de 6 a 36 meses. Se evidenció relación estadística significativa entre los factores sociales: estado civil, ocupación, edad del niño, tipo de familia, tenencia de la vivienda y relación con el personal de salud. Y entre los factores culturales todos son significativos: grado de instrucción, aceptación del micronutriente, comentarios sobre los micronutrientes e información que recibió de la enfermera. En relación a la adherencia al consumo de micronutrientes se evidenció que el 60.6% de las madres de niños de 6 a 36 meses no es adherente al consumo de micronutrientes, y el 39.4% de madres es adherente a la suplementación con micronutrientes. Conclusión:

En cuanto al nivel de adherencia podemos decir que las madres de niños de 6 a 36 meses que acudieron al Centro de Salud de Ampliación Paucarpata no tienen adherencia a la suplementación con micronutrientes (36).

Santisteban Prada Carmen, Valdivieso Gordillo Alexia, en el departamento de Lambayeque Perú, en el año 2017, llevaron a cabo un estudio titulado “Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 36

meses del centro de salud san Martín,” y este tuvo como objetivo definir la relación existente entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y los niveles de hemoglobina en niños menores de 36 meses que acuden al centro de salud “San Martín.” En cuanto al método fue un estudio cuantitativo con diseño correlacional transversal. La muestra estuvo representada por 56 niños y sus madres o apoderadas, seleccionados por un muestreo probabilístico al azar; para la recolectar los datos se emplearon un “cuestionario de evaluación de la suplementación de micronutrientes” elaborado por las autoras de este trabajo con una confiabilidad de ($\alpha = 0.8$). Los resultados obtenidos fueron: el 58.9 % de niños menores de 36 meses de edad presentan adherencia al tratamiento con micronutrientes a diferencia del 41,1% de niños que no presentaron adherencia. Por lo tanto, según su control a los 6 meses de edad sólo el 37,5% tienen un nivel de hemoglobina normal de 11g/dl o mayores, después de la suplementación con micronutrientes se observó una mejoría en los niveles de hemoglobina el 82.1% de los niños menores evaluados evidenciaron niveles altos de hemoglobina.

Conclusión:

Si existe una relación significativa ($p= 0.018$) entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina. Siendo la suplementación con micronutrientes una estrategia efectiva para la prevención de la anemia. Sin embargo, su efectividad mucho va depender de la adherencia que van a presentar (4).

Laura Quispe Gaby, en el distrito de Coata en el departamento de Puno, en el año 2016, efectuó un estudio titulado “Adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en gotas de madres con lactantes de 4 meses, centro de salud I-3 Coata, Y tuvo como objetivo determinar la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en gotas de madres con lactantes de 4 meses. El presente estudio fue de tipo descriptivo, observacional y prospectivo con diseño pre evaluación

pos evaluación sin grupo control; con una población y muestra de 15 madres con lactantes de 4 meses de edad que recibieron suplementación con sulfato ferroso en gotas. Se empleó la técnica de observación directa cuyo instrumento fue la ficha de registro del control de hemoglobina. Los resultados fueron el 60% de las madres con lactantes de 4 meses tuvo adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en gotas y el 40 % no tuvo adherencia. En la pre evaluación el promedio del nivel de hemoglobina fue 12.11 g/dl y el nivel mínimo fue 9.9 g/dl; al terminar la suplementación el promedio de hemoglobina fue 13.66 g/dl con un máximo nivel encontrado de 15.5 g/dl. Sobre la variación: el 60% de lactantes presentaron una variación de hemoglobina ≥ 1.4 g/dl y el promedio de variación fue 1.57g/dl. En conclusión:

En respuesta a la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en gotas de madres, el 40% de lactantes presentan un nivel de hemoglobina dentro de los parámetros normales (14).

Hinostroza Felipe Milagros, Cercado de Lima, Perú, en el año 2015, realizó un estudio titulado “Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, cercado de Lima”. El objetivo de su estudio fue conocer las barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses del Cercado de Lima. El tipo de estudio fue con un enfoque mixto, la fase cuantitativa tuvo un diseño observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal y la fase cualitativa, un diseño de teoría fundamentada. Los participantes para este estudio constó de 968 madres de niños menores de 36 meses, de los cuales, la primera recepción del suplemento fue entre diciembre del 2013 y mayo del 2014 para el enfoque cuantitativo y 30 madres de niños menores de 36 meses de la muestra cuantitativa para el enfoque cualitativo. Técnicas e instrumentos: para la determinación del nivel de adherencia a la suplementación de los micronutrientes se realizó una

observación y conteo de los sobre entregados y consumidos. Para ello se tuvo que realizar operaciones matemáticas entre número de sobre consumidos dividido entre el número de sobre entregados al valor obtenido se le multiplica por 100. Los resultados obtenidos fueron: El 8.5 % de las madres de los niños, menores de 36 meses, presentaron alta adherencia a los micronutrientes y un 91.5 % presentaron baja adherencia a los micronutrientes. Conclusiones:

Hubo una alta adherencia con un 8.5 %, por otro lado, hubo una baja adherencia con un 91.5 %. Se identificaron barreras que hicieron que no exista una alta adherencia dentro de ellas se logró identificar el motivo por el cual les daba los micronutrientes y los resultados fueron: desconfianza de los padres, malestares generales que causan en los niños, información equivocada respecto a los micronutrientes, la falta de información en la hora de la preparación, el desagrado de los niños al consumirlos, los periodos de enfermedad por la que pasan los niños. Y por otra parte, dentro de las madres que tienen una adherencia alta se identificó la información no muy completa respecto a los micronutrientes. Por otro lado, también tuvo lugar un desagrado por parte de los niños al iniciar su ingesta con las comidas (15).

Castillo García Carmen, en la ciudad de Trujillo, Perú, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Disfunción familiar como factor de riesgo de desnutrición crónica en menores de cinco años. Micro red de salud el Porvenir”, cuyo el objetivo fue determinar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para el desarrollo de desnutrición crónica en menores de cinco años. En cuanto a los procedimientos se efectuó un estudio basado en la observación, analítico, y de casos controles, evaluándose así a 213 menores de cinco años lo cual se tuvo que distribuir en dos grupos, 71 niños menores de cinco años con desnutrición crónica y 142 menores de cinco años sin desnutrición

crónica. Los instrumentos utilizados fueron el test de APGAR familiar para medir disfunción familiar, al valor de 0 a 17, para el estado nutricional se instauró la presencia de acuerdo a tablas antropométrica de Organización Mundial de la Salud en especial consideración las medidas de talla para la edad están dentro de los límites permitidos. Resultados fueron: Para la desnutrición crónica, el 62% de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica provenían de familias disfuncionales y para la funcionalidad familiar, el 38 % de los niños son de familias funcionales. A pesar de ellos, estos niños también presentaron desnutrición crónica. Un 42.9% de los niños que provinieron de familias disfuncionales aun así estos niños no presentaron desnutrición crónica y el 57.1 % de los niños tienen una familia funcional y a su vez no presentan desnutrición crónica, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$). Se halló un OR= 2.16 con un intervalo de confianza al 95% de 1.21 a 3.87. En conclusión:

La desnutrición crónica es muy frecuente en los niños menores de 5 años con una disfunción familiar en comparación con los niños no presentan desnutrición crónica, por lo que se perfila en ser un factor de riesgo en la desnutrición crónica en todos los niños menores de 5 años (10).

Munares García Oscar, Gómez Guizado Guillermo, en Perú en el año 2014. Realizo un estudio titulado “Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud”. El objetivo fue determinar la adherencia a los multimicronutrientes y los factores asociados. En cuanto a su procedimiento, su estudio fue epidemiológico a través de vigilancia activa por sitios centinela. Participaron, 2.024 niños entre los 6 hasta los 35 meses entre los meses de octubre a diciembre de 2014. .En relación al Instrumento utilizado, se emplearon cálculos matemáticos para saber qué tan adherentes eran al tratamiento, se procedió a contar los sobres consumidos y luego se dividió entre 30 que fueron

los sobres entregados para un mes, .Posteriormente, el, luego el resultado obtenido se multiplica por 100. Si el valor obtenido era mayor o igual a 90 % se consideraba un niño adherente. Por otro lado, los factores asociados tales como conocimiento de la anemia, conocimiento de los alimentos ricos en hierro, los efectos secundarios que pueden presentar al consumir los micronutrientes, conocimiento del esquema de las dosis, y cuan motivadas estaban las madres respecto al tratamiento. Resultados: De los 2,024 (100 %) niños entre los 6 a 35 meses estimados, sólo 1,536 (75,9%) se les entregaron los micronutrientes. De estos 1,536 niños sólo el 24.4 % presentaron adherencia al micronutriente. Y un 75.6 % no fueron adherentes. De las madres que fueron adherentes la mayor parte (46.2%) fueron madres que no tenían un nivel educativo. Conclusión:

Este estudio concluye que existió una baja adherencia para un punto de corte muy exigente al ser considerada como alta adherencia al consumo de igual o mayor del 90% de los sobres de micronutrientes, asimismo, los factores asociados fueron la ausencia de infecciones que presentaron los niños, el desconocimiento de los efectos secundarios de los padres a la hora de la administración de los micronutrientes. De igual manera, se encontró asociación de los factores a las creencias erróneas de las madres respecto al tema de los micronutrientes (2).

Huamán Espino Lucio, Aparco Juan Pablo, Núñez Robles Eloísa. En Apurímac Perú en el año 2012 realizaron un estudio: “Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35, cuyo objetivo fue evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutrientes “Chispitas en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, en niños de 6 a 35 meses. Materiales y métodos. Se realizó un estudio transversal usando un

muestreo multietápico en el 2010. Se consideró como anemia a los valores de hemoglobina ajustados por altitud menores de 110 g/L. El consumo de multimicronutrientes se categorizó en menor de 30; de 30 a 59, y 60 o más sobres. La calidad del consumo fue adecuada cuando la madre refería que el niño consumía toda la comida con el suplemento. Se calculó las razones de prevalencia (RPa) ajustadas por regresión de Poisson. Resultados. Se incluyó 714 participantes, 25,3% vivía en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza; 52,6% residía a más de 3000 m de altitud. La prevalencia de anemia fue de 51,3% (IC95%: 47,1-55,4%), 5,4% no recibió la intervención; 60,3% consumió 60 o más sobres y 49,0% los consumió en forma adecuada. No se encontró asociación entre la cantidad de sobres recibidos o consumidos y la anemia ($p < 0,05$). Aquellos niños que consumieron el suplemento en forma adecuada tuvieron menor prevalencia de anemia que aquellos que no lo hicieron (RPa: 0,81; IC95%: 0,68-0,96). En conclusión:

No basta con entregar o consumir la cantidad necesaria de los multimicronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia, aspecto que debe ser trabajado para mejorar esta intervención (35).

2.2. Base Teórica

2.2.1. Familia

A. Definición:

De acuerdo a la OMS, la familia se define como miembros o integrantes de un hogar, los cuales guardan un parentesco ya sea consanguíneo, adoptados e hijos de otros compromisos extramatrimoniales (15).

