



Universidad
Norbert Wiener

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Tesis

Calidad de la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024

**Para optar el Grado Académico de
Maestro en Salud Pública**

Presentado por:

Autora: Tineo Gutiérrez, Marylin

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7999-7285>

Asesor: Dr. Yacarini Martínez Antero Enrique

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4716-4371>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, **Tineo Gutierrez, Marylin** Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “**Calidad de la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024**” Asesorado por el docente: **Antero Enrique Yacarini Martínez** Con DNI 17620568 Con ORCID 0000-0003-4716-4371 tiene un índice de similitud de (17) (DIECISIETE)% con código oid: 14912:539499417 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo:

En fuentes primarias se ha obtenido 6% que corresponde a los títulos de problema principal, específicos, objetivos generales, específicos, justificación y lo relacionado al marco metodológico.



.....
 Firma de autor 1
 Marylin Tineo Gutierrez
 DNI: 70154074



.....
 Firma
 Antero Enrique Yacarini Martínez
 DNI: 17620568

Lima, 11 de diciembre de 2025

Dedicatoria

A mi madre, por su amor incondicional, su apoyo inquebrantable y por enseñarme que el esfuerzo y la perseverancia son las claves del éxito. Y a mi hermano, por ser mi inspiración y mi refugio en los momentos difíciles. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por ser mi fuente constante de fortaleza, sabiduría y esperanza durante este proceso. El presente trabajo constituye no solo un esfuerzo académico, sino también un espacio de desarrollo personal. Expreso mi reconocimiento a mi familia por su confianza, a mis amigos por su apoyo incondicional y a todas aquellas personas que, con sus palabras y gestos de aliento, contribuyeron de manera significativa a la culminación de esta etapa y mi Asesor, Dr. Antero Enrique Yacarini Martínez por su permanente orientación y ayuda.

Índice

Resumen	viii
Abstrac.....	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.4. Justificación de la investigación	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de investigación	7
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Formulación de hipótesis.....	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	27
3.1. Método de investigación.....	27
3.2. Enfoque de la investigación.....	27
3.3. Tipo de investigación	27
3.4. Diseño de la investigación.....	27
3.5. Población, muestra y muestreo	28
3.6. Variables y operacionalización.....	29
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.8. Procesamiento y análisis de datos	34
3.9. Aspectos éticos	36
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	37
4.1. Resultados.....	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1. Conclusiones	58
5.2. Recomendaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS.....	68
Anexo 1: Matriz de consistencia	68
Anexo 2: Instrumentos	70
Anexo 3: Validez del instrumento	76
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	81
Anexo 5: Prueba de normalidad	84

Anexo 6: Aprobación del Comité de Ética.....	85
Anexo 7: Formato de consentimiento informado.....	86
Anexo 8: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	88
Anexo 9: Constancia de autorización para el ingreso al establecimiento de la Microred de Chilcas – Ayacucho.....	89
Anexo 10: Reporte de similitud de Turnitin.....	90

Índice de tablas

Tabla 1.	Cuadro de operacionalización de Variables	31
Tabla 2.	Validez del instrumento de investigación.....	34
Tabla 3.	Características sociodemográficas del niño y de los padres.....	37
Tabla 4.	Calidad de la consejería nutricional en niños	39
Tabla 5.	Porcentaje de las dimensiones de calidad de la consejería nutricional en niños	40
Tabla 6.	Adherencia al tratamiento de la anemia en niños	41
Tabla 7.	Dimensiones de la adherencia al tratamiento de la anemia en niños.....	42
Tabla 8.	Cruce entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia.....	43
Tabla 9.	Interpretación del análisis de correlación (Rho de Spearman) para ambas variables	44
Tabla 10.	Prueba de hipótesis específica 1	46
Tabla 11.	Prueba de hipótesis específica 2	47
Tabla 12.	Prueba de hipótesis específica 3	48
Tabla 13.	Prueba de hipótesis específica 4	49
Tabla 14.	Prueba de hipótesis específica 5	50
Tabla 15.	Resumen de procesamiento de casos del instrumento 1	81
Tabla 16.	Estadística de fiabilidad del instrumento 1	81
Tabla 17.	Estadísticas de total de elemento del instrumento 1	81
Tabla 18.	Resumen de procesamiento de casos del instrumento 2.....	82
Tabla 19.	Estadística de fiabilidad del instrumento 2.....	82
Tabla 20.	Estadísticas de total de elemento del instrumento 2	83
Tabla 21.	Prueba de normalidad de los datos de las dos variables. ¡Error! Marcador no definido.	

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Características sociodemográficas del niño y de los cuidadores.....	38
Gráfico 2.	Porcentaje de la calidad de la consejería nutricional en niños	39
Gráfico 3.	Porcentaje de las dimensiones de la calidad de la consejería nutricional en niños	41
Gráfico 4.	Porcentaje de la adherencia al tratamiento de la anemia.....	42
Gráfico 5.	Porcentaje de las dimensiones de adherencia al tratamiento de la anemia.	43

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de cinco años, atendidos en la Microred de Chilcas – Ayacucho, durante el año 2024. Para ello, se utilizó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal, de alcance correlacional y de tipo aplicado, enmarcado en el método hipotético-deductivo. La muestra estuvo conformada por 100 cuidadoras de niños diagnosticados con anemia. Se empleó la técnica de la encuesta y como instrumentos dos cuestionarios validados mediante juicio de expertos: uno para medir la calidad de la consejería nutricional (26 ítems) y otro para evaluar la adherencia al tratamiento (20 ítems), ambos con alta confiabilidad (alfa de Cronbach: $\alpha = 0,923$ y $\alpha = 0,862$, respectivamente). Los resultados evidenciaron una relación positiva y significativa entre la calidad general de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento (Rho de Spearman = 0,593; $p < 0,000$). Se observó que el 58,1 % de quienes recibieron consejería de buena calidad presentaron una adherencia adecuada, mientras que el 69,1 % de quienes recibieron consejería regular mostraron adherencia regular. Cabe destacar que el 100 % de las cuidadoras que calificaron la consejería como mala tuvieron una adherencia inadecuada. Asimismo, todas las dimensiones de la consejería nutricional mostraron correlaciones positivas y significativas con la adherencia: “explicación de la situación encontrada” (Rho = 0,674), “análisis de factores causales o de riesgo” (Rho = 0,728), “búsqueda de alternativas y toma de acuerdos” (Rho = 0,656), “registro de acuerdos” (Rho = 0,580), y “seguimiento de acuerdos” (Rho = 0,523), todas con $p < 0,01$. En conclusión, se confirma que la calidad de la consejería nutricional se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de la anemia, siendo un factor clave para mejorar el cumplimiento terapéutico en la población infantil.

Palabras clave: Calidad, adherencia al tratamiento, anemia, consejería, nutrición.

Abstract

The present research aimed to determine the relationship between the quality of nutritional counseling and adherence to anemia treatment in children under five years of age, attended at the Chilcas Micro-Network – Ayacucho, during 2024. A quantitative approach was used, with a non-experimental, cross-sectional, correlational, and applied design, framed within the hypothetical-deductive method. The sample consisted of 100 caregivers of children diagnosed with anemia. The survey technique was employed, using two validated questionnaires as instruments: one assessing the quality of nutritional counseling (26 items) and another evaluating treatment adherence (20 items), both validated by expert judgment and demonstrating high reliability (Cronbach's alpha: $\alpha = 0.923$ and $\alpha = 0.862$, respectively). The results showed a positive and significant relationship between the overall quality of nutritional counseling and adherence to treatment (Spearman's Rho = 0.593; $p < 0.000$). It was observed that 58.1% of caregivers who received high-quality counseling demonstrated adequate adherence, while 69.1% of those who received regular counseling showed regular adherence. Notably, 100% of cases who rated counseling as poor exhibited inadequate adherence. Furthermore, all dimensions of nutritional counseling were positively and significantly correlated with adherence: "explanation of the identified situation" (Rho = 0.674), "analysis of causal or risk factors" (Rho = 0.728), "search for solutions and agreement-making" (Rho = 0.656), "agreement recording" (Rho = 0.580), and "follow-up of agreements" (Rho = 0.523), all with $p < 0.01$. In conclusion, the quality of nutritional counseling is significantly associated with adherence to anemia treatment, highlighting its importance as a key factor in improving therapeutic compliance in the pediatric population.

Keywords: Quality, treatment adherence, anemia, counseling, nutrition.

Introducción

La anemia infantil es una preocupación de salud pública que impacta el desarrollo y crecimiento adecuado de los niños, especialmente en los primeros años de vida. Siendo la principal causa de esta condición la deficiencia de hierro que puede generar efectos adversos a largo plazo en el desarrollo cognitivo, inmunológico y físico de los infantes. A pesar de la existencia de tratamientos efectivos, la adherencia a estos suele ser un desafío para muchas familias.

La consejería nutricional resulta fundamental para favorecer la adherencia al tratamiento de la anemia infantil, al orientar a los cuidadores sobre su relevancia, la alimentación adecuada y la reducción de efectos adversos.

La investigación se organiza en cinco capítulos.

En el Capítulo I se define el problema de investigación, los objetivos generales y específicos, la justificación, así como el alcance y las limitaciones.

El Capítulo II desarrolla el marco teórico, incluyendo el estado del arte, los antecedentes nacionales e internacionales y la base conceptual.

En el Capítulo III se presenta el marco metodológico, con la definición de variables, la matriz de operacionalización, el tipo, nivel, enfoque y diseño de investigación, además de la población y muestra.

El Capítulo IV expone los principales resultados descriptivos mediante tablas y gráficos, acompañados de su análisis e interpretación.

Finalmente, el Capítulo V contiene las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas, mientras que en los anexos se incorporan la matriz de consistencia, los instrumentos, la validación de expertos, el consentimiento informado y el reporte de similitud.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente la mayoría de infantes padecen de anemia por lo tanto sigue siendo uno de los problema primordiales que aqueja a la salud pública perjudicando aproximadamente a más de 2 millones de infantes menor de 5 años, los datos obtenidos refleja que las cifras son a nivel mundial por lo tanto refleja que este problema es de consideración, a nivel inmediato y a futuro, la organización Mundial de la Salud (OMS) que evaluó en 2020 nos refleja que de 269 millones de niños de entre 6 y 36 meses en todo el planeta fueron afectados por la anemia, teniendo una prevalencia de 39,8%, lo que significa que uno de cada tres niños tiene anemia y que mayormente dicha problemática de evidencia en países socioeconómicos medianos y bajos (1).

A pesar de que se conocen las causas de la anemia y se tienen los conocimientos necesarios para tratarla, esta problemática aún no ha sido superada y una de las principales razones es la insuficiencia de nutrientes como el hierro, vitamina A y B12, es por ello que se de suma importancia lograr mantener un equilibrio adecuado de estos nutrientes mediante una alimentación balanceada con una correcta ingestión de los suplementos nutricionales y sobre todo que el cuidador tenga los conocimientos suficientes para mejorar el estado nutricional de su niño y de esta manera poder disminuir el riesgo de que el niño tenga anemia (2).

La pandemia del COVID-19 ha elevado la vulnerabilidad de los infantes frente a la anemia ferropénica. No se logró acceder de manera apropiada a las estrategias de los servicios sanitarios para prevenir problemas y mejorar la calidad de vida infantil debido a las restricciones que se presentaron en la atención intra y extracomunitaria. Además, el miedo al contagio de COVID-19 ha generado a que muchos padres eviten llevar a sus hijos a los controles médicos. Como resultado, los niños tienen menos probabilidades de ser diagnosticados y tratados de la anemia, lo que puede aumentar la prevalencia de esta condición (3).

El COVID-19 tuvo un impacto muy devastador en la población peruana, especialmente en nuestros infantes, por la limitación que nos trajo la pandemia se vio reflejada la alimentación de nuestra población, en especial la poblaciones de adultos mayores y niños que son las más vulnerables, lo cual nos lleva a esta cifra de aumento de

la anemia ferropénica infantil en el país, en especial en la zona de Ayacucho que en el 2022 tuvo un 50.7% de infantes con anemia a diferencia del 2017 que tuvo un 43.1% (3-4).

Según los últimos estudios el COVID-19 ha afectado de manera muy negativo en la alimentación nutricional de muchas familias vulnerables. En primer lugar, la pandemia ha provocado una pérdida de ingresos para muchas familias, lo que ha dificultado que puedan comprar alimentos (4). En segundo lugar, la pandemia ha provocado interrupciones en el suministro de los principales alimentos primordiales, lo que ha hecho que algunos alimentos sean más caros o difíciles de encontrar. En tercer lugar, ha provocado el cierre los centros de estudios, lo que ha dificultado que los niños accedan a programas de alimentación escolar (5).

De acuerdo con la OPS/OMS, se estima que, en la región de las Américas, alrededor del 16,5 % de los niños entre 6 y 59 meses padecen anemia, lo que representa aproximadamente 12 millones de menores afectados por esta condición (6-7).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2024), la prevalencia nacional de anemia en menores de 6 a 35 meses fue de 35,3%, mostrando una ligera reducción respecto al 2023, cuando alcanzó el 43,1 % (8).

Sin embargo, al analizar los datos a nivel departamental, se observa que Ayacucho presenta valores superiores al promedio nacional. De acuerdo con el Informe Departamental de la ENDES 2023, en este departamento la prevalencia de anemia alcanzó el 51.5%, siendo más alta en las zonas rurales (56,3%) en comparación con la urbana (47,1%) (9). Asimismo, en el grupo de 6 a 59 meses la prevalencia alcanzó 41,0%, con un predominio también en la zona rural (45,6%) frente a la urbana (37,2%). Estos datos reflejan que, pese a la tendencia nacional hacia la reducción, Ayacucho continúa mostrando una elevada carga de anemia infantil, particularmente en contextos rurales, lo que evidencia brechas en el acceso y efectividad de las intervenciones preventivas (9).

En el año 2024, varias regiones del Perú continuaron registrando tasas de prevalencia de anemia infantil significativamente elevada en infantes de 6 a 39 meses, si bien se registraron descensos paulatinos en algunas de ellas. Entre las regiones con las tasas más elevadas se encuentran Puno, con aproximadamente un 70,4 %, seguida por

Ucayali con cerca de 59,4 %, y Huancavelica, alrededor de 55,1 %. Otras regiones que también mantienen prevalencias altas, aunque levemente menores, son Ayacucho, que pasó de 51,5 % en 2023 a 51,0 % en 2024 (10). Estos números demuestran que la anemia infantil, particularmente en infantes con menos de 5 años, no se trata solo de un problema sanitario, sino asimismo de un reto social y humano que exige acciones multisectoriales y sostenidas.

Frente a esta situación, el Estado aprobó el Decreto Supremo N.º 002-2024-SA, que establece el Plan Multisectorial 2024-2030 con la meta de reducir la prevalencia de anemia a 37,2 % en menores de 36 meses y gestantes, mediante la articulación de acciones en los sectores salud, educación, agricultura, inclusión social y gobiernos regionales (11).

La investigación se enfoca en niños diagnosticados con anemia que tienen menos de 5 años, ya que este grupo representa un indicador clave del estado nutricional y de salud infantil. Aunque la mayor prevalencia se observa en menores de 3 años, es pertinente abarcar hasta los 5 años debido a que en este rango persisten etapas críticas de crecimiento y maduración en las que la anemia puede ocasionar consecuencias en el desarrollo cognitivo, psicomotor y en el rendimiento escolar a futuro (12). Asimismo, organismos internacionales como la OMS y el MINSA del Perú establecen la vigilancia de la anemia en toda la población infantil > 5 años, al considerar que la identificación temprana y la adherencia al tratamiento son determinantes para prevenir complicaciones y garantizar un desarrollo integral saludable (13).

En tal sentido según los últimos reportes realizado por la Microred de Chilcas de distrito de La mar, departamento de Ayacucho, se estimó que el total de infantes menores de 5 años, tienen una estima de niños de aproximado de 250 infantes, por datos estratégicos se obtiene el dato de 100 infantes con diagnóstico de anemia leve y moderada dato obtenido del HIS-MINSA, teniendo como una de las principales razones de que las madres no cumplen con la suplementación son, olvido, falta de tiempo, efectos secundarios, como estreñimiento o cambio de coloración de las heces, rechazo del niño al alimento suplementado, administración incorrecta del suplemento o que el niño estuvo enfermo entre otros (14).

Es por estos hallazgos que surge la necesidad de plantear dicha investigación con fin de determinar si la consejería nutricional influye de manera significativa en la

adherencia del tratamiento en niños con anemia y de acuerdo con dichos resultados se implementara estrategias para mejorarla. En tal sentido, se formuló la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general.

¿Cómo la calidad de la consejería nutricional se relaciona con la adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?

1.2.2. Problemas específicos.

¿Cómo la dimensión explicación de la situación encontrada se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?

¿Cómo la dimensión análisis de factores causales o riesgos se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?

¿Cómo la dimensión búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?

¿Cómo la dimensión registro de acuerdos tomados se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?

¿Cómo la dimensión seguimiento de acuerdos tomados se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general.

Determinar como la calidad de la consejería nutricional se relaciona con la adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos.

Identificar como la dimensión explicación de la situación encontrada se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Identificar como la dimensión análisis de factores causales o riesgos se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Identificar como la dimensión búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Identificar como la dimensión registro de acuerdos tomados se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Identificar como la dimensión seguimiento de acuerdos tomados se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica.

Un problema de salud pública es la anemia en niños con menos de cinco años que afecta su desarrollo físico y cognitivo. La consejería nutricional, al brindar información sobre alimentación adecuada y uso de suplementos, es clave para mejorar la adherencia al tratamiento. Una mayor calidad en la consejería puede favorecer que los cuidadores sigan correctamente las indicaciones, optimizando los resultados en la salud infantil. Por

ello, examinar el vínculo entre la adherencia al tratamiento y la calidad de la asesoría nutricional. en la Microred de Chilcas permitirá generar estrategias más efectivas para reducir la anemia en esta población así mismo servirá para futuras investigaciones.

1.4.2. Metodológica.

La metodológica se fundamenta en la oportunidad de implementar un método sistemático y claro para investigaciones parecidas. El uso de instrumentos validados y confiables asegura que los datos obtenidos sean precisos y consistentes, permitiendo identificar relaciones importantes y diseñar estrategias de intervención efectivas. Además, la colaboración con profesionales de salud garantiza que las acciones propuestas sean viables y relevantes para mejorar la adherencia al tratamiento de anemia en los niños estudiados.

1.4.3. Práctica.

La práctica se fundamenta en la posibilidad de obtener un diagnóstico actualizado del estado de salud de los niños, así como del comportamiento de los cuidadores frente a la anemia, lo que permitirá identificar necesidades y brechas en el manejo del tratamiento. Los resultados obtenidos contribuirán al diseño de estrategias de intervención basadas en evidencia, orientadas a optimizar la adherencia al tratamiento, mejorar la efectividad de las acciones nutricionales y prevenir posibles recaídas, asegurando un abordaje más integral y sostenible de la problemática.

1.5. Limitaciones de la investigación

El diseño de investigación es una de las limitaciones más importantes de la investigación, ya que no posibilita determinar relaciones causales entre las variables, sino únicamente identificar asociaciones entre ellas. Sin embargo, los resultados obtenidos proporcionarán información valiosa para los establecimientos de salud, facilitando la implementación de medidas correctivas en la atención de niños con anemia. Asimismo, se recomienda la realización de investigaciones futuras que involucren un mayor número de centros de salud, para conseguir una perspectiva más extensa y representativa del problema.

Entre las dificultades enfrentadas, se identificó que la recolección de datos se vio afectada por la incumplida asistencia de los padres a las citas programadas, lo que obligó

a realizar visitas domiciliarias, generando demoras en el cronograma de trabajo. A pesar de estas dificultades, se logró alcanzar la muestra prevista, garantizando la completitud de los datos necesarios para el estudio.

Asimismo, no se empleó el Documento Técnico de Consejería Nutricional aprobado por la RM 829-2009-MINSA debido a que, en la Microred de Chilcas, su implementación es limitada y no se utiliza de manera estandarizada durante la atención rutinaria. El personal de salud aplica guías internas simplificadas y formatos propios, por lo que no fue posible evaluar los ítems de dicho documento ni aplicarlo como referencia metodológica oficial. Esta situación constituyó una restricción para la comparación con los estándares nacionales de calidad de consejería.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

A nivel Internacional

Mbofana et al., (15) (2024). En su estudio tuvo como objetivo “Evaluar la prevalencia de la anemia y su relación con el estado nutricional, los conocimientos y las prácticas alimentarias de sus cuidadores en infantes de 6 a 8 meses en la ciudad de Maputo, Mozambique - África”. El estudio fue de tipo transversal y recolectó datos sobre niveles de hemoglobina, estado antropométrico y prácticas de alimentación complementaria, además de explorar las percepciones y conocimientos de los cuidadores. Se evaluó a 420 lactantes de entre 6 y 8 meses de edad. El estudio también aplicó cuestionarios de conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) a los cuidadores. Si bien un 82% manifestó actitudes positivas hacia la alimentación complementaria, solo el 47% demostró conocimientos adecuados sobre prácticas nutricionales recomendadas. Se encontró una relación métrica notable entre el nivel de conocimiento de los cuidadores y la presencia de anemia en los niños. ($p < 0,05$), lo que indica que un conocimiento nutricional insuficiente podría ser un factor de riesgo relevante.

Villarreal I, (16) (2020). Tuvo como objetivo “Determinar la percepción de madres de niños de 6 a 36 meses de edad respecto al consumo de micronutrientes “Chispitas Nutricionales” en el Municipio de Puerto Carabuco, La Paz, Bolivia” Se utilizó un enfoque cualitativo, descriptivo y metódico. La población estuvo constituida por un centenar de madres con hijos de entre seis y treinta y seis meses. El instrumento usado

fue una encuesta estructurada aplicada directamente a las cuidadoras el cual se enfocó en explorar el conocimiento, percepción y prácticas de administración de los micronutrientes, así como la identificación de posibles barreras para la adherencia al tratamiento. Teniendo como resultado que el 60 % de las madres no conocía los principales beneficios de la ingesta de micronutrientes, evidenciando un déficit importante de información sobre la correcta administración y la importancia de la suplementación. Esta falta de conocimiento se asoció directamente con la discontinuidad en el tratamiento, afectando la efectividad del programa de suplementación infantil. Concluyendo que la razón principal por la que se interrumpió el consumo de micronutrientes fue la falta de información por parte de los cuidadores respecto a la administración correcta y los beneficios de los suplementos.

Bermeo N. et al., (17) (2020). En su estudio tuvieron como objetivo “Determinar los principales factores que inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes Chis Paz en niños menores de 3 años en el CIBV Nuevos Horizontes El Condado - Ecuador”. El método a utilizar fue un estudio cuantitativo. Se utilizó un total de 80 cuidadores que se encargan de niños que tienen menos de cinco años. El cuestionario es la herramienta que se utilizó. Lo que resultó que el 39.1% presenta una adherencia media y el 24.3%, baja. Los principales factores que influyeron para una adecuada adherencia se relacionaron de manera muy significativa con la consejería que brinda el personal de salud con un 66.9% y un 49.1% vinculados con el individuo que gestiona el suplemento. Como resultado, se determinó que los cuidadores que administran los MMN y contar con una consejería adecuada logran que su niño tenga una mayor adherencia al tratamiento.

Machado et al., (18) (2020). En la investigación trazaron con la finalidad de "Establecer la prevalencia y todos los factores asociados con la anemia ferropénica en infante menor a un año pertenecientes a CASMU-IAMPP – Uruguay. El método a utilizar fue un estudio descriptivo, analítico y transversal. Constituida con una población de 855 infantes. El instrumento a utilizar fue un cuestionario. Teniendo como resultado que el 18,3% debido principalmente que el 65,9% no incorporaba carne a la comida diaria del infante y que el 28,6% no recibía una correcta dosis de Fe. Concluyendo que el 23,4% no se adhería al tratamiento debido a que hubo una falla al comenzar la suplementación con hierro y al no contar con una correcta administración de dosis.

Aregash et al., (19) (2021). En su estudio tuvieron como objetivo “Evaluar factores que poseen asociatividad con la adhesión a la ingesta de suplementos con hierro, así como sus factores en Etiopía”. El método a utilizar cuantitativo. La muestra está compuesta por 185 niños, cuya edad oscila entre los 6 y los 11 meses. Se utilizó un cuestionario como instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas. Se obtuvo que la edad de la madre (40%) y el origen geográfico del niño (30.3%) son factores relacionados con la adhesión, la distancia de la casa al puesto de salud 10%, la facilidad de uso de los suplementos nutrientes 10%, el conocimiento del uso correcto y el recibir apoyo para administrar el suplemento con un 30% influyen de manera significativa para una correcta adherencia. Concluyendo entonces que el 79 % tienen una adherencia adecuada al consumo de todas las dosis prescritas.

A nivel nacional

Salas, et al., (20) (2023). En su estudio tuvieron como objetivo “Determinar la relación entre la consejería nutricional y el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia en madres de niños entre 6 y 36 meses que acuden al Centro de Salud “Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, en Abancay”. La investigación fue de diseño cuantitativo, correlacional y de tipo transversal. Se trabajó con una población de 184 madres o cuidadoras. Se aplicaron dos cuestionarios estructurados para evaluar ambas variables. Los resultados indicaron que el 51,3 % en relación con la adherencia, el 28,8% de los encuestados calificó la consejería como excelente, el 20% como deficiente y el resto como regular, el 68,8 % de las madres mostraron cumplimiento, mientras que el 31,3 % no adherían al tratamiento. La prueba de correlación de Spearman, se identificó una relación positiva moderada entre ambas variables ($r \approx 0,536$), con significancia estadística, lo que señala que una calidad más alta en la asesoría nutricional se relaciona con un cumplimiento más alto del tratamiento de anemia. Al finalizar, se puede concluir que el compromiso de las madres en lo que respecta al tratamiento de anemia en sus hijos está determinado directamente por la orientación nutricional apropiada proporcionada por el personal sanitario.

Chávez, et al., (21) (2023). En su estudio tuvieron como objetivo “Determinar la satisfacción de consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en lactantes de 6 a 12 meses del C.S. Pedro Sánchez Meza, Chupaca - Huancayo”. Su enfoque fue

cuantitativo, basado en un diseño no experimental. Se tomo en cuenta a 184 madres o cuidadoras como población, a quienes se aplicaron dos cuestionarios estructurados para evaluar ambas variables. Los hallazgos fueron que el 63,6 % de las participantes percibieron la asesoría como regular, el 35,3 % como buena y solo el 1,1 % como mala. Respecto al tratamiento de la anemia, el 63 % mostró una adherencia estable, el 20,7 % apropiada y el 16,3 % inadecuada. La prueba de Spearman evidenció una correlación positiva fuerte y significativa entre satisfacción y adherencia ($r = 0,735$; $p = 0,000$), concluyéndose que, mientras más satisfecho estés con la asesoría nutricional, más seguirás el tratamiento para la anemia.

Pinillos, et al., (22) 2023. Realizó un estudio con el propósito de “Determinar la relación entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 3 años, en un hospital de Trujillo”. El diseño de la investigación fue correlacional y transversal, mientras que su enfoque fue cuantitativo. Se llevó a cabo una investigación con un grupo de 100 madres o personas que cuidan a niños diagnosticados con anemia. Se aplicaron dos cuestionarios validados mediante juicio de expertos. Teniendo como resultado, una correlación válida y la significancia entre las dos variables fue ($Rho = 0,401$; $p < 0,001$). No obstante, al analizar las dimensiones específicas de la consejería, solo la dimensión relacionada con el registro de acuerdos mostró una correlación significativa ($Rho = 0,257$; $p = 0,010$). Para resumir, la calidad de la asesoría nutricional influye en cómo se cumple el tratamiento para la anemia infantil, aunque de manera distinta dependiendo de los componentes analizados.

Dipaz V., (23) (2022). En su estudio tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la calidad de consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños de un centro de salud ubicado en la Molina, 2022”. El método a utilizar fue un estudio hipotético-deductivo, cuantitativa y no experimental. Constituida con una población de 80 niños. El instrumento a utilizar fue dos cuestionarios, validados previamente por juicio de expertos. Como resultado se evidencio que el 57.5% tienen una “buena” consejería nutricional, mientras que el 42.5% solo refleja un ítem de “regular” a lo que refiere el tratamiento adecuado de la anemia. Concluyendo que si existe una relación significativa de ambas variables con un $Rho = -,624$; $p < 0.01$).

Urquiza, et al., (24) (2021). En su estudio tuvieron como objetivo “Determinar la relación entre la Consejería Nutricional y el nivel de adherencia a la suplementación con los micronutrientes en los cuidadores de niños de 6 a 36 meses que acuden el C.S. Néstor Gambetta Callao, 2020”. Para este estudio se utilizó un enfoque cuantitativo de tipo correlacional. Las 87 cuidadoras constituyeron la población. El instrumento a utilizar fue la encuesta mediante dos cuestionarios que miden ambas variables. Teniendo como resultado una correlación positiva significativa (Spearman $r = 0.65$, $p < 0.001$). Además, el 72% de los cuidadores con consejería de alta calidad mostraron alta adherencia, frente al 35% con consejería de calidad baja o regular. Concluyendo que si existe una relación significativa de ambas variables y que estos hallazgos evidencian la importancia de implementar estrategias efectivas de consejería nutricional para incrementar la adherencia a tratamientos esenciales en la primera infancia.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Calidad de atención

Es el grado en que la atención médica proporcionada a un paciente es efectiva, segura, oportuna, eficiente y centrada en el paciente (25).

La definición de Donabedian es una de las más empleadas en la actualidad. Según su planteamiento, la calidad de atención se refiere al cuidado diseñado para optimizar los beneficios para el paciente, lo que implica que la atención debe ser apropiada, segura y eficiente desde la perspectiva del paciente (26).

Con el fin de proporcionar salud y bienestar a los pacientes, el personal de enfermería proporciona una atención de calidad. Para que la atención sea de calidad constara de características específicas como brindarse en el momento adecuado y oportuno, que sea continua y eficiente. Además, debemos entender que una atención adecuada está relacionada con estándares altos de la práctica profesional de Enfermería. Los estándares son pautas que establecen los niveles de calidad que deben alcanzarse en la prestación de los servicios de salud (27).

El Ministerio de Salud día a día desarrollo un Documento Técnico que nos refiere temas relacionado a Gestión de la Calidad, el cual se trazó como objetivo potenciar la excelencia en la oferta de servicios sanitarios en Perú. Este documento define una

referencia para la implementación de gestión de la calidad en todos los centros que provean apoyo a la salud, con el fin de garantizar que la atención que brindan sea oportuna, eficiente y centrada en las necesidades de los pacientes (28).

2.2.1.1. Modelo teórico

Según nos relata Donabedian, el modelo de calidad de atención, actualizado en 2010, se basa en un enfoque centrado en el paciente y tiene como objetivo cumplir con sus expectativas y necesidades. Para ello, busca ofrecer servicios de alta calidad, con mayores oportunidades de atención, cobertura y satisfacción (2).

De esta manera se puede dividir de manera más parcial en las dimensiones:

- Estructura: Son los recursos y condiciones que se brinda a los pacientes, como el personal, los equipos y las instalaciones (29).
- Proceso: Son las acciones que se ejecutan para proporcionar la atención, como la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento (29).
- Resultados: Son los datos evidenciados respecto a la atención brinda y el bienestar que obtuvo el paciente (29).

El modelo actualizado de Donabedian incorpora una cuarta dimensión, la percepción del paciente. Esta dimensión se refiere a la opinión que tiene el paciente sobre la atención que recibió (29).

De esta manera, podemos entender que el personal de enfermería brinda una atención de calidad, garantizando el óptimo estado de salud y bienestar integral de los pacientes. Asimismo, la implementación de sistemas de gestión de la calidad contribuye a mejorar continuamente la atención, permitiendo ofrecer servicios especializados y, en consecuencia, mejorar los resultados en salud (30).