La familia viene ser la unión biopsicosocial, pudiendo ser uno de los ejemplos en apoyar en la salud de todos sus integrantes, a través de la ideología y los valores de los padres hacia sus hijos asimismo, el modo de crecimiento y desarrollo en cada uno de los niños tiene que ver mucho con las decisiones que se toman en el grupo familiar (14).

Otros definen a la familia como un grupo de individuos que conviven en un mismo hogar y en el mismo entorno social, manteniendo una buena relación afectiva (24). La familia también viene ser un sistema dinámico, ya que el bienestar de uno de los integrantes influye directamente en el bienestar de los demás miembros de una familiar (26).

Sin embargo, a pesar de las diversas definiciones, fundamentos teóricos que nos traten de explicar sobre la familia siempre será una pieza fundamental para la determinación de la salud de cada uno de los miembros de una familia (27).

B. Ciclo vital familiar :

El ciclo vital de la familia viene ser un grupo de etapas, en donde ocurre diversas complejidades que atraviesa una familia desde su

creación basándose en el hijo mayor considerándolo como la primera etapa llamada también "nido sin usar" o parejas sin hijos atravesando por la infancia, edad escolar y adolescencia para luego llegar nuevamente a que las parejas quedan solos llamados también "etapa de nido vacío". Posteriormente, llegan a la fase "familias ancianas, la cual termina con el fallecimiento de ambos esposos. Cada una de estas etapas del ciclo vital familiar ocurre cambios que puede variar según sus características ya sea social y económica en donde los integrantes de una familia requieren experimentar cambios de papeles, de tareas y de comportamiento de acuerdo a sus normas establecidas dentro de un hogar (15).

C. Tipos de familia :

Los tipos de familia están categorizados de acuerdo a la función de cada uno de los integrantes que viven en un hogar, ya que ellos establecen la interrelación posible dentro de su entorno en donde encontramos inmersa a la familia.

- **Familia nuclear** (padres e hijos): Es la que conocemos como familia típica, compuesta por un padre, una madre y sus hijos ya sean biológicamente, por fertilización invitro o adoptados (15).
- **Familia extensa** (padres, hijos y parientes de la tercera generación): Es una familia formada por más de dos generaciones que viven en una sola casa ya sea abuelos y hasta nietos (15).
- **Familia nuclear ampliada**: Es la familia compuesta por los padres e hijos que convive con algunos otros miembros adicionales como algún amigo, tíos/hermanos, primos, sobrinos etc. (15).
- **Pareja sin hijos**: Se refiere a una familia que está compuesta por dos personas adultas que por motivos de causa ya sea de infertilidad, edad, enfermedades patológicas, no tienen ni han tenido hijos biológicamente (15).

- **Familia monoparental** (está conformada por un sólo padre o madre y los hijos): Consiste en que sólo uno de los padres se hace cargo de la familiar y la crianza de los hijos. Mayormente suelen ser las madres las que se quedan con los niños, aunque también existen casos en que los niños se quedan con el padre. Cuando sólo uno de los padres se ocupa de la familia, puede llegar a ser una carga muy grande, por lo que suelen requerir ayuda de otros familiares cercanos, como los abuelos de los hijos. Las causas de la formación de este tipo de familias pueden ser, un divorcio, ser madre prematura, la viudedad, etc. (37).
- **Familia binuclear:** Es una familia en donde uno de los miembros deja de desempeñar sus obligaciones y deberes hacia sus hijos dejándolos bajo la responsabilidad de su cuidado, ya sea de la mamá o el papá (15).
- **Familia reconstituida** (solo padre o madre, su nueva pareja y los hijos): Se refiere a una familia compuesta por dos personas adultas que mutuamente están separados o divorciados para que de esta manera ellos puedan formar otra familia con su nueva pareja, teniendo en común hijos por lo menos uno de ellos en sus compromisos anteriores y pudiendo llegar a tener hermanastros (15).
- **Familiares equivalentes** (Grupo de amigos, hermanos): Es un grupo formado por un arreglo de convivencia entre personas que guardan alguna relación conyugal, cumpliendo con el compromiso de cuidar, proteger dar afecto y económicamente hacia el menor de edad (15).

De acuerdo a los tipos de familia muchas de las sociedades entre ellas, principalmente tenemos a Estados Unidos y a Europa occidental, en donde encontramos familias unidas que guardan entre ellos lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legal. En estos tipos de familiares encontramos a los integrantes que mantienen aún las relaciones conyugales estables no matrimoniales, ya sea con o sin hijos. Por ello, hay un día especial

que es el día internacional de la familia que se celebra cada 15 de mayo (31).

D. Teoría familiar de Friedman:

De acuerdo a la teoría Friedman, las familias pueden ser estudiadas en diferentes categorías, ya que se las considera como la unidad familiar, siendo principal punto de evaluación y cuidado. Por ello, la familia se le ve como un sistema interaccional, considerando este punto como una dinámica y relaciones familiares internas. Boyd concuerda con lo mencionado por Friedman, al explicar que el cuidado de enfermería deberá demostrar en la valoración como en el funcionamiento del sistema familiar (16).

Friedman menciona que el propósito planteado por la enfermera es brindar la promoción y conservar así la salud de cada uno de los miembros de una familia, ya que a través de la promoción de la salud se va a poder mejorar el estilo de vida y reducir los factores que estén alterando el bienestar o la salud de una familia, siendo así estas prácticas de enfermería nos ayudará a poder organizarnos, observar, plantear ideas e informar de esta manera los hallazgos encontrados (16).

Esta elaboración-funcional nos ayuda a poder observar a las familias como es la interacción con la sociedad y la relación entre los miembros de un grupo familiar. Friedman describe que para que haya un buen funcionamiento de la sociedad humana de acuerdo a su hipótesis es importante que existan algunos roles que deben ser desempeñados y realizados por los miembros de la familia. Para ello, cada uno de los integrantes va a tener que desempeñar un importante papel que realizar las pautas de comunicación entre los integrantes del grupo familiar, tomar decisiones, respetar los valores y normas de vida que se den en la familia (16).

2.2.2 Teoría de Orem:

Puesto que a la familia se la considera como la responsable del cuidado de la salud de sus integrantes que la conforman según Friedman, ya que es importante valorar el auto-cuidado de Orem, cual refiere que la visión primordial que tiene que tener enfermería es priorizar las necesidades de todo ser humano, ya que todo esto está relacionado con el autocuidado. Se le considera a esto como una práctica de actividades para mantener una vida saludable y con buen bienestar según Orem y Taylor. Según los teorizadores, el Déficit del Autocuidado de una persona viene a través de los años de su vida, ya que el desenvolvimiento de sus habilidades que le han ayudado particularmente a cuidar de su propia salud y su bienestar ha disminuido. Esto nos quiere decir que está existiendo un déficit de autocuidado en su persona, por lo, tanto, necesitará del apoyo profesional de enfermería (16). Orem refiere que las personas no sólo tenemos la necesidad del auto cuidado, sino también la atención de enfermería, ya que estos dos guardan una relación entre sí (16).

2.2.3 Funcionalidad familiar:

La funcionalidad familiar es definida como un conjunto de relaciones que se da entre los miembros de un grupo familiar, en donde dan solución a sus conflictos, existe comunicación clara y unida causando empatía y apoyo emocional entre ellos. En esta familia no existen competencias entre ellos, ya que tienen la capacidad de resolver problemas y ayudar a los integrantes a desarrollar sus habilidades. La familia funcional es saludable, ya que demuestra afectos positivos, elevando la integración y los recursos de la familiar para que de esta manera puedan superar los conflictos, crisis y problemas que se puedan presentar a lo largo del ciclo vital en cada uno de sus integrantes (10).

Teniendo en cuenta la funcionalidad familiar, esto está personalmente relacionada con el proceso salud enfermedad, ya que si una familia

funciona adecuada o inadecuadamente esto va a contribuir en cada uno de los miembros de la familia, ya que debido a los diversos problemas esto estará afectando que no haya un buen funcionamiento de la familia (15).

Por otro lado, la disfuncionalidad familiar viene ser la incapacidad de resolver los problemas, en poder ayudar a sus integrantes a desarrollar sus habilidades. Uno de los puntos más importantes en un disfuncionamiento familiar es la falta de afecto ya sea amor, pena o rabia entre los miembros de un grupo familiar (10).

A. Disfunción familiar:

La disfunción familiar son las consecuencias de un mal funcionamiento familiar o también conocido como un funcionamiento no saludable dentro de un grupo familiar, ya sea por situaciones conflictivas que van deteriorando el buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes, específicamente en los niños provocando en algunos de sus miembros consecuencias como, violencia, agresividad y hasta, depresión (30).

Esto se caracteriza por no mantener establecidas las relaciones familiares, ya que todos los miembros de una familia son de tipo negativo, ya que muestran insatisfacción de estar juntos, en reconocer en cada de ellos sus intereses y necesidades individuales causando poca atención a sus sentimientos y opiniones de los demás integrantes (10).

Para valorar la función o disfunción de una familia, es necesario que se trabaje con todos los integrantes del grupo familiar, determinando así el nivel funcional a través del instrumento de Apgar familiar, siendo uno de los test más importantes (10).

B. Instrumentos de atención a la familia:

- **El familiograma:**

El familiograma viene ser la representación de un esquema familiar, en el cual nos provee diversas informaciones sobre cada uno de los miembros de una familia ya sea en como estén conformados y como son sus relaciones entre ellos. Este familiograma es utilizado desde hace muchos años atrás con el nombre de árbol familiar o genograma, ya que este instrumento fue diseñado para poder evaluar como es el funcionamiento en una familia siendo útil por lo que a través de este instrumentos vamos a poder identificar algunos riesgos biológicos como problemas hereditarios, psicológico como tener una funcionalidad familiar inadecuada o social ya sea familiares numerosos con recursos o sin recursos económicos y hasta hacinamiento, etc. Esto también nos permite conocer en qué etapa del ciclo de vida se encuentra una familia. Finalmente, el familiograma es un medio para poder intercambiar información, entre los profesionales encargados de ofrecer atención integral a la familia, ya que requieren de un medio fácil y práctico para poder así conocer acerca del historia de un grupo familiar (15).

- **El apgar familiar:**

Este instrumento o cuestionario de evolución familiar fue elaborado con el propósito de que se obtuviera información de la situación funcional de las familias, teniendo como prioridad a los niños. El Apgar familiar también es utilizado para poder identificar si alguno de los miembros de la familia ha llegado a percibir en cómo va el funcionamiento de su familia en su hogar. Este instrumento es importante, ya que mediante de una breve entrevista de su vida familiar, ya sea dada en distintos momentos a cada uno de los miembros de la familia nos va a ayudar a poder identificar si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional (17).

El Apgar familiar es utilizado para poder encontrar algunos problemas, con respecto a la disfunción familiar, ya que diversos estudios han dado a conocer que está trayendo consecuencias severamente hacia la salud integral de la familia (29). A través de una evaluación inicial esto nos puede ser de gran utilidad para una evaluación a lo largo del tiempo, sobre todo cuando compromete a la familia en el cuidado y responsabilidad del usuario. Estos resultados pueden variar de acuerdo a las respuestas de cada miembro de la familia, según su percepción individual. Para ello, el profesional de la salud tendrá que reconocer aquellos puntos que el usuario ha referido como una problemática (17).

La sigla Apgar proviene de los cinco componentes de la función familiar:

- **Componentes del apgar familiar:**

Los componentes de este instrumento están compuestos por 5 elementos que determinan para poder evaluar la funcionalidad familia que son:

a) Adaptación: Tiene que ver con la habilidad y destreza para poder recaudar todos los recursos intra y extra familiares que sean de utilidad para solucionar los diversos problemas que se puedan presentar ya sea por estrés familiar o estén pasando por una etapa de crisis. Siendo así un modo de acomodación para adaptarse y convivir de acuerdo al grupo familiar y sus costumbres ya que esto significa un cambio de actitud o de conducta (17).

b) Participación: Se basa en la participación, colaboración de cada uno de los integrantes de una familia, ya sea en compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Esta participación viene ser también el apoyo entre un grupo familiar para un logro con fines positivos para ello deben poner lo mejor de sí mismo para el bien de todos. La idea no es ganar individualmente sino beneficiarse en conjunto, ya que

ayudándose mutuamente se obtendrá un resultado deseado (17).

c) Growth (crecimiento): Es el logro de un proceso de maduración emocional y física en donde se aprecia el apoyo mutuo. Esto nos lleva a poder superar los diversos procesos de la etapa del ciclo vital familiar de forma segura, gracias a su ayuda y consejo (17).

d) Afecto: Se habla de los sentimientos, afecto como el cariño y cuidado que existen en un grupo familiar, entre los diversos sentimientos encontramos el afecto, la relación de amor, pena o rabia que existe entre los miembros de una familia. Es un direccionamiento hacia el objeto afectivo, ya que en muchos casos se identifica con el amor y la simpatía que se manifiestan entre los seres vivientes mediante palabras de afecto (17).

e) Recursos: Se refiere al compromiso, el brindar el apoyo, dedicar el tiempo, espacio y dinero con el fin de satisfacer o resolver alguna necesidad de los demás miembros de la familia. De acuerdo a los cinco elementos estos son importantes y estos están presentes en los diversos tipos de familia (17).

2.2.4 ANEMIA

A. Definición:

Es una enfermedad que se debe a la alteración de los valores cuantitativos de los glóbulos rojos o eritrocitos, que viajan a través del torrente sanguíneo. Cuando estos valores disminuyen se hace insuficiente alterando las necesidades del organismo. En otros términos, refiriéndose a la salud pública, la anemia es considerada como el valor de la hemoglobina inferior a dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar (18).

B. Etiología de la anemia:

La disminución de hierro o anemia es un problema nutricional de gran dimensión en el mundo. Su origen es ocasionado cuando hay una

disminución de aporte del hierro en la dieta y su disponibilidad en la misma, existen también otras causas menos frecuentes como las pérdidas de sangre intestinal por parasitosis. Cuando el aporte de hierro es insuficiente, éste limita las necesidades del niño. En los niños pequeños la anemia por deficiencia de hierro es muy frecuente ver antes de los dieciocho meses de edad (4).

C. Clasificación etiológica de la anemia:

- **La anemia por pérdida de sangre:** Originada por alguna hemorragia aguda y sangrado crónico, que generalmente son lentas y prolongadas (18).
- **La anemia por insuficiente producción de glóbulos rojos:** Causada por la aplasia o hipoplasia, congénita o adquirida, idiopática es la alteración de la síntesis y maduración de los precursores hematopoyéticos (18).
- **Anemia hemolítica:** Deficiencia congénita de la enzima glucosa-6-fosfato, esferocitosis hereditaria, que se caracteriza por la descomposición de los glóbulos rojos, frente a algunos fármacos, al estrés infecciones (18).
- **Anemia secundaria:** Debido a la quimioterapia del cáncer o al síndrome de la Inmune deficiencia adquirida (SIDA), la infiltración tumoral de la mielo fibrosis la médula ósea, infecciones invasivas, enfermedad granulomatosa crónica (18).
- **Anemia por enfermedades crónicas:** Causadas infecciones crónicas graves: como la tuberculosis, piel nefritis, condiciones inflamatorias crónica, artritis reumatoide, la presencia de citoquinas inhibidora de la eritropoyesis (18).
- **Anemia por deficiencia de eritropoyetina:** Como en la insuficiencia renal crónica, enfermedad crónica, cáncer, trastornos endocrinos (18).

- **Anemia por deficiencia de hierro:** Es la disminución de los niveles de hemoglobina por la carencia de hierro, es llamada también anemia ferropénica (18).

D. Niveles de hemoglobina:

- **La hemoglobina:** Es una hemoproteína que viaja por el torrente sanguíneo contiene al hierro como principal elemento. Su producción se da en los glóbulos rojos y su carencia evidencia la existencia de un déficit de hierro por la pobre ingesta diaria en alimentos ricos en hierro, a falta de este hierro que sólo debe ser en cantidades específicas. La cuantificación de esta proteína llamada hemoglobina va a servir para el descarte de la anemia. Esta cuantificación es un procedimiento, que sirve como un indicador indirecto del estado nutricional y los valores cuantificados de la sangre, así como también el valor del hierro en las madres, niñas y niños (5).
- **Valores normales de hemoglobina en lactantes y niños menores de 3 años:**
 - a) **Menores de 2 meses:** 13,5 – 18,5 g/dl
 - b) **Niños de 2 a 6 meses cumplidos:** 9,5 – 13,5 g/dl
 - c) **Niños de 6 meses a 5 años cumplidos:** $\geq 11,0$ g/dl

E. Tipos de anemia:

Según la OMS se clasifican en leve, moderada y grave en niñas y niños menores de cinco años de edad:

- **Anemia leve:** Cuando se tiene un valor de hemoglobina que comprende entre los 10,0- 10,9 g/dl
- **Anemia moderada:** Cuando tiene un valor de hemoglobina de 7,0-9,9 g/dl
- **Anemia severa:** Este tipo de anemia es menos común y se da cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 7 gr/dl y (5).

F. Factores que aumentan el riesgo de anemia en el niño:

- Madre con problema de anemia.
- Las personas que no cumplen con acciones preventivas en proporcionarle las sales de hierro a la población infantil.
- Lactancia materna no exclusiva en especial los primeros los seis meses del niño.
- Las infecciones recurrentes (18).
- Niño con bajo peso al nacer.
- Dieta con bajo aporte de hierro (4).

G. Consecuencias de la anemia:

En la población infantil, la anemia retarda no sólo el crecimiento, sino también el desarrollo intelectual y motor, disminuyendo la resistencia a las infecciones. La disposición en la suplementación con hierro es complementaria para las niñas y niños con déficit de hierro por ende va contribuir en mejorar de la salud infantil (18).

En los infantes, el retardo en su desarrollo es la causa de la anemia, ya que se ve afectado varias funciones psicomotoras, en particular el habla, pérdida de habilidades motoras, retraso del crecimiento físico, deterioro de la inmunidad celular y como resultado del aumento de la duración y gravedad de las infecciones (4).

Existen estudios realizados en Colombia donde refieren que la anemia está relacionada con desnutrición siendo este un problema común en el mundo, dándose principalmente durante la infancia siendo un condicionante de riesgo para la existencia de problemas del crecimiento, físico, inmunológico, mental o cognitivo y disminución en la capacidad del aprendizaje (23).

Los suplementos de hierro deben ser dirigidos a toda la población con anemia o en riesgo de déficit de hierro, especialmente a los niños y mujeres embarazadas, ya que deben asegurarse de que los niños con bajo peso al nacer, reciban el beneficio de la suplementación durante el primer año de vida (4).

Las consecuencias de la anemia durante los primeros años en los niños son irreversibles, aun después de haber recibido, tratamiento. Además, es muy preocupante que existan niños anémicos en un 10 % en países desarrollados y un 50 % en países en desarrollo, en todo ellos, los niños pueden verse afectado su desarrollo psicomotor y cognoscitivo, presentando problemas en la habilidad vocal y en su coordinación motora la cual se verá afectada (4).

La alteración por déficit del hierro por el pobre aporte en la comida conlleva a presentar anemia, este mal es considerado en nuestro país como un problema de salud pública que se está extendiéndose por todo el ámbito nacional, sobre todo en zonas rurales, urbanas presentándose en todos los estratos socio económicos (4).

H. Signos y síntomas de la anemia:

Los signos y síntomas que se van a presentar son los siguiente: conjuntiva palpebral pálida, que se van a observar en la mucosa oral, en el lecho ungueales y en la palma de la mano, falta de apetito, cansancio, fatiga, dificultar para recuperar el peso, cabello quebradizo. También se observa cambios en el comportamiento de los bebés y niños volviéndose en un estado de irritabilidad (4).

I. Criterio diagnóstico de la anemia:

- **Criterio clínico:** El examen físico y una buena anamnesis. En los lugares donde no se puede medir la hemoglobina se puede manejar con el hematocrito (4).

- **Exámenes de laboratorio:** Medición de hemoglobina, hematocrito y ferritina Sérica. Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito. En los Establecimientos de salud, que cuenten con disponibilidad se podrá solicitar Ferritina Sérica (18).

J. Tratamiento de la anemia:

El tratamiento farmacológico se compone de suplementos de hierro (micronutrientes). Su modo de administración es en dosis divididas una bolsa por día, con la comida del niño, si es posible, al mismo tiempo, no se debe ingerir con otros medicamentos, este suplemento no pretende sustituir a la comida, por lo que tendrán que seguir consumiendo su alimentación habitual y siempre acompañado de la vitamina C para incrementa y favorecer la absorción de los minerales (4).

La cantidad recomendada de suplementos de hierro para el tratamiento de la anemia para los bebés y los niños pequeños es de 3 mg / kg / día., No se debe exceder de los 60 mg / día. Y si hablamos de niños mayores a dos años, se recomienda 60 mg/día por tres meses. Una vez terminado el tratamiento indicado los niños deben proseguir con el régimen suplementario (4).

K. Micronutrientes:

Los micronutrientes son complementos en polvo, conocidos también como "chispitas", son complementos nutritivos que contienen pequeñas cantidades de hierro (prevención de la anemia), zinc (para la mejora de las defensas y reconstrucción de los tejidos), vitamina A (mejorará las defensas y buena visión), vitamina C (que mejora la absorción del Hierro y para la construcción de los tejidos) y ácido fólico, que ayudan al organismo de los menores para prevenir la anemia (16).

- **Intervención: Multimicronutrientes Chispitas**

El "Proyecto Piloto de Suplementación con Micronutrientes se dio inicio con un proyecto piloto entre los meses de diciembre de 2009

y agosto de 2010 en las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, con el objetivo de prevenir y controlar esos problemas nutricionales, debido a la deficiencia de estos micronutrientes en los niños y niñas entre la edades de 6 a los 35 meses. Este proyecto consistía en proporcionar como mínimo 15 sobres al mes en un periodo de seis meses. La entrega de estos sobre se realizó en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud durante el control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED) (16).