2.2.2. Consejería nutricional

Es la acción que se realiza mediante una comunicación con la paciente dirigida a la prevención y promoción de salud de una manera adecuada y segura con fines de que el individuo sea saludable, para mejorar la salud del paciente con el objetivo de mejorar su salud con la independencia necesaria para decidir sobre su salud y comportarse en consecuencia (31).

Según el MINSA, la asesoría sobre nutrición dentro del contexto de la atención materno-infantil es entendida como un proceso educativo basado en la comunicación interpersonal y el diálogo participativo. Este proceso es llevado a cabo por personal de salud capacitado en temas de nutrición y consejería, y está dirigido principalmente a gestantes, cuidadores y padres de familia. Más allá de una simple transmisión de información, implica generar un espacio de confianza y motivación, donde los usuarios puedan expresar libremente sus percepciones, emociones y preocupaciones respecto a la salud y nutrición del niño o niña. De esta manera, se fomenta la construcción conjunta de alternativas para mejorar su bienestar (32).

La calidad de consejería nutricional no solo es un trabajo que implique al personal de salud, sino que permite que los pacientes logren expresarse libremente, compartiendo sus experiencias, miedos e inseguridades teniendo una comunicación fluida, respetuosa y efectiva. Además, el personal de salud debe tener ciertas cualidades, que incluyan, sobre todo, tener conocimientos científicos sobre el tema, empatía, destrezas para solucionar conflictos, gentileza y sobre todo la habilidad de poder dar respuestas claras y concisas sobre el problema así mismo se debe de contar con un entorno armonioso y limpio para poder de esta forma lograr satisfacer sus necesidades individuales (33).

Este proceso educativo puede llevarse a cabo tanto dentro del establecimiento de salud (intramural) como fuera de él (extramural). En este último caso, se contempla que el personal de salud o el agente comunitario realice visitas periódicas al hogar del niño, niña o gestante. El objetivo de estas visitas es brindar acompañamiento y apoyo en la adopción de mejores prácticas relacionadas con la alimentación, el cuidado de la salud, la higiene y la participación activa del padre en el proceso. Para garantizar su efectividad, estas visitas deben ser coordinadas con antelación, respetando la disponibilidad de tiempo y las dinámicas tanto del usuario como del profesional de salud (34).

2.2.2.1. Rol de enfermería en la consejería nutricional

Una de las funciones esenciales del profesional de enfermería es la educación sanitaria dirigida a la población que atiende. En este contexto, la consejería nutricional se convierte en una estrategia clave que promueve la interacción educativa entre el personal de salud y los miembros de la familia, diferenciándose por su enfoque orientador y

participativo. Esta labor no solo transmite conocimientos, sino que también busca generar conciencia en los cuidadores, especialmente los padres, sobre la importancia de la nutrición en la infancia (35).

En el seguimiento del estado de salud del niño, la consejería nutricional busca principalmente apoyar el desarrollo integral del menor, haciendo esencial la participación activa de la familia. En este contexto, el personal de enfermería, a través de la consejería nutricional, juega un papel fundamental al fortalecer la involucración familiar, fomentar la responsabilidad en el cuidado del niño y favorecer la preparación emocional adecuada de los cuidadores. (35).

Este proceso educativo debe realizarse en un ambiente de respeto y confianza, donde la comunicación, ya sea verbal, no verbal o simbólica, sea clara y bidireccional. La efectividad de la consejería depende en gran medida de la calidad de esta interacción. Por ello, el profesional de enfermería debe comprender con precisión las acciones que debe llevar a cabo, sus motivos y objetivos. Una mala intervención puede provocar consecuencias negativas, tales como desnutrición, anemia u otras enfermedades vinculadas a una alimentación inadecuada en los niños. Entre las enseñanzas dirigidas a la madre, en beneficio de los menores, se incluyen la prevención de la anemia, el consumo de alimentos ricos en hierro, la alimentación complementaria y la evaluación del estado nutricional (35).

2.2.3. Dimensiones

La consejería nutricional, al igual que cualquier acto comunicativo, sigue una secuencia estructurada que va desde la apertura hasta el cierre:

2.2.3.1 Primer encuentro y descripción de la situación encontrada

El objetivo principal de este paso es obtener una comprensión completa del estado nutricional del paciente (36). Esto se logra mediante la recopilación, validación e interpretación sistemática de información relevante, que incluye:

- Antecedentes dietéticos y nutricionales: Hábitos alimentarios actuales y pasados, preferencias y aversiones alimentarias, alergias e intolerancias, suplementos, medicamentos, patrones de eliminación y acceso a alimentos (36).

- Evaluación antropométrica: Peso, talla, perímetro de cintura, pliegues cutáneos y otras medidas corporales para evaluar el estado de peso y la composición corporal (36)
- Marcadores bioquímicos: Análisis de sangre para medir niveles de glucosa, hemoglobina A1c, lípidos en sangre, electrolitos, vitaminas y minerales, entre otros indicadores del metabolismo y el estado nutricional (36).
- Examen físico enfocado en la nutrición: Evaluación de la piel, el cabello, las mucosas, la lengua, los ojos y otros sistemas corporales para detectar signos de deficiencias o desequilibrios nutricionales (36).
- Historia clínica: Enfermedades actuales y pasadas, medicamentos, hospitalizaciones, cirugías, hábitos de vida y factores psicosociales que podrían influir en el estado nutricional (36).

La recolección de información en el primer contacto con el paciente es una etapa crucial para valorar su estado nutricional; sin embargo, este procedimiento no concluye allí. Es indispensable realizar un seguimiento constante que permita valorar la efectividad de las intervenciones aplicadas y hacer los ajustes necesarios según la evolución del paciente.

2.2.3.2 Factores que causan o representan riesgos

Continuando como la segunda etapa de una mejora conjunto con la intervención de la nutrición, que tiene como objetivo principal identificar las causas profundas de los problemas o riesgos detectados durante la evaluación nutricional y antropométrica. Esto implica un análisis profundo de diversos factores que podrían estar afectando la salud y el bienestar del infante (36).

Es crucial que los profesionales de la salud analicen y examinen detalladamente aquellos posibles factores que afectan la situación actual (36). Esto incluye indagar sobre:

- La adherencia a la suplementación: ¿Comenzó el niño la suplementación y la completó? ¿Hubo interrupciones o abandonos? ¿Enfrentó algún problema durante el proceso?
- Antecedentes de consejería: ¿El niño recibió previamente asesoramiento

sobre la importancia de la suplementación?, ¿En qué consistió este asesoramiento?

- Suplementación actual: ¿El niño continúa actualmente con la suplementación?, ¿Con qué frecuencia y en qué dosis?

Al obtener información detallada sobre estos aspectos, el personal de salud podrá comprender mejor la situación y tomar decisiones más acertadas para lograr que el infante tenga una adecuada salud (36). Así mismo se debe considerar los siguientes aspectos:

- Factores socioeconómicos: ¿En qué condiciones socioeconómicas vive el niño?, ¿Tiene acceso a una alimentación adecuada y a servicios de salud de calidad?
- Hábitos alimenticios: ¿Cómo es su alimentación? ¿Ingiere una cantidad adecuada de alimentos que contengan micronutrientes?
- Presencia de otras enfermedades: ¿Padece el niño alguna otra enfermedad que pueda afectar la absorción o el uso de los micronutrientes?

Mediante una evaluación integral que incluya estos y otros factores relevantes, el personal de salud podrá brindar una atención individualizada y así comprender la realidad identificando factores, ya sean alimenticios, social, cultural, etc.

2.2.3.3. Búsqueda de alternativas y decisión conjunta

Para la siguiente fase, todos los profesionales del área de la salud y los colaboradores del niño apoyan para incrementar y obtener nuevas estrategias que atiendan los problemas previamente identificados. Es fundamental destacar que la decisión final sobre las opciones más viables recae en ellos, ya que son quienes poseen un conocimiento más profundo de sus recursos y alternativas además son ellos quienes darán la suplementación de hierro a sus niños (36).

Por lo tanto, el propósito de esta etapa es colaborar para identificar soluciones viables y factibles, considerando las preferencias, recursos y limitaciones de los cuidadores del niño.

2.2.3.4 Apuntes de decisiones adoptadas

Para garantizar los acuerdos alcanzados entre el profesional de la salud y los cuidadores se cumplan y se conviertan en cambios positivos, se propone un enfoque integral que abarca el registro, la comunicación y el apoyo (36).

- Registro detallado: El profesional de la salud tiene que documentar los acuerdos y compromisos establecidos con el cuidador, incluyendo un máximo de tres por encuentro. Esta información debe registrarse tanto en la historia clínica como en una hoja de indicaciones específica para el cuidador (36).
- Hoja de indicaciones personalizada: La hoja de indicaciones debe ser clara, concisa y fácil de entender para el cuidador, puede incluir afiches, volantes u otro material visual complementario para reforzar el mensaje, esto con el objetivo de que el cuidador tenga a mano un recordatorio constante de los acuerdos y pueda revisarlo junto a su familia (36).
- Motivación y apoyo: El profesional de la salud debe motivar al cuidador y a su familia para que pongan en práctica los acuerdos establecidos. Se puede brindar apoyo emocional y práctico para facilitar el cumplimiento de los objetivos. El seguimiento periódico y la valoración del progreso son cruciales para mantener la motivación y realizar ajustes si es necesario (36).

2.2.3.5 Cierre y monitoreo de decisiones adoptadas

Esta última fase es una fase crucial en el proceso de consejería porque se trata de un encuentro final y donde se revisarán los acuerdos establecidos durante las sesiones previas y se define el plan de seguimiento para el futuro. Esta etapa puede realizarse de forma presencial (intramural) o a distancia (extramural) y debe concluir con una despedida cálida y afectuosa que incentive a la madre a regresar en caso de necesitarlo (36).

El personal de salud tiene el compromiso de ejecutar un seguimiento exhaustivo de los acuerdos tomados ya que, en siguiente consulta o visita domiciliaria, se debe verificar si la madre ha cumplido con los compromisos que se han trazado y así realizar una evaluación al proceso que existe en el transcurso y sus dificultades que haya experimentado en la implementación de las prácticas, todo esto con el objetivo de identificar las fortalezas, debilidades y poder abordar las problemáticas y consolidar las

mejoras logradas (36).

En el transcurso se realizará una próxima cita en el cual se establece un control a los niños afectados y de las necesidades específicas que carecen la madre, por ello importante mantener una comunicación abierta y fluida con la madre para brindarle el apoyo continuo que requiere en el cuidado de los menos de la muestra.

2.2.4. Adherencia al tratamiento de la anemia

Para la OMS la adherencia es un proceso que se da a corto o largo tiempo en la cual la terapéutica observa el seguimiento estricto de las indicaciones del personal de salud. Esto implica tomar la medicación en la dosis correcta y de forma continua. La profilaxis y la adherencia es muy importante para el éxito del mismo (37).

En tanto el MINSA, la adherencia al tratamiento se refiere al nivel en que el paciente cumple con las instrucciones dadas, asegurando que el suplemento se ingiera correctamente, ya sea con fines preventivos o terapéuticos. Para ello, el paciente debe estar dispuesto a dedicar el tiempo necesario para cumplir con las dosis, días y horarios establecidos; además de que debe haber consumido al menos el 75 % del tratamiento prescrito (38).

Según la Norma 213 del MINSA, la adherencia al tratamiento de la anemia en el Perú se gestiona a través de un enfoque integral que incluye diagnóstico, tratamiento farmacológico, monitoreo y educación nutricional (38). El tratamiento para que un niño o una niña con anemia se recupere dura seis meses e incluye seguimientos mensuales, de la misma manera, evaluaciones a los tres meses y seis meses después de comenzar el tratamiento. Durante este período, se administra sulfato ferroso en gotas o jarabe, según la edad del niño. Si el niño no acude al centro de salud, las brigadas del MINSA realizan visitas domiciliarias para asegurar la continuidad del tratamiento. Una vez recuperado, se recomienda continuar con una adecuada alimentación y recibir suplementación preventiva para mantener reservas de hierro y prevenir la recurrencia de la anemia (39).

Asimismo, la Norma Técnica fija orientaciones para evitar y controlar la anemia por falta de hierro en mujeres fértiles, gestantes o puérperas, así como en niños y adolescentes. Esta norma enfatiza la importancia de la suplementación con hierro, la educación nutricional y el monitoreo continuo para mejorar la adherencia al tratamiento

y reducir la prevalencia de la anemia en estos grupos poblacionales (40).

Entonces podemos decir que la adherencia al tratamiento es el compromiso que tiene el paciente de seguir correctamente su plan médico, que incluye no solo la medicación sino también la dieta y los ajustes en su estilo de vida. De esta manera, se logra un mejor control de la anemia y se evita que vuelva a aparecer.

2.2.4.1 Tratamiento farmacológico

De acuerdo con Gereklioglu C. et al. (2016), el tratamiento farmacológico con hierro se trata de suministrar suplementos de hierro para aumentar los niveles de hemoglobina y restaurar los depósitos de hierro en el organismo. La eficacia de esta intervención depende directamente de la adherencia del paciente al tratamiento, entendida como el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas, incluyendo la ingesta regular del suplemento y la recolección oportuna del medicamento en los servicios de salud (41).

Los estudios muestran que la adherencia al tratamiento es mayor en pacientes que experimentan una menor incidencia de efectos adversos relacionados con la terapia. En este sentido, la adherencia implica no solo la ingesta del hierro de manera consistente, sino también la observancia de las pautas indicadas durante la consulta médica, tal como lo establece la Norma Técnica 213, que destaca lo necesario de un enfoque integral para gestionar la anemia, que incluye el diagnóstico, el tratamiento con medicamentos y el monitoreo nutricional (42).

El sulfato ferroso es el medicamento más utilizado para tratar la anemia por falta de hierro, y se administra por vía oral, debido a su alta biodisponibilidad y bajo perfil de efectos secundarios. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar molestias como náuseas, vómitos o cambios en la coloración de las heces, lo que podría requerir la modificación del esquema terapéutico (42).

Para optimizar la absorción del sulfato ferroso, se recomienda su administración junto con alimentos o bebidas ricas en vitamina C, mientras que el consumo simultáneo de té o café debe evitarse, dado que estudios han evidenciado que disminuyen su absorción (42).

En conclusión, el tratamiento con hierro oral constituye una estrategia efectiva y de primera línea para la corrección de la anemia por deficiencia de hierro. Sin embargo, es imprescindible considerar los posibles efectos adversos, implementar medidas para maximizar la absorción del fármaco, y asegurar la educación del paciente y un seguimiento clínico cercano. Estas acciones contribuyen a garantizar la adherencia al tratamiento y, por ende, la obtención de resultados clínicos favorables, tal como lo recomienda el MINSA en sus directrices nacionales (42).

2.2.4.2 Tratamiento dietético

Según Arizmendi (2018), el tratamiento dietético se entiende como un conjunto de estrategias nutricionales personalizadas, diseñadas para corregir desequilibrios alimentarios y adaptarse a las necesidades clínicas específicas de cada paciente, con el fin de mejorar su estado de salud y calidad de vida (43).

Según Pérez (2019), define el tratamiento dietético como la intervención sistemática que utiliza la alimentación para prevenir, tratar o controlar enfermedades, ajustando la dieta a las condiciones particulares del individuo (44).

En lo que respecta a la atención nutricional y la salud pública, el tratamiento dietético se refiere a la utilización de dietas terapéuticas diseñadas para prevenir, tratar o controlar enfermedades y condiciones de salud. Estas dietas son elaboradas por profesionales de la salud, como nutricionistas y médicos, y se basan en las necesidades individuales del paciente, considerando factores como su estado nutricional, diagnóstico médico y preferencias culturales (45).

En conclusión, consiste en una intervención terapéutica individualizada que pretende equilibrar las deficiencias nutricionales y ajustarse a las particularidades clínicas de cada paciente. Su propósito principal es optimizar la salud y el bienestar mediante estrategias nutricionales apropiadas, que abarcan desde el fomento del consumo adecuado de nutrientes esenciales hasta la transformación de los hábitos alimentarios. Asimismo, la educación en nutrición es fundamental, ya que un mayor entendimiento favorece la adopción de conductas alimentarias saludables, lo que facilita el éxito del tratamiento (43 - 44).

2.2.4.3 Modelo teórico

La adherencia al tratamiento de la anemia ha sido ampliamente estudiada, destacándose el Modelo de Creencias en Salud, desarrollado por Becker y Rosenstock en 1974 (46). Este modelo plantea que la conducta de un individuo, en este caso el cumplimiento del tratamiento, se fundamenta en sus creencias y percepciones sobre la enfermedad, así como en la valoración de los beneficios y barreras asociadas a la intervención terapéutica. Asimismo, el modelo posibilita la detección de las variables que pueden tener un impacto en la efectividad del tratamiento y, por consiguiente, en la mejora de la salud del paciente. (46).

- La percepción de la amenaza: Es la creencia de que la enfermedad es grave o tiene consecuencias negativas.
- La autoeficacia: Es la capacidad que tiene la persona de realizar el comportamiento necesario para prevenir o controlar su enfermedad.

2.2.5 Anemia

Como ya es conocida es una alteración caracterizada por presentar baja cantidad de eritrocitos que tiene el organismo. Los eritrocitos que cumplen una función del traslado de oxígeno a todo nuestro organismo, por lo que una disminución puede causar una falta de O₂ en los tejidos, lo que se evidencia con un sin fin de síntomas entre ella el niño presenta fatiga, disnea, mareos, falta de apetito y retraso en su crecimiento (47).

La anemia es una afección clínica que se distingue por una disminución de la cantidad de hemoglobina en la sangre o por un descenso en el número de glóbulos rojos, lo cual pone en riesgo la habilidad del cuerpo para llevar oxígeno a los tejidos. Esta alteración puede originarse por diversos mecanismos, incluyendo una producción insuficiente de glóbulos rojos, una destrucción acelerada de los mismos o pérdidas sanguíneas excesivas (47).

La anemia, de acuerdo con la OMS, es un nivel de hemoglobina que está por debajo de lo normal. Por poner un ejemplo, en los hombres adultos se contempla anemia si la concentración de hemoglobina es >13 g/dL; en las mujeres adultas, el umbral es de 12 g/dL. En el contexto pediátrico, la anemia se define como una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/dL en niños de 6 a 59 meses (48).

Dentro de las diversas formas de anemia, la anemia ferropénica constituye la entidad más prevalente, particularmente en la población pediátrica. Esto se explica por la limitada reserva de hierro en lactantes y niños pequeños, así como por una capacidad eritropoyética insuficiente para satisfacer las demandas de sinterización de hemoglobina, proteína esencial para el transporte de oxígeno a nivel tisular y mantenimiento de la homeostasis metabólica (48).

Entre los factores etiológicos más significativos se incluyen: deficiencia de hierro dietética, hemorragias crónicas, prematuridad, y bajo peso al nacer, los cuales comprometen la eritropoyesis efectiva y la hemoglobina funcional (488).

Desde el punto de vista clínico, la anemia ferropénica se caracteriza por microcitosis e hipocromía de los eritrocitos, junto con disminución de los niveles séricos de hemoglobina, ferritina y saturación de transferrina menor para la edad y sexo (48).

La repercusión de la deficiencia de hierro y de la eritropoyesis inadecuada en la infancia incluyen alteraciones multisistémicas y neurocognitivas:

- Retraso del crecimiento lineal y del desarrollo somático.
- Déficits en el desarrollo psicomotor y cognitivo, con afectación de la memoria, atención, procesamiento ejecutivo y aprendizaje académico.
- Alteraciones conductuales, incluyendo irritabilidad y déficit de atención sostenida.
- Incremento de la susceptibilidad a infecciones recurrentes, tanto gastrointestinales como respiratorias, lo que puede aumentar la mortalidad y morbilidad en niños (48).

En consecuencia, la anemia ferropénica es un problema sanitario que necesita tratamientos terapéuticos y nutricionales a una edad temprana, con el fin de prevenir déficits de desarrollo físico y neurológico que podrían perdurar a lo largo de la vida.

2.2.5.1 Diagnóstico de la anemia

Según el MINSA, el diagnóstico de anemia se establece mediante la medición de la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa (40).

Criterios Diagnósticos: El diagnóstico de anemia se basa en los siguientes criterios:

- **Análisis clínico:** Determinación de síntomas y signos mediante el examen físico y la anamnesis. Es importante destacar que, en etapas iniciales o formas leves de anemia, los síntomas pueden ser sutiles o incluso ausentes.
- **Examen de Laboratorio:** Establecimiento de la densidad de hemoglobina en la sangre. Los valores de referencia varían según la edad, el sexo y la altitud geográfica. Por ejemplo, en niños de 6 a 59 meses, se considera anemia una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/dL

Clasificación de la Anemia: Según la Norma N° 213-MINSA/DGIESP-2024, la anemia se clasifica en:

- **Ligero:** Acumulación de hemoglobina entre 10 y 11 g/dL.
- **Moderada:** Acumulación de hemoglobina entre 7 y 9.9 g/dL.
- **Severa:** Acumulación de hemoglobina por debajo de 7 gramos por decilitro

2.2.5.2 Tratamiento de la anemia

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), el tratamiento debe ser integral, combinando suplementación con hierro, evaluación nutricional, consejería dietético-nutricional y seguimiento clínico, con el fin de normalizar el nivel de hemoglobina, corregir la insuficiencia de hierro y prevenir problemas en el desarrollo físico y cognitivo. (40).

La Norma Técnica 213, aprobada por la Resolución Ministerial número 251, determina pautas para prevenir y controlar la anemia por falta de hierro en niños, adolescentes, mujeres fértiles, embarazadas y puerperas en el Perú. (40).

El tratamiento de la anemia ferropénica se basa en una estrategia integral que incluye:

1. Suplementación con Hierro:

- Niños menores de 6 meses: administración de sulfato ferroso en gotas.
- Infantes de 6 a 35 meses: sulfato ferroso en forma líquida o jarabe.
- Para niños de 36 a 59 meses: sulfato ferroso en forma de pastillas masticables o jarabe.
- Adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas: sulfato ferroso con ácido fólico.

La duración del tratamiento es de seis meses, con controles periódicos para evaluar la respuesta terapéutica.

2. Evaluación Nutricional y Consejería:

- Fomento del consumo de alimentos ricos en hierro hemo y no hemo.
- Orientación sobre combinaciones alimentarias que mejoren la absorción de hierro y sobre la evitación de inhibidores de su absorción.

3. Monitoreo Clínico:

- Seguimiento de los niveles de hemoglobina y ferritina.
- Detección y manejo de efectos adversos asociados a la suplementación.

4. Registro y Codificación:

- Documentación de todas las intervenciones en el Sistema de Información HIS-MINSA para asegurar la trazabilidad y el monitoreo de indicadores sanitarios.

El propósito estratégico es en sí reducir la prevalencia y severidad de la anemia por deficiencia de hierro, minimizar sus efectos adversos sobre el desarrollo físico, cognitivo y psicomotor, y aumentar la calidad de vida de las madres y los niños, garantizando que haya equidad en la salud y sostenibilidad en las intervenciones.

2.2.6. Teoría de Enfermería: Nola Pender:

La tesis del modelo de impulso de la salud explica que las experiencias individuales de una persona ya sean positivas o negativas, tienen un impacto directo en su colaboración en actividades de fomento de la salud y en el acogimiento de conductas sanas o insanas. Este modelo sostiene que los individuos son seres integrales, con fortalezas, potencialidades y la capacidad de tomar decisiones autónomas respecto a su bienestar y salud (49).

En el contexto del presente estudio, esta teoría resulta especialmente relevante, dado que los cuidadores de infantes con anemia ferropénica poseen experiencias individuales que condicionan su desempeño en el cuidado de los menores. Por consiguiente, el equipo de enfermería desempeña un rol esencial en la promoción y prevención de la salud, orientando a los cuidadores, optimizando la adherencia a intervenciones nutricionales y terapéuticas, y contribuyendo a la reducción de la prevalencia de anemia, así como a la mejora del estado nutricional y calidad de vida de los niños (49).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general.

H1: Existe relación entre la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho.

H0: No existe relación entre la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho.

2.3.2. Hipótesis específicas.

Existe relación entre la dimensión explicación de la situación encontrada con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Existe relación entre la dimensión análisis de factores causales o riesgos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Existe relación entre la dimensión búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Existe relación entre la dimensión registro de acuerdos tomados con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Existe relación entre la dimensión seguimiento de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Este estudio empleará el método hipotético-deductivo, ya que se formularon hipótesis y luego se sometieron a pruebas rigurosas. Este enfoque, como lo indican Hernández R. y Mendoza C, se enmarca dentro de una teoría más amplia. Las hipótesis, derivadas de dicha teoría, se establecen de forma general y luego se evalúan en casos particulares (50).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio utiliza un método cuantitativo, siguiendo las recomendaciones establecidas por Hernández R. y Mendoza C. Este enfoque facilitó el análisis estadístico de los datos, lo cual es fundamental para alcanzar los objetivos e hipótesis planteados con precisión y fiabilidad (50).

3.3. Tipo de investigación

El presente estudio se caracterizó por su enfoque aplicado, tal como lo indican Hernández R. y Mendoza C. Este tipo de investigación busca generar soluciones y propuestas concretas para problemas específicos. Para esto el estudio está direccionado para los establecimientos de estrategias de consejería nutricional para el abordaje de la anemia (50).

Alcance: correlacional.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño que se usó es no experimental, como lo explican Hernández R. y Mendoza C. En este tipo de diseño, el especialista no modifica las variables, sino que las examina y mide en su estado natural. (50).

Por ende, en dicho proyecto tanto la variable dependiente e independiente no fueron manipuladas, debido a la investigación se observa inviable de para su uso y solo se caracteriza por ser transversal, es decir, que la información se recopiló en un determinado tiempo, establecido en el estudio según el diagrama de Gantt propuesto (50).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Para muchos autores la población solo se limita a un grupo de personas que habitan un mismo lugar, para otros autores la población engloba una serie de características compartidas por dichos individuos, Una de la característica es que deben tener aspectos de igualdad similitud. (50).

El grupo de estudio incluyó a todos los niños diagnosticados con anemia que eran menores de cinco años, registrados en el sistema de información HIS del Ministerio de Salud (MINSA), que reciben atención en la Microred de Chilcas.

Esta población representa un grupo de interés relevante, dado que se encuentra bajo seguimiento clínico y epidemiológico en la red de servicios sanitarios, lo que garantiza la accesibilidad de datos confiable y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y evolución. Además, al tratarse de una población oficial y documentada por el HIS/MINSA, se asegura que los sujetos incluidos cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra

Se eligió una muestra censal porque la población de estudio es conocida y finita; este tipo de muestra incluye en el análisis a todos los componentes de dicha población. Este enfoque es apropiado cuando la población es pequeña o limitada en número, permitiendo una cobertura total sin comprometer la validez de los resultados (50).

Muestreo

No se realizó muestreo, debido a que se trabajó con una muestra censal, este censo fue dirigido a los cuidadores de los niños diagnosticados con anemia y que son atendidos en la Microred de Chilcas, así como aquellos de los menores de 5 años, constituyeron la unidad de análisis del estudio actual.

Criterios de inclusión:

- Cuidadores o madres de menores de 5 años con un diagnóstico de anemia.
- Cuidadores o madres de menores de 5 años que cursen con tratamiento de anemia.
- Cuidadores o madres que tengan mayor de 18 años de niños menores de 5

años con anemia.

- Cuidadores o madres que acepten su participación mediante un consentimiento informado con fines de investigación.

Criterios de exclusión:

- Niños menores de 5 años sin diagnóstico de anemia.
- Cuidadores o madres menores edad.
- Cuidadores o madres que no aceptan firmar el consentimiento informado.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Calidad de la consejería nutricional

Definición conceptual:

Es la capacidad del profesional de salud para brindar orientación, educación y acompañamiento adaptados a las necesidades individuales del paciente o cuidador, con el propósito de promover cambios sostenibles en los hábitos alimentarios y mejorar el estado nutricional (31).

Definición operacional:

Es el nivel en que la información y los lineamientos nutricionales proporcionados a las madres o cuidadores de niños menores de 5 años con anemia son claros, comprensibles, individuales y motivantes. Esto tiene como objetivo fomentar la adherencia al tratamiento y a prácticas alimentarias sanas para reducir la prevalencia de anemia; estos aspectos serán evaluados en sus cinco dimensiones.

Variable 2: Adherencia al tratamiento de anemia

Definición conceptual:

Es el agrado de tiene el paciente de cumplir con las indicaciones dadas, esta se debe realizar de una manera correcta para incrementar la ingesta del suplemento con fines ya sea de prevención o terapéutico. Para esto el paciente debe tener una pre disposición de brindar el tiempo adecuado para cumplir el tratamiento con las dosis, el día y el horario correspondiente (37).

Definición operacional:

Es el grado donde los cuidadores o madres de los niños con anemia cumplen de

manera consistente y correcta con las indicaciones terapéuticas prescritas por el profesional de salud siendo evaluados por sus dos dimensiones tanto farmacológico y dietético.

Tabla 1. Cuadro de operacionalización de Variables

<i>Variables</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Escala valorativa (niveles o rangos)</i>
Calidad de la consejería nutricional	Es la capacidad del profesional de salud para brindar orientación, educación y acompañamiento adaptados a las necesidades individuales del paciente o cuidador, con el propósito de promover cambios sostenibles en los hábitos alimentarios y mejorar el estado nutricional (31).	Es el nivel en que la información y los lineamientos nutricionales proporcionados a las madres o cuidadores de niños menores de 5 años con anemia son claros, comprensibles, individuales y motivantes. Esto tiene como objetivo fomentar la adherencia al tratamiento y a prácticas alimentarias sanas para reducir la prevalencia de anemia; estos aspectos serán evaluados en sus cinco dimensiones.	Explicación de la situación encontrada	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo y presentación. • Mediciones antropométricas. • Registro de medidas en carnet de control. • Interpretación de la curva por parte del personal de salud. • Indagación sobre los posibles factores que influyen en la situación encontrada: alimentación, salud, higiene, etc. 	Cualitativa ordinal	Malo (26 – 60) Regular (61 – 95) Bueno (96 – 130)
			Análisis de factores causales o riesgos			
			Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos			
			Registros de acuerdos			
Adherencia al tratamiento de anemia	Es el agrado de tiene el paciente de cumplir con las indicaciones dadas, esta se debe realizar de una manera correcta para incrementar la ingesta del suplemento con fines ya sea de prevención o terapéutico. Para esto el paciente debe tener una pre disposición de brindar el tiempo adecuado para cumplir el tratamiento con las dosis, el día y el horario correspondiente (37).	Es el grado donde los cuidadores o madres de los niños con anemia cumplen de manera consistente y correcta con las indicaciones terapéuticas prescritas por el profesional de salud siendo evaluados por sus dos dimensiones tanto farmacológico y dietético.	Tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> • Horario específico, cantidad señalada, ingesta de hierro con frutas cítricas • Ingesta de hierro con productos lácteos o bebidas infusionadas • Estreñimiento debido al suplemento • Decoloración dental o heces de color oscuro • Omite administrar el suplemento • Alimentación con leche materna o fórmula infantil • Alimentos como sangrecita, bazo, hígado o pulmones Inclusión de carne de res y pescado en la dieta • Cantidad de alimentos de origen animal consumidos • Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal • Presencia de legumbres en la alimentación • Dificultades para consumir vísceras y legumbres • Elección de bebidas saludables • Elección de bebidas no adecuadas 	Cualitativa ordinal	Inadecuada (20-40) Regular (41-60) Adecuada (61-80)
			Tratamiento dietético			

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica.