Este suplemento de micronutrientes tiene como finalidad prevenir la anemia, ya que van a ser ingeridos en la dieta de los niños contribuyendo así a evitar las diversas enfermedades y favoreciendo a su crecimiento y desarrollo cognitivo en el niño (3).

- **Suplementación con micronutrientes:**

Tiene como objetivo asegurar la administración de estos micronutrientes en las niñas y niños menores de 36 meses de edad para asegurar los niveles adecuados de hierro en su organismo, prevenir la anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo. Forma parte de la atención Integral de salud del niño y niña, dicha suplementación se inicia con o sin dosaje de hemoglobina. La suplementación con micronutrientes permite una “fortificación en casa” y consiste en el enriquecimiento de cualquier alimento en forma instantánea al adicionar la mezcla en polvo (17).

- **Presentación:**

Su presentación consta de 30 sobres de micronutrientes en una caja, es de peso ligero, por lo cual son fáciles de almacenar y transportarlo, ya que no requiere de útiles de medición ni alguna otra manipulación (17).

Estos micronutrientes en polvo han ayudado a disminuir los niveles de anemia en comparación con las gotas o jarabes de hierro. De acuerdo a los estudios se ha mostrado que los micronutrientes en polvo son accesibles por su facilidad de uso y su sabor relativamente insípido. Además, tenemos que tener en cuenta que estos micronutrientes no reemplazan a los nutrientes de la lactancia materna exclusiva ya que solo es un complemento alimentario que se inicia a los seis meses de edad (17).

- **Composición de los micronutrientes:**

La composición de los micronutrientes que manda según Ministerio de Salud contiene:

- **Hierro como fumarato ferroso:** 12.5 mg
- **Zinc:** 5 mg
- **Ácido fólico:** 0,16 mg
- **Vitamina A:** 300 ug
- **Vitamina C:** 300 mg

Los sobres de Chispitas® (Hexagon Nutrition Pvt. de la India) distribuidas en Apurímac provinieron de una donación del Programa Mundial de Alimentos al Gobierno del Perú (2).

a) El Hierro:

El hierro es un mineral esencial para la vida, aunque se encuentre en muy poca proporción en el cuerpo humano. Existen dos formas químicas en los alimentos: hierro hemo y hierro no hemo. La absorción del primero es de, aproximadamente, la cuarta parte y es el que se encuentra en los alimentos de origen animal. La forma no hemo, presente en los alimentos vegetales, se absorbe en muy baja cantidad (3-8%), entre los alimentos de origen animal encontramos a la sangrecita, bazo, bofe, las vísceras y las carnes rojas, por su alto contenido de hierro que es absorbido en un 40% por el organismo, a diferencia de las

menestras y verduras, que sólo son absorbidas en un 5%. La vitamina C ayuda a la absorción del hierro (18).

b) Zinc :

El zinc es un nutriente que se encuentra en las células de todo el cuerpo ya que ayuda al sistema inmunitario a combatir bacterias y virus que invaden al cuerpo. El cuerpo también necesita zinc para fabricar proteínas y el ADN. Durante el embarazo, la infancia y la niñez, el organismo requiere zinc para crecer y desarrollarse bien, también favorece la cicatrización de las heridas, el funcionamiento normal del sentido del gusto y el olfato ya que lo encontramos en muchos alimentos entre ellos: ostras, carnes rojas, carnes de ave, mariscos como cangrejo, langosta, cereales, frijoles, frutos secos, cereales integrales y productos lácteos (18).

c) Ácido fólico:

Viene ser un tipo de vitamina B de forma artificial (sintética) del folato y la encontramos en los suplementos e alimentos fortificados. El ácido fólico es hidrosoluble en donde las cantidades sobrantes de esta vitamina salen del cuerpo a través de la orina. Eso quiere decir que el cuerpo no almacena el ácido fólico y también dona parte de su estructura al ADN y ARN, ya que determina como crecerá y desarrollara cada célula del organismo. Los alimentos más ricos en ácido fólico son las verduras de color verde fuerte: espinacas, brócoli, acelgas, espárragos verdes, lechuga. También lo contienen los cítricos, las legumbres, integrales y la leche (18).

d) Vitamina A:

Esta vitamina es liposoluble y la encontramos naturalmente en los alimentos, ya que es importante para la visión normal,

el sistema inmunitario y la reproducción. Además, ayuda al buen funcionamiento del corazón, los pulmones, los riñones y otros órganos. Existen dos tipos diferentes de vitamina A. El primer tipo, la vitamina A preformada, se encuentra en la carne vacuna, carne de ave, pescado y productos lácteos. El segundo tipo, la provitamina A, se encuentra en frutas, verduras y otros productos de origen vegetal (18).

e) Vitamina C:

Conocida como ácido ascórbico, es un nutriente hidrosoluble que se encuentra en ciertos alimentos, ya que el cuerpo necesita de esta para producir colágeno, siendo una proteína necesaria para la cicatrización de las heridas. La vitamina C también mejora la absorción del hierro presente en los alimentos de origen vegetal y contribuye al buen funcionamiento del sistema inmunitario para proteger al cuerpo contra las enfermedades y al encontramos en las frutas y verduras, así como pimientos rojos y verdes, kiwi, brócoli, fresas, papas horneadas y tomates (18).

- **Esquema de suplementación:**

En niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas).

- a) Desde los 30 días de vida hasta antes de cumplir los 6 meses de edad reciben 2 mg. de hierro elemental / kg. de peso/día, por vía oral (en soluciones gotas orales).
- b) A partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de micronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total). En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos: - Desde los 4 meses hasta

antes de cumplir los 6 meses de edad recibe 2mg. de hierro elemental/ kg de peso/día, por vía oral.

c) A partir de los 6 meses recibe 01 sobre de micronutrientes por día durante 12 meses continuos. 360 sobres en total.

- **Forma de preparación:**

Se mezcla un sobre con una pequeña porción (2 cucharadas aproximadamente) del alimento principal, el cual debe ser de consistencia semisólida (purés o papillas, no jugos ni sopas) o sólida, que no esté caliente y proceder a alimentar al niño o niña procurando se acabe dicha mezcla y luego el resto de la comida (35).

- **Ventajas del suplemento con micronutrientes:**

- Los micronutrientes no sólo aporta el hierro también contiene vitamina A, C y D, ácido fólico, yodo y zinc, garantizando el buen condicionamiento nutricional del niño.
- El hierro no impide con la interacción de los alimentos, pues ahora son bien tolerados por los niños debido a que el hierro se encuentra encapsulado de un lípido por lo que hace que no se sienta su sabor, color, olor y textura (22).
- Es de presentación practica en sobrecitos y se suele echar a las comida de consistencias blanda.
- Para la administración de los micronutrientes no tiene que haber un cambio en la alimentación ya que se puede mezclar con cualquier alimento casero pero siempre debe ser de consistencia blanda.
- Son fáciles de almacenar trasportar y distribuir, su tiempo de vida es prolongada.
- Se considerará adherencia cuando exista que el consumo de los micronutrientes supere el 90 % de los sobres entregados.

- Su uso no significa que vamos a reemplazar las prácticas de alimentación saludable (16).

2.2.5. Adherencia

A. Definición:

La Organización Mundial de la Salud, determina a la adherencia terapéutica como a la realización de una persona que pone en práctica, en la administración del medicamento, junto al acompañamiento de un régimen alimentario y la realización de cambios de los estilos de vida, que obedecen a las recomendación dadas por el personas de salud (2).

B. Adherencia a la suplementación con micronutrientes:

Es el cumplimiento y responsabilidad de manera adecuada de los padres de niños y niñas menores de tres años de edad de forma voluntaria al cumplimiento del esquema de suplementación con micronutrientes. La adherencia abarca más el derecho de la madre a decidir en relación con el tratamiento que el de cumplimiento de su niño, al ser un acuerdo entre la madre y el personal de salud, que considera sus creencias, deseos sobre cuando y como va a seguir las indicaciones. Se considera que una adherencia es adecuada cuando se consume al menos el 90% de los sobres de micronutrientes (38).

C. No adherencia:

Es la ausencia al cumplimiento del régimen terapéutico ya sea de manera intencional o voluntaria, que responde a una relación entre sus cuidadores y el personal de salud en la cual se llega a un acuerdo en cumplir con el tratamiento, pero no lo realizan. También podemos

definir la No adherencia como la falta de interés en poder alcanzar los objetivos planeados en mejora de su salud (19).

D. Factores que influyen sobre la adherencia:

Según la Organización Mundial de la Salud, existen 5 dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica:

- **Factores socioeconómicos:** Viene ser el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar (39).
- **Factores relacionados con el tratamiento:** Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (39).
- **Factores relacionados con el paciente:** Tiene que ver con el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas de la persona. Algunos de los factores relacionados con la persona son: el olvido, el estrés, psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento (39).
- **Factores relacionados con la enfermedad:** Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad

de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de la persona, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica (39).

- **Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria:** Una buena relación entre el personal de salud y el usuario puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo entre ellos tenemos la complejidad del régimen médico, duración del tratamiento, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en la medicación, efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (39).

2.3. Terminología básica

- A. Funcionalidad familiar:** Es un conjunto de relaciones entre los miembros de un grupo familiar donde dan solución a sus conflictos, existe comunicación, empatía y apoyo emocional entre ellos (10).
- B. Adherencia a los micronutrientes:** Es el comportamiento que opta una persona en el cumplimiento a su tratamiento prescrito, a un régimen alimentario y cambios de estilo de vida saludable (4).
- C. Micronutrientes:** Complementos en polvo, conocidos como 'chispitas', contienen pequeñas cantidades de hierro, zinc, vitamina A, C y ácido fólico, que ayuda al organismo para prevenir la anemia (16).
- D. Niño:** Comprende desde la etapa del recién nacido hasta la pre adolescencia, atravesando las etapas de infante o bebé y la niñez (15).
- E. Anemia:** Alteración o disminución de los glóbulos rojos son transportadas en el torrente sanguíneo para satisfacer las necesidades del organismo (4).

F. Madre: Es la imagen de la mujer, la cual llevan un instinto materno y es asociada psicológicamente con los conceptos como parir, alimentar, proteger (34).

2.4 Hipótesis

Hi: Existe relación entre 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" del distrito San Martin de Porres, febrero- marzo del 2018.

Ho: No Existe relación entre 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" del distrito San Martin de Porres, febrero- marzo del 2018.