En el presente estudio, se empleó la técnica de encuesta, entendida como un método que permite recopilar datos de manera sistemática a partir de la percepción de la muestra estudiada. Esta técnica facilita la descripción y análisis de comportamientos, actitudes, eventos y situaciones dentro de un marco teórico específico (50).

Se enfocó en las variables del estudio la aplicación de la encuesta, esto es, la adherencia al tratamiento de anemia y la calidad de la asesoría nutricional. Se operacionalizaron estas variables para que fueran medidas directamente. La recolección de información se realizó mediante un cuestionario de preguntas cerradas dirigidas a los cuidadores de los infantes que asistieron al centro de salud, asegurando así la obtención de datos precisos, comparables y pertinentes para el análisis estadístico.

Estos instrumentos están conformados por 26 preguntas correspondiente para la variable dependiente y para la variable independiente está conformado por 20 preguntas.

3.7.2. Descripción.

Cuestionario de Calidad de consejería nutricional

El “Cuestionario de calidad de la consejería nutricional” fue validado en la población de estudio y se tomando como referente el instrumento Pinillos (2023) (23).

- **Población:** Infantes menores de 5 años.
- **Duración:** 30 días
- **Momento:** A lo largo de la estadía en la sala de consulta y las visitas domiciliarias.
- **Lugar:** Microred de Chilcas y la comunidad de Chilcas
- **Validez:** Juicio de especialistas.
- **Confiabilidad:** Alfa de Cronbach ($\alpha = ,923$)
- **Tiempo de llenado:** 15 minutos.
- **Cantidad de ítems:** 26 ítems
- **Dimensiones:** Descripción de la situación hallada, Análisis de factores causales o riesgos, Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos, Registro de acuerdos y seguimiento de acuerdos

- **Alternativas de respuesta:** Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre, Siempre.
- **Baremos (niveles, grados) de la variable:** Mala, regular, buena.

Cuestionario de adherencia del tratamiento de la anemia:

El “Cuestionario de adherencia al tratamiento de anemia”, fue validado en la población de estudio y se tomando como referente el instrumento por Pinillos (2023) (23).

- **Población:** Infantes menores de 5 años.
- **Duración:** 30 días.
- **Momento:** A lo largo de la estadía en la sala de consulta y las visitas domiciliarias.
- **Lugar:** Microred de Chilcas y la comunidad de Chilcas
- **Validez:** Juicio de especialistas.
- **Fiabilidad:** Alfa de Cronbach ($\alpha = ,862$).
- **Tiempo de llenado:** 10 minutos.
- **Cantidad de ítems:** 20 ítems.
- **Dimensiones:** Tratamiento farmacológico, tratamiento dietético
- **Alternativas de respuesta:** Nunca, A veces, Casi siempre, Siempre.
- **Baremos (niveles, grados) de la variable:** Inadecuada, regular, adecuada.

3.7.3. Validación.

Según Ríos (2017), los instrumentos deben garantizar validez para medir correctamente las variables de estudio. En este caso, los cuestionarios fueron sometidos a validación por juicio de expertos, con la participación de cinco especialistas en salud pública y metodología de investigación, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y congruencia de los ítems que dio en promedio un 100% de aprobación, asegurando así la validez de contenido de los instrumentos y la fiabilidad de los datos recopilados (51).

Tabla 2. Validez del instrumento de estudio

	Nombres y apellidos	Especialidad	Grado de aprobación
Experto 1	Mg. Diego Sánchez Quispe	Gestión en Salud	Aplicable
Experto 2	Mg. Rosa Tuse Medina	Docencia Universitaria	Aplicable
Experto 3	Dr. Juan Morales Quispe	Salud pública y comunitaria	Aplicable
Experto 4	Mg. Luz Velarde Montalvo	Docencia universitaria y gestión en salud	Aplicable
Experto 5	Mg. Glenda Ramírez Dávila	Gestión en Salud	Aplicable

Nota. Elaboración propia.

3.7.4. Confiabilidad.

Para determinar la fiabilidad de las herramientas, se empleó el coeficiente Alfa de Cronbach. En relación con esto, una vez que los jueces expertos determinaron la validez del contenido, se llevó a cabo una prueba piloto en un grupo de 20 cuidadoras con rasgos parecidos a los de nuestra muestra. Este procedimiento permitió determinar la consistencia interna de los ítems que conforman el instrumento, asegurando su estabilidad y precisión para la medición de las variables planteadas en el estudio (Anexo 4).

Para la calidad de la consejería nutricional se obtuvo un valor de 0,923 y para la adherencia al tratamiento de anemia un valor de 0,862, lo que indica en ambos casos alta consistencia interna y garantiza la fiabilidad de los cuestionarios para la medición de las variables del estudio (Anexo 4).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Al principio, se adquirieron las autorizaciones necesarias del comité de ética para llevar a cabo el proyecto de investigación (Anexo 7), lo cual permitió realizar las coordinaciones necesarias con la Microred de Chilcas. Posteriormente, se presentó una carta de presentación para solicitar el acceso a la Microred de Chilcas y a su base de datos del área de PAUS, la cual fue aprobada por la jefa de la institución, la Blga. Luz Nelly Gutiérrez Contreras (Anexo 8).

Para la fase de recolección de datos, se encuestó de manera individual a las madres y/o cuidadoras de niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia. Las encuestas se aplicaron tanto en la sala de espera de la Microred, durante las visitas de su control CRED, como en los domicilios de quienes no asistieron al establecimiento. En todos los casos, se procuró no interferir con sus actividades cotidianas y se respetó su decisión de participar, previa firma del consentimiento informado, en el que se les explicó el propósito del estudio, donde la aplicación del cuestionario tuvo una duración de 25 minutos.

Una vez concluido el proceso de recolección, se aplicó estadística descriptiva mediante tablas de frecuencias y de contingencia, con el objetivo de presentar los valores de las variables en función de los objetivos del estudio. Para caracterizar las variables analizadas y la muestra se emplearon medidas de dispersión (coeficiente de variación, rango y desviación estándar) y de tendencia central (media, mediana y moda).

Con respecto a la estadística inferencial, se utilizó el test de normalidad de Kolmogórov-Smirnov para comprobar si las variables obedecían a una distribución normal. Se eligió el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la conexión entre las variables principales de la investigación, de acuerdo con los resultados de este examen. Todo este procesamiento de los datos se realizó utilizando los programas Excel y SPSS v.26.0, lo cual permitió generar resultados precisos y respaldar las conclusiones y recomendaciones formuladas.

La incorporación del ítem 11 en la Dimensión 2 (“Análisis de factores causales o riesgos”) responde a la necesidad de evaluar condiciones del entorno familiar que pueden influir de manera decisiva en el cumplimiento del tratamiento de la anemia. La disponibilidad de servicios básicos como agua y desagüe constituye un determinante social que puede afectar la preparación de los alimentos, la higiene en la administración del suplemento y la seguridad sanitaria en el cuidado del niño.

Considerar este aspecto permite identificar limitaciones estructurales que podrían obstaculizar la adherencia, ya sea por dificultades en la manipulación de los alimentos, la conservación de la limpieza o la presencia de enfermedades asociadas a ambientes inadecuados. Investigaciones recientes desarrolladas en contextos similares (Urquizo et al., 2021; Dipaz, 2022) resaltan que los factores ambientales, culturales y

socioeconómicos del hogar tienen un papel decisivo en las prácticas de salud y en la continuidad del tratamiento.

Por ello, integrar este ítem fortalece la validez de contenido del cuestionario, al ampliar la evaluación hacia aspectos del entorno que pueden condicionar la efectividad de la consejería nutricional y, en consecuencia, la respuesta terapéutica del niño.

De acuerdo con Benesty, Chen, Huang y Cohen (2021), la utilidad de un coeficiente de correlación —ya sea Spearman o Pearson— depende de la forma en que se interprete su magnitud. Los autores destacan que, aunque el valor del coeficiente oscila entre -1 y 1 , su significado práctico requiere ser analizado mediante categorías que permiten graduar la fuerza de la relación entre las variables. Estas categorías, que van desde relaciones muy débiles hasta muy fuertes, facilitan comprender cuán estrecha es la asociación en estudios cuantitativos, especialmente en áreas como salud, ciencias sociales y comportamiento humano.

3.9. Aspectos éticos

La investigación se desarrolló bajo un marco ético, respetando los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, garantizando la protección de la salud, los derechos y la dignidad de los participantes, así como el bienestar de la comunidad y el adecuado desarrollo del conocimiento (52-53).

Se pidió la autorización del comité de ética de la universidad y de la Microred de Chilcas, además se requirió la autorización informada a las mamás y/o cuidadoras de los menores con anemia. Los datos recolectados fueron tratados con confidencialidad, y el informe final se elaboró y difundió con transparencia, honestidad y responsabilidad, citando correctamente las fuentes utilizadas.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

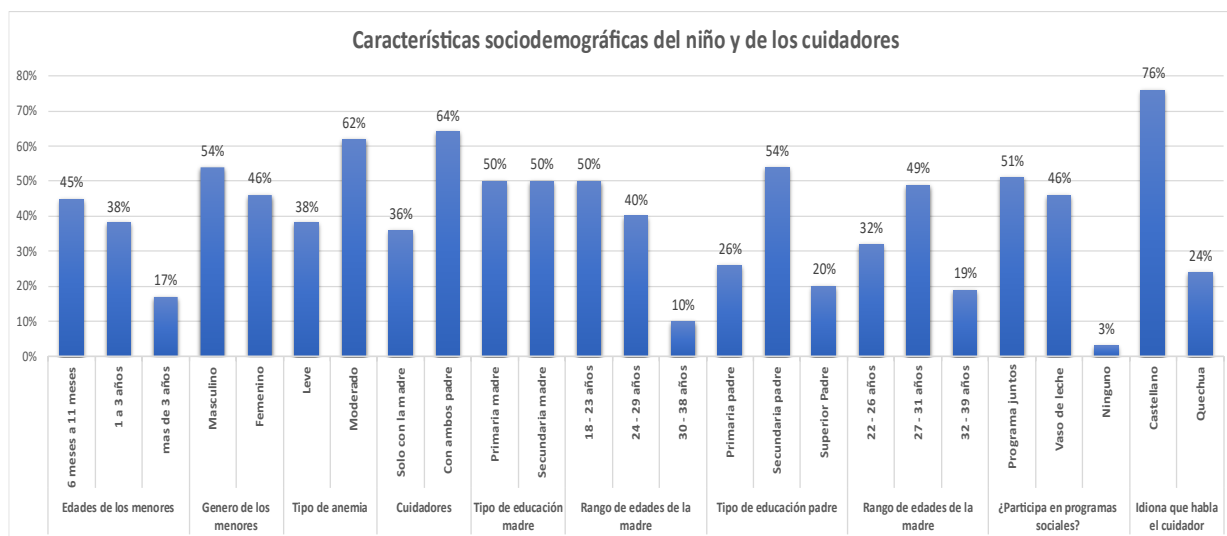
4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.

Tabla 3. Características sociodemográficas del niño y de los padres

Variable	Categorías	<i>f</i>	%
Edad del niño	6 meses a 11 meses	45	45.0
	1 a 3 años	38	38.0
	Mas de 3 años	17	17.0
Sexo del niño	Masculino	54	54.0
	Femenino	46	46.0
Grado de anemia	Anemia leve	62	62.0
	Anemia moderada	38	38.0
Convivencia familiar	Solo con la madre	36	36.0
	Con ambos padres	64	64.0
Nivel educativo de la madre	Primaria completa	50	50.0
	Secundaria completa	50	50.0
Edad de la madre	18–23 años	50	50.0
	24–29 años	40	40.0
	30–38 años	10	10.0
Nivel educativo del padre	Primaria completa	26	26.0
	Secundaria completa	54	54.0
	Superior	20	20.0
Edad de la madre	22–26 años	32	32.0
	27–31 años	49	49.0
	32–39 años	19	19.0
Programas sociales	Ninguno	3	3.0
	Programas juntos	51	51.0
	vaso de leche	46	46.0
Idioma que habla el cuidador	Castellano	76	76.0
	Quechua	24	24.0

Nota. Elaboración propia

Gráfico 1. Características sociodemográficas del niño y de los cuidadores

La muestra estuvo conformada por niños y niñas con diversas características etarias y familiares. En cuanto a la edad, el 45,0% tenía entre 6 y 11 meses, el 38,0% entre 1 y 3 años, y el 17,0% más de 3 años. El 54,0% eran varones y el 46,0% mujeres.

Respecto al grado de anemia, predominó la forma leve (62,0%), seguida de la moderada (38,0%). En términos de convivencia familiar, el 64,0% vivía con ambos padres, mientras que el 36,0% residía solo con la madre.

El nivel educativo de las madres se dividió equitativamente: el 50,0% había terminado la primaria y el otro 50,0% la secundaria. En cuanto a su edad, el 50,0% tenía entre 18 y 23 años, el 40,0% entre 24 y 29, y el 10,0% entre 30 y 38 años.

Por parte de los padres, el 26,0% había culminado la primaria, el 54,0% la secundaria y el 20,0% contaba con estudios superiores. La mayoría tenía entre 27 y 31 años (49,0%), seguido por el grupo de 22 a 26 años (32,0%) y el de 32 a 39 años (19,0%).

En relación con programas sociales, el 51,0% estaba inscrito en "Juntos", el 46,0% en "Vaso de Leche", y solo un 3,0% no participaba en ninguno. Finalmente, el idioma predominante del cuidador principal fue el castellano (76,0%), mientras que el 24,0% hablaba principalmente quechua.

Tabla 4. Calidad de la consejería nutricional en niños

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% sumado
Válido	Mala	2	2,0	2,0	2,0
	Regular	55	55,0	55,0	57,0
	Buena	43	43,0	43,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

Se observó en la Tabla 4 y el Gráfico 2 que, respecto a la calidad de la asesoría nutricional, la mayoría de los participantes la percibieron como regular con un 55%, seguida de una valoración buena con 43%, mientras que solo el 2% la calificó como mala.

Así mismo se puede evidenciar que el 57% de los participantes se encuentran entre las categorías "Mala" y "Regular", lo que refuerza la necesidad de intervenciones o ajustes para mejorar la percepción general de calidad.

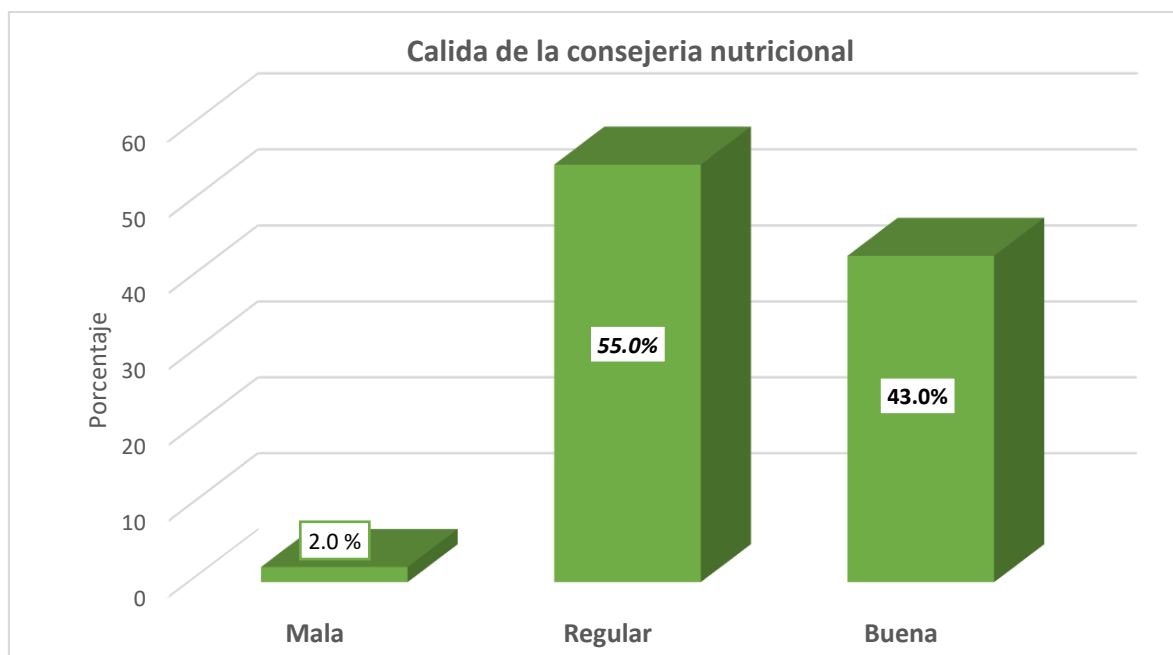
Gráfico 2. Porcentaje de la calidad de la consejería nutricional en niños

Tabla 5. Porcentaje de las dimensiones de calidad de la consejería nutricional en niños

	Explicación de la situación encontrada	Análisis de factores causales o riesgos	Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos	Registro de acuerdos	Seguimiento de acuerdos
	%	%	%	%	%
Mala	15.0	36.0	18.0	33.0	20.0
Regular	72.0	56.0	76.0	59.0	67.0
Buena	13.0	8.0	6.0	8.0	13.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

En la Tabla cinco y el gráfico tres, se observa las cinco dimensiones de la consejería nutricional donde los resultados muestran que la calidad de la consejería nutricional es percibida mayoritariamente como regular en todas las dimensiones evaluadas.

La explicación de la situación encontrada y el seguimiento de acuerdos obtuvieron los porcentajes más altos en esta categoría (72% y 67%, respectivamente).

Sin embargo, dimensiones como el análisis de factores causales (36% mala) y el registro de acuerdos (33% mala) evidencian debilidades importantes en la profundidad del análisis y en la documentación del proceso.

La búsqueda de soluciones presenta la menor calificación buena (6%), lo que sugiere una limitada participación del paciente en la toma de decisiones. En general, se identifican áreas críticas que requieren mejora para fortalecer la calidad y efectividad de la consejería nutricional.

Gráfico 3. Porcentaje de las dimensiones de la calidad de la consejería nutricional en niños

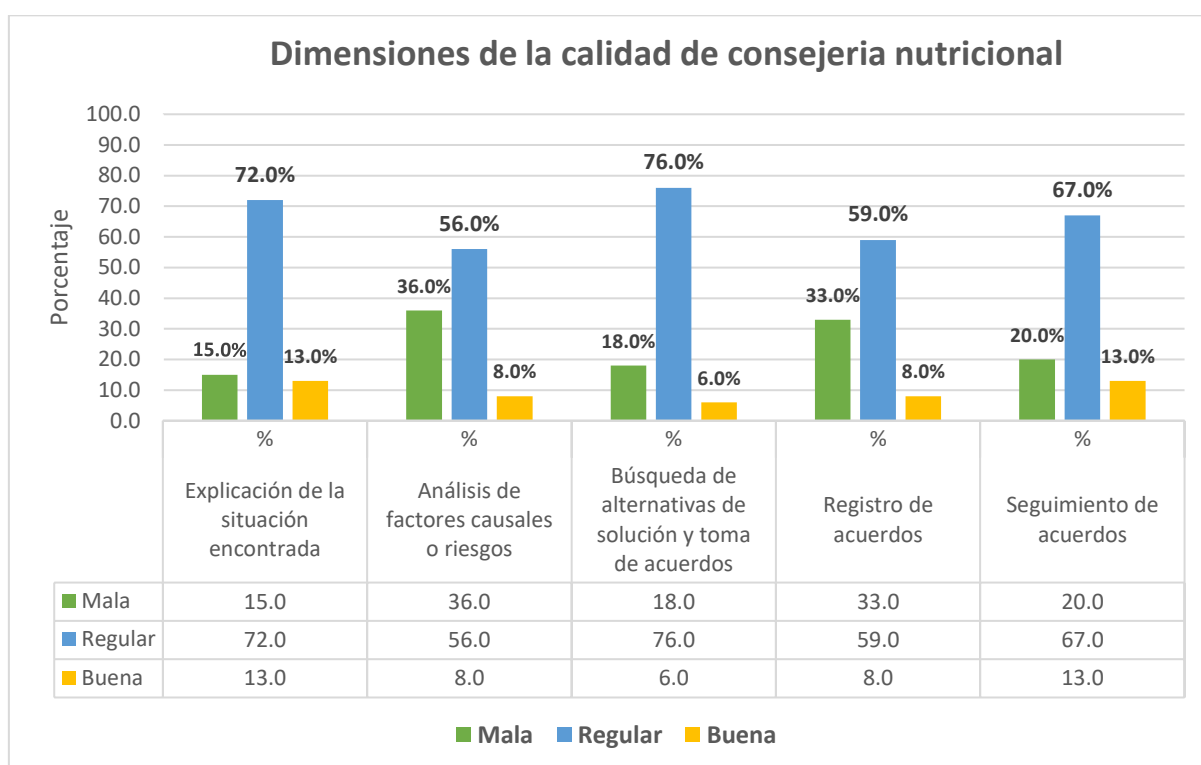


Tabla 6. Adherencia al tratamiento de la anemia en niños

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuado	14	14,0	14,0	14,0
	Regular	56	56,0	56,0	70,0
	Adecuada	30	30,0	30,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

La tabla seis y el gráfico cuatro, muestra que la adherencia de los niños al tratamiento de la anemia fue considerada como regular en un 56.0 % de los casos, mientras que un 30.0 % mostró una adherencia adecuada y un 14.0 % fue clasificada como inadecuada.

Estos hallazgos evidencian que, aunque una parte significativa cumple parcialmente con el tratamiento, aún existe una proporción considerable que no sigue adecuadamente las indicaciones, lo cual podría comprometer la efectividad de las intervenciones.

Gráfico 4. Porcentaje de la adherencia al tratamiento de la anemia en niños

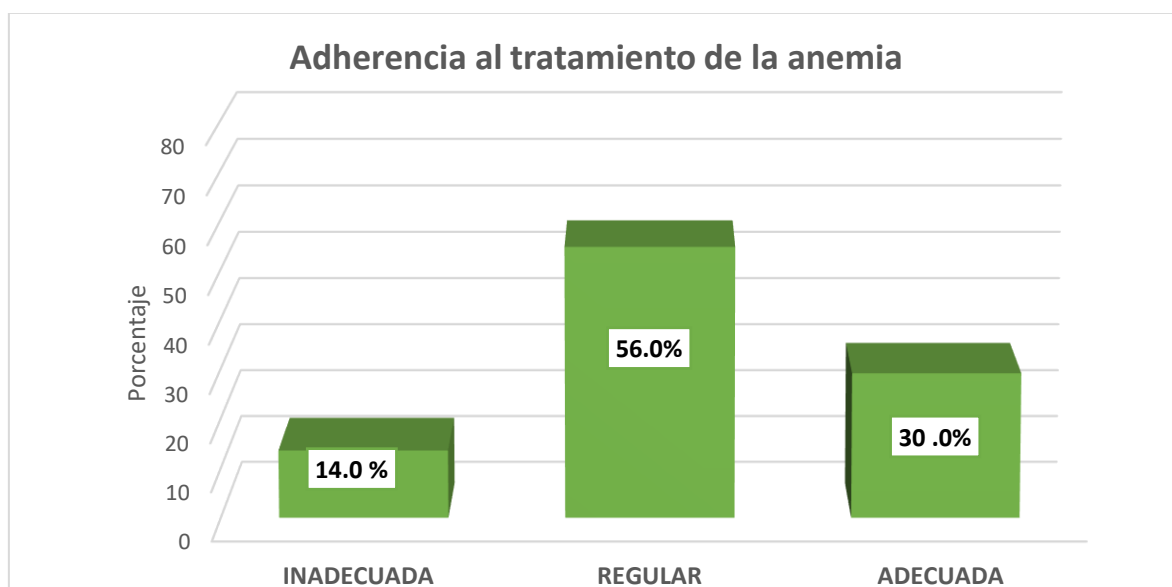


Tabla 7. Dimensiones de la adherencia al tratamiento de la anemia en niños

	Tratamiento farmacológico	Tratamiento dietético
	%	%
Inadecuada	2.0	21.0
Regular	71.0	47.0
Adecuada	27.0	32.0
Total	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

En la tabla 7 y gráfico 5 las dimensiones de la adherencia al tratamiento de la anemia se evidenció unas diferencias significativas en la adherencia entre el tratamiento farmacológico y el tratamiento dietético para la anemia en niños. El 71.0 % de los casos muestra una adherencia regular al tratamiento farmacológico, mientras que solo un 2% tiene una adherencia inadecuada y un 27.0 % adecuada. En contraste, el tratamiento

dietético presenta una mayor proporción de adherencia inadecuada (21.0%) y menor en la categoría regular (47.0%), aunque con un nivel ligeramente superior de adherencia adecuada (32.0%) en comparación con el tratamiento farmacológico.

Gráfico 5. Porcentaje de las dimensiones de adherencia al tratamiento de la anemia

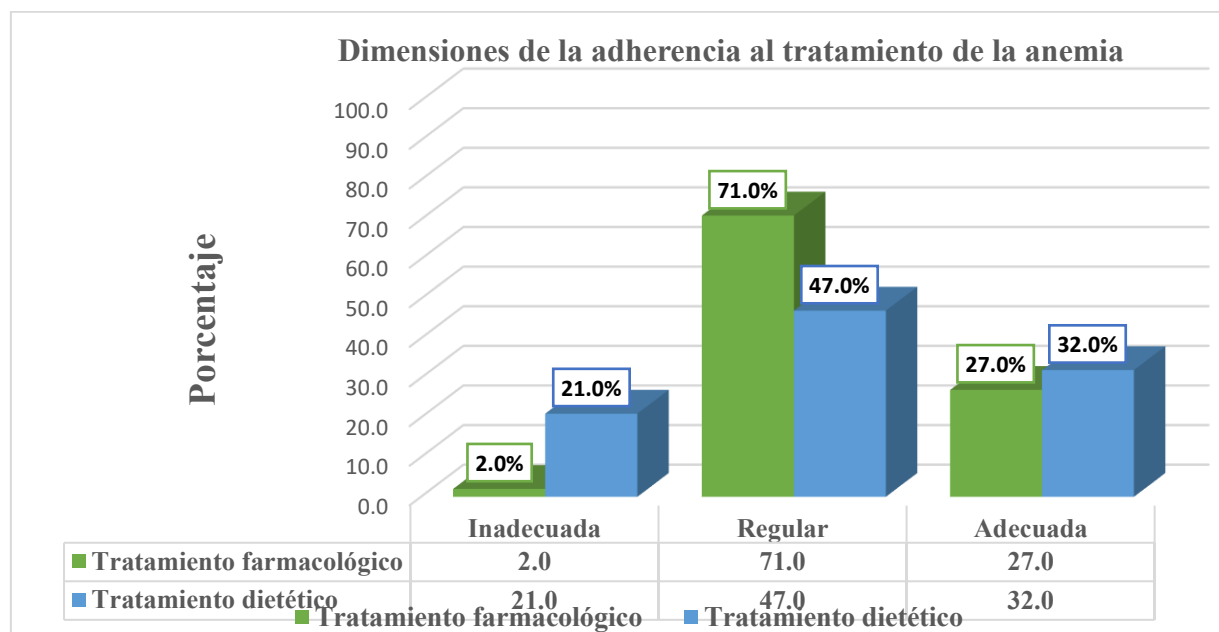


Tabla 8. Cruce entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia

		Adherencia al tratamiento de la anemia			Total	
		Inadecuada	Regular	Adecuada		
Calidad de la consejería nutricional	Mala	Recuento	2	0	0	2
		% del total	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Regular	Recuento	12	38	5	55
		% del total	21,8%	69,1%	9,1%	100,0%
	Buena	Recuento	0	18	25	43
		% del total	0,0%	41,9%	58,1%	100,0%
Total	Recuento	14	56	30	100	
	% del total	14,0%	56,0%	30,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

En la Tabla 8 se observa que, dentro del grupo que recibió consejería nutricional de calidad "mala" (2 % del total), el 100 % de las cuidadoras presentó una adherencia inadecuada, sin registrarse casos de adherencia regular ni adecuada.

En el segundo grupo, que recibió consejería de calidad "regular" (55 %), la mayoría de las cuidadoras (69.1 %) mostró una adherencia regular, mientras que el 21.8 % presentó una adherencia inadecuada y solo el 9.1 % logró una adherencia adecuada.

Por último, entre las cuidadoras que recibieron consejería nutricional de calidad "buena" (43 %), el 58.1 % alcanzó una adherencia adecuada y el 41.9 % una adherencia regular, sin registrarse ningún caso de adherencia inadecuada.

4.1.2. Prueba de hipótesis

4.1.2.1. Prueba de hipótesis general

H1: Existe relación entre la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

H0: No existe relación entre la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Toma de decisión: Si p valor $<$ 0.05 se acepta la hipótesis alternativa; es decir, la hipótesis general del trabajo.

Tabla 9. Interpretación del análisis de correlación (Rho de Spearman) para ambas variables

		Calidad de la consejería nutricional	Adherencia al tratamiento de la anemia
Rho de Spearman	Calidad de la consejería nutricional	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,593**
		N	100
	Adherencia al tratamiento de la anemia	Coefficiente correlación	,593**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	100

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

En la tabla 9, se puede evidenciar que existe una correlación positiva y significativa entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia; donde entre estas variables el valor obtenido fue de 0.593**, indicándonos si hay un grado de correlación positiva.

Además, el valor $p < 0.05$ ($p = 0,000$) se establece como regla de decisión en la hipótesis principal; al cumplirse la condición, Se concluye que hay una correlación estadísticamente significativa entre las dos variables, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa. En consecuencia, a medida que se optimiza la calidad de la consejería brindada, se observa una mejora notable en el cumplimiento del tratamiento por parte de las cuidadoras.

Se encontró una correlación positiva moderada entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia ($Rho = 0.593$; $p < 0.000$). Esto indica que, a mayor calidad de la consejería, existe una tendencia consistente a una mejor adherencia por parte de los cuidadores.

4.1.2.2. Prueba de hipótesis específica 1

H1: Existe relación entre la dimensión explicación de la situación encontrada con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

H0: No existe relación entre la dimensión explicación de la situación encontrada con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Toma de decisiones: Si el valor de p es menor que 0.05, se acepta la hipótesis alternativa; en otras palabras, se acepta la hipótesis general del trabajo.

Tabla 10. Prueba de hipótesis específica 1

			Explicación de la situación encontrada	Adherencia al tratamiento de la anemia
Rho de Spearman	Explicación de la situación encontrada	Coeficiente de correlación	1,000	,674**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Adherencia al tratamiento de la anemia	Coeficiente correlación	,674**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

En la tabla 10 se demostró que, según los hallazgos del indicador de asociación de Spearman entre la dimensión explicación de la situación encontrada y la variable adherencia al tratamiento de anemia en niños, este último presentó un coeficiente de $\rho = 0,674^{**}$ y un valor significativo $p = 0,000$.

Por consiguiente, la primera hipótesis específica se establece como regla de decisión, el valor $p < 0.05$ ($p = 0.000$); si esta condición se cumple, se descarta la hipótesis nula y se admite la alternativa, determinando que si hay una explicación precisa y exhaustiva del caso clínico del niño ayuda a incrementar notablemente la adherencia al tratamiento para la anemia.

Se evidenció una correlación positiva fuerte entre esta dimensión y la adherencia al tratamiento ($Rho = 0.674$; $p < 0.01$). Esto demuestra que una explicación clara y comprensible potencia significativamente el cumplimiento terapéutico.

4.1.2.3. Prueba de hipótesis específica 2

H1: Existe relación entre la dimensión análisis de factores causales o riesgos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

H0: No existe relación entre la dimensión análisis de factores causales o riesgos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Toma de decisión: Si el valor de p es menor que 0.05, se acepta la hipótesis alternativa; en otras palabras, se acepta la hipótesis general del trabajo.