2.5 Variables

Variable 1: Funcionalidad familiar

Variable 2: Adherencia a los micronutrientes

2.5.1 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NÚMERO DE ÍTEM	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Funcionalidad Familiar	Cualitativa	La funcionalidad familiar es definida como un conjunto de relaciones familiares que se da entre los miembros de un grupo familiar, en donde dan solución a sus conflictos, existe comunicación causando empatía y apoyo emocional entre ellos.	La funcionalidad familiar está conectada con el desarrollo salud y/o enfermedad, ya que si una familia tiene una función o inadecuadamente puede esto llegar a causar diversas complicaciones hacia su salud, perjudicando la funcionalidad de una familia.	Adaptación	-----	1	Buena función familiar	18 a 20
				Ordinal	Participación		1	Disfunción familiar leve
	Growth (crecimiento)					1	Disfunción familiar	10 a 13
	Afecto					1	Disfunción familiar severa	9 o menos
	Recursos							

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Método de investigación

El presente estudio tiene como enfoque cuantitativo porque se basa en la recolección de datos para así poder probar la hipótesis a través de la medición numérica, ya que se habla de cantidades y números. Es correlacional porque se encarga en evaluar la relación que existe entre dos o más variables y a la vez mide y analiza la correlación de estas variables. Es de corte transversal porque se encarga de recolectar los datos en un solo momento y en un mismo tiempo, por lo que es considerado un estudio de tipo no experimental. Es un estudio observacional porque tiene como objetivo describir y registrar lo observado de cada una de las variables. Es un estudio retrospectivo porque se obtiene los datos sobre hechos ocurridos en el pasado. Tiene como definición de acuerdo con el apoyado de la literatura del autor Hernández Sampiere (21).

3.2. Población y Muestra

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, en el distrito de San Martín de Porres, Lima – Perú. Que cuenta con una población total de 985 niños menores de 5 años.

Para nuestro estudio se trabajó solo con los niños con anemia de 6 a 35 meses, que fueron atendidos en el área de Crecimiento y Desarrollo entre el mes de febrero a marzo del 2018, que fueron un total de 56 niños. Por lo que se tuvo que trabajar con la población total, por lo tanto, no fue pertinente calcular la muestra.

Se tomó en cuenta que cumplan los siguientes criterios:

3.2.1. Criterios Inclusión:

- Niño con anemia cuyas edades se encontraban entre los 6 a 35 meses.
- Madres que aceptaron y firmaron el consentimiento informado para la participación del estudio.

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Niños con anemias menores de 6 meses.
- Niños mayores de 35 meses.
- Niño sin anemia.
- Niño que no pertenezca a la jurisdicción del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.
- Padre de familia y/o apoderado que no quieran colaborar con el presente estudio.

3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la presente investigación, se coordinó los permisos correspondientes con la directora del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan del Distrito de San Martín de Porres asimismo, con la licenciada encargada del área de crecimiento y desarrollo, donde a través del registro de niños menores de 3 años con descarte de anemia, se pudo también encontrar los valores de hemoglobina disminuidas y el número de cajas de micronutrientes "chispitas" consumidas, ya que éstas eran entregadas a las madres de acuerdo a la

edad del niño durante el control de crecimiento y desarrollo, registradas entre el mes de febrero a marzo, recolectándose así 56 niños con anemia entre las edades de 6 a 35 meses como población y muestra, cumpliendo con los criterios de inclusión. Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó como instrumento el test de APGAR para poder identificar si existe disfunción familiar ya que para ello se necesitará un seguimiento y orientación en los casos que sea necesario para cada uno de los miembros de la familia (20).

El APGAR familiar fue realizado por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en el año 1978, en donde la validación inicial del APGAR familiar se utilizó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado que es el (Pless-Satterwhite Family Function Index). De acuerdo a su validación, mostró que el índice de correlación es de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Previamente este estudio también observó que los puntajes en las familias profesionales fue un (promedio = 8.24) siendo significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89). Después de haberse realizado aquella validación inicial, el APGAR familiar fue evaluado en diversas investigaciones, como en el departamentos de psicología , psiquiatría de la Universidad de Washington y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwan, mostrando así unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83. En la cual tales estudios se dieron a conocer que el apoyo social también es importante para el individuo y a la vez se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto llevo a motivar a que al autor del APGAR familiar incluyera a su evaluación, el apoyo que brindan las amistades (15). Para la clasificación de la funcionalidad de la familia, de acuerdo al APGAR familiar se categoriza bajo 5 opciones (4, 3, 2, 1, 0). Así, al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscilan entre 0 a 20, donde 18-20 indica una buena funcionalidad familiar, entre 14-17 existiría una disfunción familiar leve , entre 10-13 muestra una disfunción familiar moderada y entre 9 o menos muestra que hay una disfunción familiar severa. Siendo así, este sistema de puntuación es el que se utiliza en la actualidad a nivel de atención primaria y como investigación (20).

De acuerdo con los estudios los autores Cobb Cohen y Smilkstein, también explican que lo importante es siempre en contar con el apoyo de una persona a la que se pueda recurrir en momentos más difíciles que uno pueda estar pasando debido a un problema de disfunción familiar(17).

Con respecto al nivel de adherencia a los micronutrientes, se realizó visitas domiciliarias donde se procedió a la observación y conteo de los sobres consumidos. Luego se dividió el número de los sobres consumidos sobre el número de sobre entregados multiplicarlo por 100.

Si el valor obtenido es $\geq 90\%$, se considerará un niño adherente al tratamiento a la suplementación con los micronutrientes, de no ser así, si es menor a 90% se considerará como niño no adherente a la suplementación a los micronutrientes.

Después de haber obtenidos los datos de los niños con problemas de anemia se realizó la respectiva visita domiciliaria, donde luego de presentarnos se solicitó a las madres que nos firmen el consentimiento informado para que pudieran proceder en la participación del estudio, explicándoles que su información de esta encuesta es anónima y confidencial, procediendo así con las aclaraciones sobre los mecanismos y formas de llenado de la encuesta. Una vez terminado se verificó si todos los espacios han sido llenados de acuerdo a la instrucción, luego se colocó un código (número) en el encabezado de cada una de las hojas para verificar el orden correlativo de las encuestas.

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para este estudio se realizó las coordinaciones con la Escuela Profesional de Enfermería para su aprobación y ejecutar el estudio. Se presentó una solicitud a la directora Dra. Elvia Pilar Serrano Medina, médico jefe de centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, para obtener el permiso y dar inicio a la recopilación de información.

Se llevó a cabo a la recopilación de información, a través de una revisión

documentaria del registro de todos los niños que asistieron al servicio de crecimiento y desarrollo que se le diagnosticaron anemia, en el mes de febrero - marzo del 2018. Se procedió a ubicar la dirección domiciliaria de todos los niños y niñas con anemia, a través de las visitas a los hogares y se le explicó de forma individual a la madre y/o apoderado los objetivos del estudio con su respectivo consentimiento informado.

Mediante la aceptación de la madre del niño, se comenzó con las indicaciones del cuestionario de evaluación de la funcionalidad familiar a través del Apgar familiar y la adherencia a los micronutrientes. El cuestionario se llevará a cabo en cada uno de los domicilios según la dirección del niño, con un promedio de 15 minutos para desarrollar.

Teniendo listo ya la información recolectada se trabajó con el programa SPSS versión 21 que permitió mostrar los resultados a través de tablas y gráficos así mismo se trabajó con el programa de Microsoft Office Excel. Finalmente, los resultados fueron analizados e interpretados de manera textual. Según Hernández Sampiere, esto permite describir o caracterizar a la muestra en estudio. Para dar respuesta a nuestro objetivo general, se aplicará la prueba estadística del Chi- cuadrado, para la cual se plantean hipótesis estadísticas. La finalidad de esta prueba estadística será en buscar si existe relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses en el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan. Para el primer, segundo y tercer objetivo específico, se empleará tablas de frecuencia y porcentaje (21).

3.5. Aspectos Éticos

Beneficencia: Es el principio ético, ya que se basa en hacer el bien. En el caso de la investigación se dispuso en ofrecer información a través de consejerías nutricionales para educar sobre el valor nutritivo de los alimentos y la complementación de los micronutrientes, sesiones demostrativas educando sobre la proporción y combinación de estos micronutrientes en los alimentos y plato de comida, visitas domiciliarias a

niños menores con anemia para verificar practicas alimenticias, con el propósito de verificar como está la funcionalidad familiar y adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses, favoreciendo una positiva información para la madre y/o apoderado previniendo así niños menores con anemia.

No maleficencia: En la entrevista aplicada no se afectó la integridad física, emocional, ni social hacia el padre de familia y/o apoderado y su menor niño; los datos obtenidos se mantendrán en completa confidencialidad.

Autonomía: Para poder recabar la información deseada, se solicitó autorización a los padres de familia y/o apoderado del niño menor, se le brindo a cada una de ellos el consentimiento informado, donde se detalló la finalidad del estudio, y su autorización para su participación. Previamente, se explicó los objetivos y beneficios de la investigación de manera concisa y aclarando que la participación es anónima y voluntaria, respetando su decisión y las opiniones de cada una de ellos.

Justicia: En la recolección de datos y visita domiciliaria, no se hará distinción alguna sin discriminar raza, color y credo con ningún niño menor participará de este estudio todos los niños con anemia de 6 a 35 meses que fueron atendidos entre el mes de febrero – marzo del 2018 en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

En nuestra investigación se obtuvo una población de 56 familias de niños afectados con el problema de la anemia, pero los que respondieron el cuestionario fueron en su mayoría las madres de los niños, las cuales estaban recibiendo la suplementación de los micronutrientes, en el área de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan y cuyas edades de estos niños, comprenden entre los 6 a 35 meses, que fueron atendidos entre el mes de febrero – marzo del 2018.

Tabla 1. Análisis para determinar la relación existente entre 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 del distrito de San Martín de Porres periodo, febrero – marzo del 2018.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,039^a	2	,361
Razón de verosimilitudes	2,059	2	,357
Asociación lineal por lineal	,089	1	,766
N de casos válidos	56		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1. Se puede observar que con la prueba del chi cuadrado no existe relación entre la variable funcionalidad familiar y la adherencia a los micronutrientes, obteniendo el valor de chi cuadrado de 2.039 y con un nivel de significancia de 0.361 que supera al valor de significancia esperado de 0.05. Por lo tanto, para nuestro estudio se tendrá que aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna.

Tabla 2. Características los datos socio demográficos de la familia de los niños con anemia de 6 a 35 meses en el Centro de Salud Gustavo Lanatta lujan del distrito de San Martín de Porres periodo, febrero – marzo del 2018.

JEFE DE FAMILIA SEGÚN SEXO		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	43	76.8 %
Femenino	13	23.2 %
Total	56	100.0 %
EDAD DEL JEFE DE LA FAMILIA		
20años a 25 años	16	28.6 %
26 años a 31 años	21	37.5 %
32 años a 37 años	16	28.6 %
38 años a 43 años	2	3.6 %
44 años a 49 años	1	1.7 %
Total	56	100.0 %
ESTADO CIVIL		
Soltera	9	16.1 %
Casada	7	12.5 %
Conviviente	40	71.4 %
Total	56	100.0 %
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	3	5.4 %
Secundaria	37	66.0 %
Superior no universitaria	13	23.2 %
Superior universitaria	3	5.4 %
Total	56	100.0 %
OCUPACION DE LA MADRE		
Actualmente estudio	4	7.1 %
Actualmente trabajo	13	23.2 %
Actualmente no trabajo	39	69.7 %
Total	56	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2. Se observa que según el sexo del jefe de familia a la que pertenece los niños con anemia, atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, el que predominó más fue el sexo masculino con un 76.8%, respecto al sexo femenino con 23.2 %. En cuanto a la edad de los jefes de familia, predominó más los que tienen de 26 a 31 años con un 37.5 %. Y en cuanto al estado civil de los conyugues predominó más los de estado civil de convivencia con un 71.4 %.Seguido del estado civil soltera con 16.1 % y el estado civil casado 12.5 %. Según el grado de instrucción de las madres de los niños que tuvieron secundaria fue un 66.0 %, superior no universitaria un 23.2 %, superior universitaria 5.4 % al igual que nivel primaria un 5.4 %. Según la ocupación de la madre: las madres que no trabajan ocupan el primer lugar con un 69.7 %, seguido de las que trabajan 23.2 %, y las madres que se encuentran estudiando un 7.1 %.