Tabla 11. Prueba de hipótesis específica 2

			Análisis de factores causales o riesgo	Adherencia al tratamiento de la anemia
Rho de Spearman	Análisis de factores causales o riesgo	Coefficiente de correlación	1,000	,728**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
Adherencia al tratamiento de la anemia	Adherencia al tratamiento de la anemia	Coefficiente de correlación	,728**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

Además, la tabla 11 mostró que, conforme a los hallazgos del indicador de correlación de Spearman entre la dimensión análisis de factores de riesgo o causales y la variable adherencia al tratamiento para anemia en niños pequeños, hubo una alta correlación positiva de 0.728** ($p = 0.000$).

Por consiguiente, el valor $p < 0.05$ ($p = 0.000$) se establece como regla de decisión de acuerdo con la segunda hipótesis específica; al cumplirse la condición, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa, concluyendo que un mejor análisis de los factores causales o de riesgo se relaciona con una mayor adherencia al tratamiento.

Se halló una correlación positiva fuerte ($Rho = 0.728$; $p < 0.01$). Esto revela que cuando el personal de salud identifica correctamente los factores de riesgo, la adherencia del cuidador mejora notablemente.

4.1.2.4. Prueba de hipótesis específica 3

H1: Existe relación entre la dimensión búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

H0: No existe relación entre la dimensión búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Toma de decisión: Si el valor de p es menor que 0.05, se acepta la hipótesis alternativa; en otras palabras, se acepta la hipótesis general del trabajo.

Tabla 12. Prueba de hipótesis específica 3

		Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos		Adherencia al tratamiento de la anemia
Rho de Spearman	Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos	Coefficiente de correlación	1.000	.656**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	100	100
	Adherencia al tratamiento de la anemia	Coefficiente correlación	.656**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	100	100

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

Además, la tabla 12 mostró que, conforme a los hallazgos del indicador de correlación de Spearman entre la dimensión búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos y la variable adherencia al tratamiento de la anemia en infantes, tuvo una correlación positiva moderada a alta de 0.656** ($p=0.000$).

Así, de acuerdo con la tercera hipótesis específica, se establece como regla de decisión el valor $p < 0.05$ ($p = 0,000$). Si esta condición se satisface, se descarta la hipótesis nula y se admite la alternativa, determinando que cuanto más elevado es el nivel de búsqueda de opciones para resolver problemas y toma de acuerdos, más adherencia hay al tratamiento para la anemia, y viceversa.

Se observó una correlación positiva fuerte entre esta dimensión y la adherencia (Rho = 0.656; $p < 0.01$). La toma de decisiones conjunta fortalece la comprensión del tratamiento y el compromiso del cuidador.

4.1.2.5. Prueba de hipótesis específica 4

H1: Existe relación entre la dimensión registro de acuerdos tomados con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

H0: No existe relación entre la dimensión registro de acuerdos tomados con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Toma de decisión: Si el valor de p es menor que 0.05, se acepta la hipótesis alternativa; en otras palabras, se acepta la hipótesis general del trabajo.

Tabla 13. Prueba de hipótesis específica 4

		Registro de acuerdo tomados	Adherencia al tratamiento de la anemia
Rho de Spearman	Registro de acuerdo	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,580**
		N	100
	Adherencia al tratamiento de la anemia	Coefficiente de correlación	,580**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	100

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

Además, la tabla 13 mostró que, según el indicador de correlación de Spearman entre la dimensión de los registros de acuerdos y la variable de adherencia al tratamiento para anemia en niños pequeños, se obtuvo un valor de 0.580** con una significancia $p = 0.000$. Esto sugiere que hay una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre las dos variables.

Por lo tanto, según la cuarta hipótesis específica se presenta como regla de decisión, el valor $p < 0.05$ ($p = 0,000$); al cumplirse la condición, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa, concluyendo que una mayor formalización y documentación de los acuerdos entre cuidadoras y el equipo de salud se asocia significativamente con un mejor cumplimiento del tratamiento.

Presentó una correlación positiva moderada ($Rho = 0.580$; $p < 0.01$), evidenciando que el registro adecuado de acuerdos contribuye al cumplimiento, aunque con menor intensidad que otras dimensiones.

4.1.2.6. Prueba de hipótesis específica 5

H1: Existe relación entre la dimensión seguimiento de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

H0: No existe relación entre la dimensión seguimiento de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Toma de decisión: Si el valor de p es menor que 0.05, se acepta la hipótesis alternativa; en otras palabras, se acepta la hipótesis general del trabajo.

Tabla 14. Prueba de hipótesis específica 5

		Seguimiento de acuerdos tomados	Adherencia al tratamiento de la anemia
Rho de Spearman	Seguimiento de acuerdos	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	100
	Adherencia al tratamiento de la anemia	Coefficiente de correlación	,523**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	100

Fuente: Cuestionarios utilizados en el estudio.

Igualmente, se observó en la Tabla 14 que el indicador de correlación de Spearman respecto a la dimensión seguimiento de acuerdos tomados y la variable adherencia al tratamiento de la anemia en menores fue $\rho = 0.523^{**}$, con un grado de relevancia ($p = 0.000$), lo cual señala una correlación moderada positiva con significancia estadística.

Así pues, la quinta hipótesis concreta establece como regla de decisión el valor $p < 0.05$ ($p = 0,000$); al cumplirse la condición, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa, concluyendo que a un seguimiento riguroso y sistemático de los compromisos acordados entre las cuidadoras y el equipo de salud incrementa de manera significativa el nivel de cumplimiento terapéutico en los pacientes infantiles.

Se encontró una correlación positiva moderada ($Rho = 0.523$; $p < 0.01$). Esto indica que el seguimiento continuo del personal de salud influye de manera importante, aunque no tan marcada, en la adherencia al tratamiento.

4.1.3. Discusión de resultados.

Una de las estrategias más efectivas para reducir la anemia infantil es la administración oportuna de suplementos de hierro. Sin embargo, en muchos casos esta práctica no se concreta debido a que su consumo depende en gran medida del nivel de conocimiento y comprensión que tengan los padres o cuidadores acerca de los beneficios de dicho tratamiento. En este contexto, la asesoría nutricional se lleva a cabo de manera continua en los servicios de salud, tanto dentro como fuera del recinto sanitario; su objetivo principal es fomentar el cumplimiento con la suplementación y el tratamiento de la anemia. En esta investigación, con base en dicha premisa, se buscó establecer la conexión entre la calidad de la asesoría nutricional y el cumplimiento del tratamiento para anemia en niños menores de cinco años que forman parte de la Microred de Chilcas.

Los resultados del presente estudio evidencian que la mayoría de los menores evaluados se encuentran en el rango de 6 a 11 meses (45 %), siendo esta una etapa crítica para la introducción de la alimentación complementaria y la suplementación con micronutrientes, lo que coincide con Mbofana et al. (2024), quienes en Mozambique señalaron que los cuidadores con bajo conocimiento nutricional tenían mayor

probabilidad de tener hijos con anemia, destacando así la importancia de la educación temprana a los cuidadores.

En cuanto al tipo de anemia, se identificó que el 62 % presentó anemia moderada, superando al 38 % con anemia leve. Este hallazgo es comparable con Machado et al. (2020) en Uruguay, quienes encontraron que la prevalencia de anemia ferropénica alcanzaba al 18,3 % de los lactantes menores de un año, asociada principalmente a la falta de incorporación de carnes y la incorrecta suplementación con hierro.

Respecto a los cuidadores, un 64 % de los niños vive con ambos padres, lo que contrasta con estudios como el de Bermeo et al. (2020) en Ecuador, donde la adherencia dependía en gran medida de la persona que administraba los micronutrientes y del acompañamiento brindado por el personal de salud. Esto sugiere que la estructura familiar, si bien influye, no es el único factor determinante, sino que la calidad de la consejería es clave.

En relación con la educación materna y paterna, predominó el nivel secundario (50–54 %), lo que coincide con Aregash et al. (2021) en Etiopía, quienes encontraron que el nivel educativo y el conocimiento adecuado de los cuidadores eran factores protectores de la adherencia al suplemento de hierro. Esto refuerza la necesidad de fortalecer la capacitación nutricional incluso en cuidadores con educación básica o secundaria.

Sobre la participación en programas sociales, el 49 % accede al programa Juntos y el 51 % al vaso de leche. Sin embargo, pese a este acceso, la calidad de la consejería nutricional muestra deficiencias: el 55 % la calificó como regular y solo el 43 % como buena, mientras que un 2 % la percibió como mala. Estos resultados son semejantes a los reportados por Salas et al. (2023) en Abancay, donde el 51,3 % también consideró la consejería como regular, y se observó que una mejor orientación se relacionaba con mayor adherencia al tratamiento de anemia.

Respecto a la variable calidad de la consejería nutricional en la tabla 4, los resultados muestran que el 55% de los cuidadores perciben la consejería nutricional como regular, el 43% como buena y solo un 2% como mala. Esta distribución refleja que, aunque hay avances, la mayoría aún no recibe consejería de alta calidad, lo que puede

afectar negativamente la adherencia al tratamiento de la anemia.

Estos datos coinciden con estudios previos como los de Salas et al. (2023) y Chávez et al. (2023), quienes también reportaron percepciones mayoritarias de consejería regular. Tal como evidencian los análisis de correlación en este estudio, una mejor calidad en la consejería se asocia directamente con mayor adherencia, lo que resalta la necesidad de fortalecer la comunicación y el seguimiento por parte del personal de salud.

Al analizar las dimensiones de la consejería, los porcentajes más altos se ubicaron en calificaciones regulares: explicación de la situación encontrada (72 %), búsqueda de alternativas y acuerdos (76 %), y seguimiento de acuerdos (67 %). Estas cifras son comparables con los hallazgos de Pinillos et al. (2023) en Trujillo, donde solo la dimensión de registro de acuerdos mostró correlación significativa con la adherencia, revelando que no basta con brindar consejería, sino que es necesario garantizar que esta sea integral y de calidad.

Asimismo, se observa que la baja proporción de consejerías calificadas como adecuadas en aspectos esenciales, como el análisis de los factores causales (8 %) y el registro de acuerdos (8 %), podría ser una de las razones que expliquen la limitada adherencia al tratamiento en distintos escenarios. Este hallazgo guarda coherencia con lo reportado por Chávez et al. (2023) en Huancayo, donde se evidenció una correlación positiva fuerte entre el nivel de satisfacción con la consejería recibida y la adherencia al tratamiento de la anemia ($r = 0,735$).

Respecto a la variable adherencia al tratamiento de la anemia en el gráfico 4, muestra que la mayoría de los cuidadores (56%) tiene una adherencia regular al tratamiento de la anemia, mientras que solo el 30% presenta una adherencia adecuada y el 14% inadecuada. Esta tendencia refleja un cumplimiento parcial de las indicaciones, lo cual podría limitar la efectividad del tratamiento en la población infantil.

Resultados similares fueron reportados por Chávez et al. (2023) y Salas et al. (2023), quienes también identificaron niveles moderados de adherencia. Las principales causas están asociadas a la falta de información clara, baja calidad en la consejería nutricional y dificultades en la administración del suplemento (Villarreal, 2020; Urquiza et al., 2021).

Por lo tanto, conforme a la meta principal de la investigación, se determinó que la relación entre la calidad de consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños fue una correlación de Spearman de 0.593**, lo que revela un nivel significativo de correlación positiva. Al analizar la tabla 8 y 9, se observa una clara tendencia: quienes recibieron consejería buena mostraron un mayor nivel de adherencia adecuada (58,1%), mientras que aquellos con consejería regular se concentraron mayormente en la adherencia regular (69,1%). Llama la atención que el 100% de los casos con consejería mala presentaron adherencia inadecuada, lo que evidencia la influencia directa de la orientación nutricional en el cumplimiento del tratamiento.

Los resultados muestran una correlación positiva moderada ($Rho = 0.593$), lo que confirma que la calidad de la consejería nutricional influye de manera significativa en la adherencia al tratamiento. Este hallazgo coincide con autores como Urquiza et al. (2021) y Dipaz (2022), quienes señalan que la orientación clara y oportuna mejora el compromiso terapéutico.

Asimismo, de acuerdo con el primer objetivo específico “Explicación de la situación encontrada” dentro de la calidad de la consejería nutricional, se identificó una correlación positiva y significativa con la adherencia al tratamiento de la anemia ($Rho = 0,674$; $p < 0,01$). Este resultado indica que cuando los profesionales de salud explican de forma clara, comprensible y adecuada la condición de anemia del niño y su implicancia, las madres o cuidadoras tienden a cumplir mejor con el tratamiento prescrito. La correlación fuerte ($Rho = 0.674$) indica que una explicación clara fortalece la comprensión del diagnóstico, facilitando la continuidad del tratamiento.

Este hallazgo coincide con lo planteado por Pinillos et al. (2023) y Urquiza et al. (2021), quienes destacan que la comprensión del problema de salud por parte del cuidador es un factor clave para motivar la adherencia. Por tanto, esta dimensión representa un componente fundamental dentro de la consejería, ya que permite generar conciencia y compromiso frente al tratamiento de la anemia infantil.

Respecto a la segunda dimensión de la calidad de la consejería nutricional, “Análisis de factores causales o de riesgo”, se halló una correlación positiva fuerte y

estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de la anemia ($Rho = 0,728$; $p < 0,01$). Este resultado evidencia que cuando los cuidadores reciben información clara sobre las causas de la anemia, los factores que la agravan y sus consecuencias, su compromiso con el tratamiento mejora considerablemente. La correlación fuerte ($Rho = 0.728$) confirma que identificar los factores de riesgo mejora considerablemente la adherencia, pues permite personalizar las indicaciones.

Este hallazgo refuerza lo señalado por Dipaz (2022) y Chávez et al. (2023), quienes destacan que una consejería nutricional efectiva no solo debe indicar qué hacer, sino también explicar el porqué, ayudando al cuidador a comprender la relevancia del tratamiento. Así, se concluye que el análisis de los factores causales durante la consejería no solo cumple una función informativa, sino también motivadora y preventiva, al generar conciencia sobre la importancia de la continuidad y la adherencia terapéutica.

En relación con la dimensión “Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos”, se evidenció una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de la anemia ($Rho = 0,656$; $p < 0,01$). Este resultado sugiere que cuando el personal de salud no solo informa, sino que dialoga activamente con el cuidador, identifica posibles barreras y propone soluciones conjuntas, se fortalece el compromiso hacia el tratamiento. La correlación fuerte ($Rho = 0.656$) respalda que la toma conjunta de decisiones incrementa la responsabilidad del cuidador.

Esta dimensión implica un enfoque más participativo y colaborativo, que, según autores como Urquiza et al. (2021) y Pinillos et al. (2023), favorece la adherencia al tratamiento, ya que el cuidador se siente escuchado, involucrado y parte del proceso terapéutico. La toma de acuerdos genera corresponsabilidad, facilitando que las indicaciones médicas se mantengan en el tiempo, a pesar de dificultades como el rechazo infantil o limitaciones económicas.

En relación con la dimensión “Registro de acuerdo”, se identificó una correlación positiva significativa con la adherencia al tratamiento de la anemia ($Rho = 0,580$; $p < 0,01$). Aunque esta correlación es más moderada en comparación con las otras dimensiones, sigue siendo relevante, ya que indica que cuando el personal de salud documenta de forma clara los compromisos asumidos con el cuidador, se refuerza el

cumplimiento del tratamiento. La correlación moderada ($Rho = 0.580$) demuestra que los registros escritos refuerzan el cumplimiento, aunque su efecto es menos intenso que otras dimensiones.

Este componente, aunque operativo, contribuye a la responsabilidad compartida entre el profesional y el cuidador, facilitando el seguimiento y la continuidad del tratamiento. Según Pinillos et al. (2023), esta dimensión fue la única que presentó relación significativa con la adherencia, lo que evidencia su valor como una herramienta concreta para el control y evaluación del proceso terapéutico.

Finalmente, respecto a la dimensión “Seguimiento de acuerdos” mostró una correlación positiva y significativa con la adherencia al tratamiento de la anemia ($Rho = 0,523$; $p < 0,01$), lo que indica que el monitoreo continuo por parte del personal de salud, luego de haber establecido compromisos con los cuidadores, influye directamente en el cumplimiento del tratamiento. La correlación moderada ($Rho = 0.523$) evidencia que el monitoreo continuo contribuye al cumplimiento, aunque requiere reforzarse para lograr mayor impacto.