Tabla N° 3. Clasificación de la funcionalidad familiar de los niños con problema de anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan del distrito de San Martín de Porres, febrero – marzo del 2018.

CLASIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
	Frecuencia	Porcentaje
Buena función familiar	17	30.3 %
Disfunción familiar leve	29	51.8 %
Disfunción familiar moderada	10	17.9 %
Total	56	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3. Se puede observar que el mayor predominio en la familia de los niños con anemia fue la disfunción familiar leve con un 51.8%, seguido de la buena función familiar con un 30.3 % y, por último, se encuentra la disfunción familiar moderada con un 17.9 %.

Tabla 4. Nivel de adherencia a los micronutrientes en las madres de los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en Centro de Salud Gustavo Lanatta lujan del distrito de San Martín de Porres periodo, febrero – marzo del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Alta adherencia	22	39.3 %
Baja adherencia	34	60.7 %
Total	56	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4. Se observa que, en el nivel de adherencia a los micronutrientes de las madres de los niños con problema de anemia de 6 a 35 meses, el 60.7 % de las madres mostraron baja adherencia a los micronutrientes, mientras que un 39.3% de las madres mostraron adherencia alta a los micronutrientes.

Tabla 5. Funcionalidad familiar y el nivel adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en Centro de Salud Gustavo Lanatta lujan del distrito de San Martín de Porres periodo, febrero – marzo del 2018

			Adherencia a los micronutrientes		Total
			Alta adherencia	Baja adherencia	
Escala para clasificación de la funcionalidad familiar	Buena función familiar	Recuento	5	12	17
		% dentro de Escala para clasificación de la funcionalidad familiar	29.4%	70.6%	100.0 %
	Disfunción familiar leve	Recuento	14	15	29
		% dentro de Escala para clasificación de la funcionalidad familiar	48.3%	51.7%	100.0 %
	Disfunción familiar moderada	Recuento	3	7	10
		% dentro de Escala para clasificación de la funcionalidad familiar	30.0%	70.0%	100.0 %
Total		Recuento	22	34	56
		% dentro de Escala para clasificación de la funcionalidad familiar	39.3%	60.7%	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5. Se puede observar que las 56 familias del total en nuestro estudio, 29 familias (100%) que obtuvieron disfunción familiar leve, al relacionarlo estas familias, con la adherencia a los micronutrientes, 15 de ellas (51.7 %) obtuvieron baja adherencia, y 14 (48.3%) tuvieron una alta adherencia. Las familias que obtuvieron buena funcionalidad familiar fueron 17 familias (100 %), al relacionarlos con la adherencia a los micronutrientes, 12 familias (70.6%) tuvieron baja adherencia y 5 familias (29.4%) obtuvieron una alta adherencia a los micronutrientes. Las familias que obtuvieron disfunción familiar moderada, fueron 10 familias (100%), al relacionarlo con la adherencia a los micronutrientes, 7 familias (70%) obtuvieron baja adherencia y 3 familias (30 %) obtuvieron alta adherencia.

4.2 Discusión

Con la presente investigación “Funcionalidad familiar y adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses”, llevada a cabo en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, en el distrito de San Martín de Porres, cuyo objetivo general fue: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses. Se determinó que no existe una relación entre la funcionalidad familiar y adherencia con los micronutrientes. Estadísticamente se demostró a través de la prueba del Chi-cuadrado, un valor de 2,039 y con un nivel de significancia de 0.361. Este último dato al ser mayor que 0.05 y al analizar con la prueba de la hipótesis, se tuvo que rechazar la hipótesis alterna y aceptar la hipótesis nula.

Aunque no existan estudios que se enfoquen netamente a la funcionalidad familiar y la adherencia a los micronutrientes, pero nos sirvieron para establecer la metodología y la elección del instrumento para nuestro estudio.

Aunque la Organización Mundial de Salud, define a la adherencia terapéutica, como el grado del comportamiento que presenta una persona, en la administración del medicamento (2). En nuestro estudio la importancia de este cumplimiento de la adherencia a los micronutrientes en los niños sirve para el buen crecimiento y desarrollo de los niños que están con problema de la anemia.

De acuerdo nuestros resultados obtenidos, con relación a la adherencia al tratamiento con los micronutrientes se obtuvo 60.7 % de niños de 6 a 35 meses mostro una baja adherencia; a diferencia del 39.3 % que si presentaron alta adherencia. Los resultados coinciden con los de Munares O, donde señala en su estudio que sólo un 24.4 % de las madres están cumpliendo con la adherencia de los micronutrientes a diferencia de un 75.6 %. En su estudio de Munares O. (2), resalta que la ausencia de infecciones, y el desconocimiento de los efectos secundarios y las creencias acerca de los micronutrientes de la madre, estuvieron influenciados en la adherencia a

los micronutrientes, en nuestro estudio el bajo nivel de adherencia a los micronutrientes se atribuye a la falta de tiempo que tienen la madre en la hora de darle el micronutriente a sus hijos, asimismo, la gran mayoría de los jefes del hogar poseen un grado de instrucción de secundaria incompleta por lo que eso también determinó que los niños presenten una baja adherencia a los micronutrientes debido a la limitada instrucción académica que ellos presentan, hizo que ellos tengan cierta desconfianza y sumado al desconocimiento de los efectos secundarios que pueda presentar el niños al estar consumiendo sus micronutrientes por lo que optan por no darles. Al igual que Munares O. (2), en su estudio encontró baja adherencia ya que la población fue de la sierra y su grado de instrucción fue de secundaria incompleta, por lo que se presume es que haya habido una similitud en nuestro estudio, lo mismo que las creencias populares que presentaba la madres de familia en el estudio de Munares O. (2), hizo que presentaran baja adherencia a los micronutrientes.

Mientras tanto, en su estudio encontrado por Hinostroza M. (15), halló que las madres más jóvenes fueron la que presentaron baja adherencia a los micronutrientes, en el presente estudio relativamente tiene ligera similitud por lo que la mayoría de las madres están comprendidas entre las edades de 26 a 31 años esto explicaría que la edad de las madres influye en la adherencia a los micronutrientes a la hora de darles a sus niños.

Chiguay D, Medina K. (36), en su estudio demostró que 60.6 % no era adherente las madres de los niños de 6 a 36 meses hubo relación estadísticamente significativa entre estado civil, ocupación, en nuestro estudio la gran mayoría de los jefes de los hogares son varones y su estado civil es de conviviente, y según el tipo de familia que presentaban eran familias nucleares, en cuanto a la ocupación de las madres de familia más de la mitad de las madres se dedicaban a las labores del hogar.

Si bien es cierto, el nivel de adherencia a los micronutrientes se entiende como el cumplimiento del mismo, la cual se le atribuye a un compromiso activo y voluntario de los padres en el momento de administrarle la

suplementación con micronutriente. En nuestro estudio hemos considerado del mismo modo, pero además para catalogar a un niño como adherente, se le ha considerado niño adherente, a aquel niño que consume al menos el 90% de los 30 sobres de micronutrientes que fueron entregados en el lapso de un mes. En nuestro estudio 60.7% presentaron baja adherencia a los micronutrientes y un 39.3 % presentó alta adherencia a los micronutrientes, en el estudio de Santisteban C, Valdivieso A. (4), demostró que la alta adherencia se le atribuye a que las madres de familia si presentaban disponibilidad de tiempo y asimismo, el personal de salud les instruye sobre los posibles efectos secundarios de los micronutrientes la cual eso crea un clima de confianza En nuestro estudio no se vio reflejado según lo planteado por Santisteban C. (4), esto se debió a que hubieron madres de familia que no estaban al cuidado de su hijos si no que dejaban al cuidado de estos menores con algún familiar, otras madres no les daban por falta de tiempo, según ellas nos refieren al momento de nuestra entrevista .

Nuestros resultados difieren con los de Laura G. (14), en su estudio el 60% de las madres con lactantes de 4 meses tuvo adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en gotas, su estudio fue realizado en Puno resalta que la gran mayoría de las madres tenían mayor de 30 años, por lo que se puede deducir que la edad en las madres es un condicionante para la adherencia de los micronutrientes, en nuestro estudio la edad que comprendían las madre eran de 26 a 31 años. Además, estas madres en algunas oportunidades las que laboran, dejan a sus hijos al cuidado de sus familiares más allegados la cual según el INEI. (33), en su informe, manifiesta que existe la posibilidad que un niño entre 6 y 17 meses tenga alguna eventualidad desfavorable, triplicando así la posibilidad cuando el niño sólo convive con uno de los padres lo cual podemos concluir que los niños menores de 35 meses van a presentar frecuentemente problemas de salud como por ejemplo, la anemia .

Al respecto en la variable de funcionalidad familiar, prevaleció las familias con disfunción familiar leve con un 51.8% y un 30.4 % para las familias con

buena funcionalidad familiar, asimismo un 17.8 % para las familias con disfunción familiar moderada.

Nuestros resultados coinciden con los estudios realizados por Berbesi F. (9), en Colombia en el año 2010, titulado “Evaluación de la dinámica familiar, en familias de niños con diagnóstico de asma”, donde se encontró que 77,3 % presentó disfunción familiar y 27,6 % buena funcionalidad familiar. Por ello, resalta que una familia con disfunción familiar (77,3%) influye en la falta de control de los niños en su crisis de asma, en comparación con las familias de los niños que presenta buena funcionalidad familiar (27,6%) que tienen el asma controlada; asimismo, dos de cada tres familias eran de estrato bajo. En nuestro estudio también se evidenció familias disfuncionales y cuyo estrato social es de clase media y en algunos casos pertenecen al estrato social bajo, lo cual eso influye para que las familias en algunas ocasiones presenten disfunción familiar, tal como lo detalla Mamani B, Quispe C. (30) ,quien refiere que la disfunción familiar son las consecuencias de un mal funcionamiento familiar quien reconoce a la disfunción familiar como un funcionamiento no saludable dentro de un grupo familiar, ya sea por situaciones conflictivas que van deteriorando el buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes, específicamente en los niños provocando en algunos de sus miembros consecuencias como, violencia, agresividad y hasta, depresión .

Diferimos con los resultados encontrados por Castillo C. (10), en su estudio disfunción familiar como factor de riesgo de desnutrición crónica en menores de cinco años. Resalta que una familia funcional se caracteriza por ser saludables, ya que demuestran afectos positivos, elevando la integración y los recursos de la familiar para que de esta manera puedan superar los conflictos, crisis y problemas que se puedan presentar a lo largo del ciclo vital en cada uno de sus integrantes .Esta definición que plantea el autor no se vió reflejado en nuestro estudio, debido a que hubo familias con buena funcionalidad familiar pero a pesar de ello, presentaron baja adherencia a los micronutrientes y sus hijos tenían problema de anemia. Nuestros resultados difieren con los estudios realizados por Taborda, en su estudio

titulado “Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del programa departamental de complementación alimentaria de Antioquia”, lo que prevaleció más la buena funcionalidad familiar con un 51,0 %, luego están las familias que tienen disfunción leve fue un 13,4 % y ,por último, la disfunción familiar moderada 9,2 %. En cuanto al grado de instrucción del jefe del hogar en nuestro estudio prevaleció más el nivel de secundaria (66,1 %). Estos datos si concuerdan con los de Taborda P. (12), en el nivel educativo en su estudio el 97,5 % de los hogares, el jefe de hogar había estudiado sólo hasta la secundaria.

Diferimos con los estudios por Hinojos L y Martínez I. (26), en su estudio sobre la Disfunción familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos. El 50 % de los niños provienen de familia disfuncionales y el otro 50 % provenían de familias funcionales. En cuanto al nivel de control del asma, la mitad de los niños presentaron asma moderada persistente y el 26.3 % asma severa persistente ,estos datos no concuerdan con los resultados de nuestro estudio, en nuestro estudio predomino más la disfunción familiar leve respecto a la familias funcionales pero a pesar de ellos en nuestro estudio tanto las familias con disfunción familiar leve y familias con buena funcionalidad se evidencio para cada uno de ellos, existió una baja de adherencia a los micronutrientes .

Para Castillo C. (10), la razón de estas diferencias porcentuales de disfunción familiar dependen del grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia que puede ser influenciada por el entorno social. En la actualidad, la crisis económica y sociopolítica a nivel mundial y en el país ha generado que la población llegue a tener cambios drásticos en su vida diaria que en muchos casos han originado una marcada disfunción familiar, debido al estrés social al que ven sometidos. El vertiginoso crecimiento poblacional, aunado con problemas sociales, acompañados de violencia, rompe la armonía, incrementándose los niveles de estrés, aparejados a los de inseguridad. Situación a la cual no son ajenas las familias de los niños anémicos que son atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, que atraviesan en muchas oportunidades por estos problemas sociales que

están inmersos, lo cual se evidenció descuido de la madre a la hora de darle su micronutriente, problemas conyugales, por lo que en algunos casos optaron por la separación, donde la jefatura de la familia lo asumía las madres. Por otro lado, la integración plena de la mujer en el mundo laboral ha traído aparejados cambios sustanciales en la vida de las familias. La participación activa de los dos cónyuges en el trabajo fuera de casa ha producido un impacto no sólo económico, sino también en el tiempo de atención a los hijos y, por lo tanto, en la presión de cada uno de los miembros, ocasionando disfunción familiar. Todos estos factores confieren a la disfunción familiar un carácter multifactorial. En nuestro estudio también se vió reflejado al presentar padres separados y madres que suelen salir a trabajar y dejar a su hijos al cuidado de algún familiar, madres como jefe de hogar. Esto quizás pueda deberse a que en lugar de estudio las familias presentan una situación económica no muy buena por lo que las madres tienen que salir a trabajar para solventar los gastos del hogar y sacar adelante a su familia.

Según la teorizadora Dorotea Ore. (16), quien sostiene que la familia está da como la responsable del cuidado de la salud de cada uno de sus integrantes que la conforman, este concepto, que también fue planteado en la teoría de Friedman. (16) ,por lo que para nuestro entender resulta importante valorar el auto-cuidado de Orem, el cual refiere que la visión primordial que tiene que tener enfermería es priorizar las necesidades de todo ser humano ya que todo esto está relacionado con el auto cuidado .En nuestro estudio los profesionales de enfermería quienes vienen realizando esta tarea de velar por el buen estado de salud de cada uno de su integrantes del grupo familiar, pero vemos no necesariamente se cumple con las indicaciones impartidas a través de las sesiones educativas, en algunas oportunidades las familias no son conscientes y no están cumpliendo con administrar los micronutrientes debido a que piensan que no son necesarias y ,además, refirieron que algunas oportunidades estos micronutrientes les caen mal debido a sus niños esto surge por no tener un buen conocimiento y la desconfianza de los padres en la información se le proporcionan para su cumplimiento.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- No existe relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de adherencia a los micronutrientes en los niños con anemia de 6 a 35 meses, por lo que se afirma que las variables en estudio son independiente, siendo el valor de significancia obtenido en un 0.361.
- El nivel de adherencia a los micronutrientes de las madres de los niños con anemia de 6 a 35 meses, mostró que más de la mitad presentan baja adherencia, mientras que sólo dos quintos del total de las madres mostraron adherencia alta a los micronutrientes.
- En la funcionalidad, familiar, la mayoría de los niños de 6 a 35 meses con problema de anemia pertenecen a una familia con disfunción familiar leve, resultado que se evidenció al aplicar el test de Apgar familiar para nuestro estudio.
- Las familias que tuvieron buena funcionalidad familiar de los niños con problema de anemia, obtuvieron una baja adherencia a los micronutrientes, a la hora del estudio.

- En los datos sociodemográficos, el estado civil de convivencia fue el que más prevaleció asimismo, prevalecieron más los jefes de familia cuya edad oscilan entre 26 a 31 años de edad. Y en cuanto al grado de instrucción de los jefes de familia, más de la mitad sólo tienen secundaria completa.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda que se realice investigaciones futuras en busca de factores que puedan asociarse a la causa del por qué una familia siendo funcionalmente buena, no tiene una adecuada adherencia a los micronutrientes.
- Tomando en cuenta que la muestra de esta investigación sólo pertenece a un establecimiento de salud, se propone realizar estudios a nivel de la Dirección de Redes Integradas de Salud (Diris) Lima Norte.
- El Ministerio de Salud debería realizar una supervisión a nivel de redes, donde se verifique que se esté trabajando con las familias, por lo que la funcionalidad familiar repercuta en el estado de salud de cada uno de sus integrantes.
- El personal de enfermería, debería dar sesiones educativas a las familias, en cuanto a la buena funcionalidad familiar para que, de este modo, se pueda contribuir al buen funcionamiento familiar y se cumpla con sus funciones básicas como familia, evitándose así el posible desarrollo de las enfermedades en sus integrantes.
- El personal de enfermería debería trabajar coordinadamente con el equipo multidisciplinario: psicología, nutrición, odontología y medicina, comprometidos para una educación permanente y continua con las familias para poder lograr una buena funcionalidad familiar y mejorar el estado nutricional de los niños con problemas de anemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becerril N, Mendigure J. Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamellín, provincia Antonio Raimondi, Ancash. Revista Científica de Ciencias de la Salud [Revista en Internet] 2013 [acceso 10 de febrero de 2018]; 6(2306-0603): 52-58. Disponible en <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/625>
2. Munares O, Gómez G. Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Perú. Rev. Bras Epidemiol [Revista en Internet] 2016 [acceso 28 de febrero de 2018]; 19(3): 539-553. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2016000300539&script=sci_abstract&tIng=es
3. Gómez G. Micronutrientes y enfermedades crónicas: ¿hacia dónde apunta la evidencia científica? Acta medica costarricense [Revista en Internet] 2009 [acceso 10 de marzo de 2018]; 51(0001-6002): 147-154. Disponible en <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n3/a05v51n3>
4. Santisteban C, Valdivieso A. Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de Hemoglobina del Centro de Salud San Martín Lambayeque 2016 [tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Pimentel: Universidad Señor de Sapan; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/uss/3054/Santisteban%20-%20Valdivieso.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [sede web]. Lima- Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016 [acceso 18 de abril del 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

6. Sánchez M. Ate y SJL presentan mayor índice de anemia infantil [sede web]. Lima-Perú: Diario Expreso; 2016 [acceso 11 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.expreso.com.pe/actualidad/ate-y-sjl-presentan>
7. Gómez M, Louro I, Jiménez L, Silva L. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en Internet] 1999 [acceso 18 de abril de 2018]; 15(3): 303-310. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300014
8. Briceño M. Familias Disfuncionales [sede web]. Lima- Perú: RPP noticias; 2014 [Acceso 11 de abril de 2018] .Disponible en: <https://rpp.pe/lima/actualidad/familias-disfuncionales-noticia-668083>
9. Berbesi D, García M, Segura A, Posada R. Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma. Rev Colomb Psiquiat [Revista en Internet] 2013 [acceso 14 de febrero de 2018]; 42(1):63–71. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/806/80626357009.pdf>
10. Castillo C. Disfunción Familiar como factor de riesgo de desnutrición crónica en menores de 5 años Microred de salud el porvenir 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1723/1/RE_Med. Humana_Disfucion.Familiar_Desnutricion.Cronica_Tesis.pdf
11. Espinoza R. Perú impacto de una familia disfuncional [sede web] .Lima–Perú: Diario El Popular; 2016 [acceso 11 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.elpopular.pe/series/orientacion-y-familia/2016-03-20-peru-impacto-de-una-familia-disfuncional>
12. Taborda P, Pérez M, Berbesi D. Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del Programa Departamental de Complementación Alimentaria de Antioquia, Revista CES Medicina [Revista

- en Internet] 2011 [acceso 10 de abril de 2018]; 25(1):6–19. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v25n1/v25n1a02.pdf>
13. Urquidi C, Mejía H, Vera C. Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso micro encapsulado. Rev Soc Bol Ped [Revista en Internet] 2007 [acceso 10 de abril de 2018]; 46(1):3–11. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v80n3/art11.pdf>
 14. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Revista Colombia de Psiquiatría [Revista en Internet] 2006 [acceso 15 de febrero de 2018]; 35(1):23-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80635103>
 15. Estrella E, Soures M. Introducción al estudio de la Dinámica Familiar. Rampa [Revista en Internet] 2016 [acceso 10 febrero 2018]; 1(1):38 – 47. Disponible en: <http://idefiperu.org/Ramnro1/Rampa V1N1 Parte2.pdf>
 16. Galindo B. Funcionalidad familiar y su relación con el estado de salud de sus miembros [Tesis para optar el título profesional de maestría en enfermería]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1996. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6844/1/1080072454.PDF>
 17. Suarez M, Alcalá M. Apgar Familiar : Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Rev. Médica La Paz [Revista en Internet] 2014 acceso 10 abril de 2018]; 20(1):53–57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
 18. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes y mujeres gestantes y púerperas [sede Web].Lima – Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2017 (acceso 15 de abril de 2018). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

19. Quispe G. Adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en gotas de madres con lactantes de 4 meses, centro de salud 1-3 Coata, 2016 [tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería].Puno: Universidad nacional del Altiplano; 2016. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5657/Laura_Quispe_Gaby.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Díaz I. Aplicación del test de Apgar para valorar la disfunción familiar en familias con niños con TDAH: protocolo de investigación [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería].Campus de Ávila: Universidad de Salamanca; 2014. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125568/1/TG_DiazGarcial_AplicaciontestApgar.pdf
21. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta ed. México: Mc Graw Hill Educación; 2014.
22. Izquierdo J. Influencia del consumo de micronutriente en la prevención y tratamiento de anemia leve en niños de 6 a 36 meses. Centro de salud Alto Perú. La Libertad-2016 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Trujillo – Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2016. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/772/izquierdo_aj.pdf?sequence=1
23. Orozco J, Vargas C, Rojas M, Herrera A, Montoya L, Sánchez J, et al. Efecto de los micronutrientes en polvo en el estado nutricional y en los valores hemáticos de preescolares sanos, Medellín, 2013. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [revista en Internet] 2015 [acceso 7 de marzo de 2018]; 33(2):161170. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/1882>

24. Pérez C. La Familia En Su Etapa De Formación. Rev. Cubana Med Gen Integr [Revista en Internet] 1999 [acceso 5 de abril de 2018]; 15(3):237-40. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi03399.pdf>
25. Betancurth D Amaya P. Caracterización Del Riesgo Familiar Total De Las Familias de Mujeres en Lactancia Materna, Villa María (Caldas). Hacia la promoción de la salud [Revista en Internet] 2012 [acceso 5 de mayo de 2018]; 17(1):29-44. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n1/v17n1a03.pdf>
26. Hinojos L, Martínez I, Upton T, Cisneros M. Disfunción familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos. Acta Pediátrica de México [Revista en Internet] 2010 [acceso 5 de abril de 2018]; 31(6):293-296. Disponible en: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/261/261>
27. Calderón I, Del Rio C, Rodríguez O, Guisandes A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. Medisan [Revista en Internet] 2014 [acceso 4 de abril de 2018]; 18 (11): 1523-1529. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n11/san091811.pdf>
28. Gonzales J, Rivas F, Marín X, Villamil L. Niveles de Disfunción Familiar, en Veinte Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar en el Municipio de Armenia. Tipo de Artículo: de Investigación [Revista en Internet] 2013 [acceso 2 de abril de 2018]; 13 (2): 399-411. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/agor/v13n2/v13n2a05.pdf>
29. Carrasco K, Tene E. Disfunción familiar y desnutrición en el anciano. Aportaciones originales Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Revista en Internet] 2015 [acceso 2 de febrero de 2018]; 53(1): 14-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151c.pdf>
30. Mamani B, Quispe C. Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria en la Institución Educativa Secundaria Perú Birf, Juliaca – 2015 [tesis para optar el título profesional de licenciada en

psicología]. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2016. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/135/Blanca_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31. Enciclopedia Británica en Español. La familia: concepto, tipos y evolución [sede web] Lima– Perú: Enciclopedia Británica en Español; 2009 [acceso 11 de marzo de 2018]. Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares [sede web]. Lima – Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010 [acceso 14 de abril de 2018]. Disponible: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Tipos-y-Ciclos-de-Vida-Hogares.pdf>
33. Mendoza Cecilia. Según estudio familia disfuncional es propensa a violencia, accidentes y males [sede web] Lima – Perú: La Republica; 2012 [Acceso 06 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://larepublica.pe/archivo/669489-segun-estudio-familia-disfuncional-es-propensa-a-violencia-accidentes-y-males>
34. Cabrera E, Huerta A, Rodríguez M, Sánchez A. Representaciones Sociales sobre la Maternidad y la Entrega en Adopción en mujeres que están considerando esta opción respecto al hijo(a) que esperan o acaban de tener [tesis para optar el título profesional de licenciado en psicología]. Pontificia: Universidad Javeriana; 2005. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis18.pdf>
35. Huamán L, Aparco J, Núñez E, Gonzáles E, Pillaca J, Mayta P. Consumo de Suplementos con Multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 36 meses: Estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de abril de 2018]; 29(3): 314-323. Disponible

en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300004

36. Chiguay D, Medina K. “Factores socioculturales y adherencia a la suplementación con micronutrientes en madres de niños de 6 a 36 meses. C.S. ampliación Paucarpata, Arequipa - 2017” [tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Arequipa - Perú: universidad nacional de san Agustín de Arequipa; 2014. Disponible en:<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5140/ENchardl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

37. Ministerio de Salud .Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad [sede Web]. Lima - Perú : Ministerio de Salud; 2011 [acceso 06 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>

38. Silva E, Correa J, Galeano E. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [Revista en Internet] 2005 [acceso 24 de abril de 2018]; 30 (4): 268-273. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.org>

39. Organización Mundial de la Salud. La Prevalencia mundial de la anemia [sede Web]. Perú: Organización Mundial de la Salud; 2011[acceso 24 de abril de 2018]. Disponible en: <http://scalingupnutrition.org/es/news/la-oms-comparte-la-prevalencia-mundial-de-la-anemia-en-2011/>

ANEXO

- e) Superior no universitaria
- f) Superior universitaria

6. **Ocupación:**

- a) Actualmente estudio
- b) Actualmente trabajo
- c) Actualmente no trabajo

7. **Establecimiento de salud donde acude con el niño:** _____

8. **Niños en casa (/menores de 36 meses)**

SI

NO

9. **Edad del niño con diagnóstico de anemia:**

10. **Concentraciones de Hb (g/dl)** _____

TIPOS DE FAMILIA	
Tipo 1	Tipo 2
<input type="checkbox"/> Nuclear	<input type="checkbox"/> Extensa
<input type="checkbox"/> Nuclear modificada	<input type="checkbox"/> Extensa modificada
<input type="checkbox"/> Nuclear reconstituida	<input type="checkbox"/> Atípica
<input type="checkbox"/> Pareja	

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DEL APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema yo necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya a mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia , tristeza , ,amor					
Me satisface como compartimos en familia: <ul style="list-style-type: none"> a) El tiempo para estar juntos b) Los espacios en la casa c) El dinero 					

ADHERENCIA AL MMN	
Nº sobres de MMN consumidos en el mes de marzo	
Nº total de sobres de MMN entregados en el mes de marzo	

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Padres de Familia y/o Apoderado)

Yo.....

Identificado (a) con D.N.I..... autorizo a los bachilleres de Enfermería: Carhuas Ccoello, Edwin y Zúñiga de la Cruz, Jossellyn de la Universidad Norbert Wiener; me puedan realizar las preguntas contenidas en el cuestionario sobre el tema a estudiar: "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 del distrito San Martín de Porres periodo febrero – marzo del 2018". Decido voluntariamente participar en el estudio, asimismo, afirmo haber sido informado(a) de los objetivos de la investigación, he comprendido la importancia del tema.

Firma de la Participante

DNI N°:

Egresado: Carhuas C. Edwin

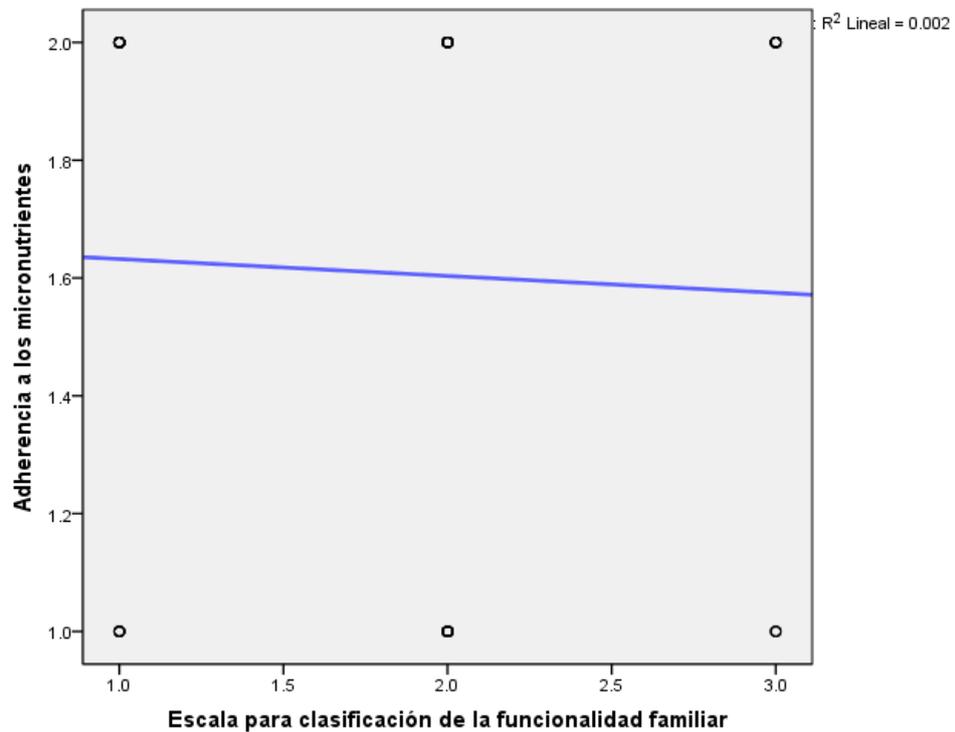
DNI N°: 41433393

Egresada: Zúñiga De La C. Jossellyn

DNI N°: 47559324

ANEXO 3

DIAGRAMA DISPERSIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LOS MICRONUTRIENTES DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON ANEMIA DE 6 A 35 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJAN DEL DISTRITO DE SAN MARTÍN DE PORRES PERIODO, FEBRERO – MARZO DEL 2018



Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico, se observa que, en el diagrama de dispersión de puntos encontramos una línea alargada y horizontal, lo cual indica que no existe correlación entre las dos variables, es decir, no existe correlación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a los micronutrientes.

ANEXO 4

Edad en meses de los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan periodo, febrero- marzo del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6 meses a 10 meses	24	42.9	42.9	42.9
	11 meses a 15 meses	20	35.7	35.7	78.6
	16 meses a 20 meses	5	8.9	8.9	87.5
	21 meses a 25 meses	6	10.7	10.7	98.2
	31 meses a 35 meses	1	1.8	1.8	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Según en la tabla nos indica que en cuanto a la edad de los niños con anemia, los niños de edades de 6 meses a 10 meses ocupó el primer lugar con un 42.9%, seguido los de 11 meses a 15 meses con un 35.7%, los de 21 meses a 25 meses un 10.7%, los 21 meses a 25 meses 10.8%, y los de 31 meses a 35 meses solo un 1.8%. Mientras tanto, no se observó ningún niño con anemia de 26 meses a 30 meses por lo que en la tabla no figura.

ANEXO 5

Clasificación de la anemia en niños de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan periodo, febrero- marzo 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Anemia leve	49	87.5	87.5	87.5
Anemia moderada	7	12.5	12.5	100.0
Total	56	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en la tabla que según los niños de 6 meses a 35 meses, atendidos en el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, el 87.5% tuvieron anemia leve, y un 12.5 % tuvieron anemia moderada y ningún niño tuvo anemia grave.

ANEXO 6

Tipo de familia que provienen los niños con anemia de 6 a 35 meses atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan periodo, febrero- marzo del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tipo 1	31	55.4	55.4	55.4
Tipo 2	25	44.6	44.6	100.0
Total	56	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en la tabla que según el tipo de familia que provienen los niños cuanto los de tipo 1 corresponde a un 55.4%, los de tipo de familia 2 corresponde a un 44.6%.