Este resultado refuerza la importancia del acompañamiento constante, más allá de la primera consejería. El seguimiento permite identificar dificultades, reforzar indicaciones y resolver dudas a tiempo, lo cual puede prevenir la interrupción del tratamiento. Tal como señalan Urquiza et al. (2021) y Dipaz (2022), el seguimiento cercano es un elemento clave para mantener la motivación y la adherencia en el tiempo, especialmente en tratamientos prolongados como el de la anemia infantil.

A partir de los resultados obtenidos, se refuerza la importancia de la calidad de la consejería nutricional, la cual sostiene que, para lograr cambios en conocimientos, actitudes y prácticas, el profesional debe contar con competencias comunicativas efectivas, capaces de transmitir mensajes claros y culturalmente pertinentes. No basta con informar: es necesario que el mensaje sea comprendido, interiorizado y aplicado por el cuidador.

En este sentido, el MINSA, destaca que la consejería nutricional no debe ser una conversación informal, sino un proceso educativo con responsabilidad social, donde

el cuidador asuma un rol activo en el cuidado del niño. Para ello, es clave que el personal de salud escuche, entienda el contexto familiar y cultural, y propicie un diálogo que motive a la acción.

Además, se resalta el papel de los aliados estratégicos como promotores de salud y programas como Cuna Más, que pueden reforzar la adherencia desde el entorno comunitario. Una consejería bien ejecutada, basada en la escucha activa, el análisis conjunto de soluciones y el compromiso mutuo, permite eliminar prácticas inadecuadas y fomenta decisiones nutricionales más saludables.

En este marco, nuestros hallazgos confirman que la variable 1 influye significativamente en la variable 2, ya que cuando los cuidadores comprenden y se involucran en el proceso, se incrementa su compromiso con la salud del niño. Aunque la prevalencia y el impacto más severo se registran en niños menores de 3 años debido a sus altas demandas nutricionales y vulnerabilidad durante la alimentación complementaria (Mbofana et al., 2024; Machado et al., 2020), incluir hasta los 5 años permite identificar retrasos en la prevención y adherencia al tratamiento que persisten más allá de los primeros años.

Este enfoque integral facilita la evaluación de factores de riesgo y adherencia en un rango etario amplio, lo que es clave para diseñar intervenciones más efectivas y continuas, promoviendo la mejora del estado nutricional y previniendo secuelas a largo plazo en la infancia temprana y media (Villarreal, 2020; Bermeo et al., 2020).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. Los hallazgos vinculados con la hipótesis general muestran una correlación positiva de magnitud moderada y con significancia estadística entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de cinco años ($Rho = 0,593$; $p < 0,01$). En otras palabras, cuando el personal de salud ofrece una consejería nutricional de mejor calidad, los cuidadores tienden a seguir con mayor constancia el tratamiento indicado.
2. En relación con la hipótesis específica 1, “explicación de la situación encontrada”, se identificó una correlación positiva y significativa ($Rho = 0,674$; $p < 0,01$) entre la claridad y comprensión con que los profesionales de salud explican la condición de anemia y la adherencia al tratamiento. La explicación de la situación encontrada muestra una relación fuerte ($Rho = 0.674$), lo que evidencia que una información clara fortalece el compromiso del cuidador. Esto evidencia que una explicación adecuada genera mayor conciencia y compromiso en los cuidadores, facilitando el cumplimiento terapéutico.
3. Asimismo, con la hipótesis específica 2, “análisis de factores causales o de riesgo”, se encontró una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa ($Rho = 0,728$; $p < 0,01$) entre la entrega de información clara sobre las causas y factores agravantes de la anemia y la adherencia al tratamiento. El análisis de factores causales presenta una relación fuerte ($Rho = 0.728$), confirmando que comprender los factores de riesgo favorece la continuidad del tratamiento. Este resultado confirma que el conocimiento de los motivos detrás de la enfermedad fortalece el compromiso del cuidador con la continuidad del suplemento de hierro.
4. Respecto con la hipótesis específica 3, “búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos”, la correlación positiva fuerte ($Rho = 0,656$; $p < 0,01$) indica que el diálogo participativo entre personal de salud y cuidador, que incluye la identificación de barreras y la construcción conjunta de soluciones, mejora significativamente la adherencia. La búsqueda de alternativas en conjunto

evidencia una relación fuerte ($Rho = 0.656$), indicando que la toma de decisiones en equipo facilita la adherencia.

5. Respecto a la hipótesis específica 4, “registro de acuerdos”, aunque con una correlación moderada ($Rho = 0,580$; $p < 0,01$), esta dimensión demuestra que la documentación clara y formal de los compromisos asumidos fortalece la responsabilidad compartida y facilita el seguimiento del tratamiento. El registro de acuerdos presenta una relación moderada ($Rho = 0.580$), demostrando que reforzar las indicaciones por escrito contribuye al cumplimiento.
6. Finalmente, la hipótesis específica 5, “seguimiento de acuerdos” mostró correlación positiva y significativa con la adherencia ($Rho = 0,523$; $p < 0,01$), reafirmando que el monitoreo posterior a la consejería inicial es vital para identificar y resolver dificultades a tiempo y que el seguimiento continuo y personalizado por parte del personal de salud es muy fundamental. El seguimiento de acuerdos muestra una relación moderada ($Rho = 0.523$), lo cual resalta la importancia de mantener monitoreo periódico.

5.2. Recomendaciones

1. Fortalecer la consejería nutricional ($Rho = 0.593$, relación moderada)
Se sugiere mantener y fortalecer las acciones de promoción y prevención de la anemia mediante la capacitación continua del personal de salud, enfocándose en mejorar las habilidades comunicativas y la claridad de los mensajes. Dado que la consejería nutricional mostró una relación moderada con la adherencia ($Rho = 0.593$), es fundamental que los cuidadores reciban información clara, empática y adaptada a su contexto cultural para mejorar su comprensión y continuidad del tratamiento.
2. Reforzar la explicación inicial del estado del niño ($Rho = 0.674$, relación fuerte)
Se recomienda que el personal de salud brinde una explicación clara y detallada sobre el estado del niño, utilizando material visual, ejemplos prácticos y lenguaje accesible. Esta dimensión evidenció una relación fuerte con la adherencia ($Rho = 0.674$), por lo que una comprensión precisa del diagnóstico favorece el compromiso del cuidador y su participación activa en el tratamiento.

3. Mejorar el análisis de factores causales ($Rho = 0.728$, relación fuerte)

Se recomienda realizar un análisis más completo de los factores causales de la anemia durante la consejería nutricional. Dado que esta dimensión mostró una relación fuerte con la adherencia ($Rho = 0.728$), se sugiere integrar evaluaciones de hábitos dietéticos, condiciones del hogar, disponibilidad de alimentos y factores socioeconómicos. Este análisis conjunto permite establecer estrategias personalizadas y viables para cada familia.

4. Fortalecer la toma de decisiones conjunta ($Rho = 0.656$, relación fuerte)

Se aconseja promover la toma de decisiones conjunta entre el personal de salud y los cuidadores, ya que esta dimensión presentó una relación fuerte con la adherencia ($Rho = 0.656$). Realizar conversaciones participativas, identificar barreras y consensuar acciones favorece el sentido de corresponsabilidad y aumenta la continuidad del tratamiento.

5. Estandarizar el registro de acuerdos ($Rho = 0.580$, relación moderada)

Se recomienda implementar un método organizado y uniforme para registrar por escrito los acuerdos establecidos durante la consejería, como fichas o formatos estandarizados. Esta dimensión mostró una relación moderada con la adherencia ($Rho = 0.580$), por lo que documentar claramente los compromisos facilita que los cuidadores recuerden las indicaciones y permite al personal de salud realizar un seguimiento más preciso.

6. Implementar un sistema de seguimiento estructurado ($Rho = 0.523$, relación moderada)

Se sugiere establecer un sistema de seguimiento continuo y personalizado mediante visitas domiciliarias, llamadas telefónicas o mensajes recordatorios. Dado que esta dimensión obtuvo una relación moderada con la adherencia ($Rho = 0.523$), el acompañamiento sistemático permite resolver dudas, reforzar indicaciones y garantizar que los niños reciban el tratamiento completo. Se sugiere mantener y fortalecer las acciones de promoción y prevención de la anemia mediante la capacitación continua del personal de salud, enfocándose en el desarrollo de habilidades comunicativas y en la mejora de la calidad de la consejería nutricional. Es fundamental que la orientación brindada a los

cuidadores utilice un lenguaje claro, empático y adaptado al contexto cultural de la población de Chilcas. De esta manera, se podrá promover una mayor comprensión del tratamiento y, con ello, mejorar la adherencia al manejo de la anemia en los niños menores de cinco años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Anemia in children. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_children
2. Ministerio de Salud (MINSa), Instituto Nacional de Salud (INS), Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CNAN). Informe del primer semestre: Estado nutricional de niños y gestantes que acceden al establecimiento de salud. Lima: MINSa; 2021. p. 6–43. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2022/Inf%20Gerencial%20SIEN-HIS%20I%20SEMESTRE%202022.pdf>
3. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. [Internet]. 2021 [citado 2025 Jun 20]. Disponible en: <https://bit.ly/3t9TDyD>
4. Ministerio de Salud (MINSa), Instituto Nacional de Salud (INS), Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CNAN). Informe del primer semestre: Estado nutricional de niños y gestantes que acceden al establecimiento de salud. Lima: MINSa; 2021. p. 6–43. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2022/Inf%20Gerencial%20SIEN-HIS%20I%20SEMESTRE%202022.pdf>
5. United Nations Children's Fund (UNICEF). COVID-19: Impacto de la caída de los ingresos de los hogares en indicadores de niñez y adolescencia. Lima: UNICEF; 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/informes/covid19-impacto-de-la-caida-de-los-ingresos-de-los-hogares-en-indicadores-de-ninez-y-adolescencia>
6. Pan American Health Organization / World Health Organization. Anemia in children aged 6 to 59 months: regional prevalence and estimates in the Americas. ENLACE data portal; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/anemia-women-and-children>
7. Pan American Health Organization; World Health Organization. Anemia in women and children in the Americas: ENLACE data portal [Internet]. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2022 [citado 2025 Sep 28]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/anemia-women-and-children>

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2024: Resultados preliminares. Lima: INEI; 2024. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/encuestas/endes/>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Departamental ENDES 2023: Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años en Ayacucho. Lima: INEI; 2023. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/encuestas/endes/>
10. Ministerio de Salud del Perú. Situación actual de la anemia, prevalencia de anemia en niños menores de 6 a 35 meses según departamentos [En línea].; 2024. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/situacion-actual-de-la-anemia-cl>
11. Perú. Decreto Supremo N.º 002-2024-SA. Aprueban el Plan Multisectorial para la Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil 2024-2030. El peruano; 2024. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-plan-multisectorial-para-la-reduccion-y-control-de-la-anemia-y-decreto-supremo-n-002-2024-sa-2143121-1/>
12. World Health Organization. Guideline: Daily iron supplementation in infants and children [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549522>
13. Ministerio de Salud del Perú (MINSa). Norma técnica para la prevención y control de la anemia en el Perú. Lima: MINSa; 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales>
14. Ministerio de Salud del Perú (MINSa). Norma técnica para la prevención y control de la anemia en niños menores de 5 años. Lima: MINSa; 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales>
15. Mbofana A, Silva J, Munguambe K, et al. Evaluación de la prevalencia de anemia y su relación con el estado nutricional, conocimientos y prácticas alimentarias de cuidadores en infantes de 6 a 8 meses en Maputo, Mozambique. *Nutr J.* 2024;23(1):45. doi:10.1186/s12937-024-00981-7.
16. Villarreal I. Percepción de madres sobre el consumo de micronutrientes “Chispitas Nutricionales” en niños de 6 a 36 meses en Puerto Carabuco, La Paz, Bolivia. *Rev Bol Cienc Salud.* 2020;13(1):45-52. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/4200>.

17. Bermeo N, López M, García R, et al. Factores que inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes “Chis Paz” en niños menores de 3 años en el CIBV Nuevos Horizontes El Condado, Ecuador. *Rev Ecuat Salud Pública*. 2020;14(1):30-38. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11977/1/TUCE-0006-007-2017.pdf>
18. Machado R, Fernández L, Pérez M, et al. Prevalencia y factores asociados a la anemia ferropénica en infantes menores de un año en CASMU-IAMPP, Uruguay. *Rev Salud Pública Uruguay*. 2020;15(1):22-30. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168812492017000500254&lng=e
19. Aregash A, Mekonnen T, Abebe H, et al. Factores asociados a la adherencia a la suplementación con hierro en infantes de 6 a 11 meses en Etiopía. *Ethiop J Health Sci*. 2021;16(2):112-120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13111>.
20. Salas M, Quispe L, Huamaní R, et al. Relación entre consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en madres de niños de 6 a 36 meses en el Centro de Salud “Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre”, Abancay. *Rev Peruana Salud Pública*. 2023;23(1):45-53.
21. Chávez M, Huamán R, León P, et al. Satisfacción con la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en lactantes de 6 a 12 meses en el C.S. Pedro Sánchez Meza, Chupaca - Huancayo. *Rev Peruana Salud Pública*. 2023;24(1):58-66.
22. Pinillos J, Ramírez M, Torres L, et al. Relación entre calidad de la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 3 años en hospital de Trujillo. *Rev Peruana Salud Pública*. 2023; [citado 2024 Sep 28]. Disponible en: <https://revistaperuanadesaludpublica.pe/articulo1234>
23. Dipaz V. Relación entre la calidad de consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños de un centro de salud ubicado en La Molina, 2022 [tesis]. 2022;80 p. Disponible en: <https://repositorio.universidad.edu/tesis/dipaz2022.pdf>
24. Urquizo A, Sánchez M, Torres L, et al. Relación entre la consejería nutricional y el nivel de adherencia a la suplementación con micronutrientes en cuidadores de niños de 6 a 36 meses que acuden al C.S. Néstor Gambetta, Callao,

2020 [tesis]. 2021;87 p. Disponible en: <https://repositorio.universidad.edu/tesis/urquizo2021.pdf>

25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de la atención sanitaria: qué es y por qué es importante. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2025 Sep 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-of-care>

26. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8. doi:10.1001/jama.260.12.1743.

27. White L, Dudley-Brown S. Translation of Evidence into Nursing and Health Care. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2012.

28. Ministerio de Salud del Perú. Política Nacional de Calidad en Salud. Documento Técnico - RM N° 727-2009/MINSA. Lima: Ministerio de Salud; 2009. Disponible en: https://repositorio.minsa.gob.pe/handle/MINSA/78443?utm_source=chatgpt.com

29. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691–729.

30. World Health Organization. Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>

31. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Comunicación para la Salud. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254872>

32. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía Técnica: Consejería Nutricional en el Contexto de Atención Materno-Infantil. Lima: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/220471/GUIA_CONSEJERIA_NUTRICIONAL.pdf

33. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la consejería nutricional en servicios de salud. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49613>

34. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía Técnica: Visitas Domiciliarias en el Contexto de la Atención Materno Infantil. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes->

publicaciones/290005-guia-tecnica-visitas-domiciliarias-en-el-contexto-de-la-atencion-materno-infantil

35. Ministerio de Salud del Perú (MINSa). Guía técnica de consejería nutricional en el contexto de atención materno infantil. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/220471/GUIA_CONSEJERIA_NUTRICIONAL.pdf

36. Ministerio de Salud del Perú (MINSa). Guía Técnica de Consejería Nutricional en Atención Materno Infantil. Lima: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/220471/GUIA_CONSEJERIA_NUTRICIONAL.pdf

37. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>

38. Ministerio de Salud [sede Web]. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Documento Técnico; 2017. [Acceso 11 de enero de 2024]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>.

39. Ministerio de Salud (MINSa). Norma Técnica de Salud N.º 213-MINSa/DGIESP-2024: Manejo integral de la anemia en niños en el Perú. Lima: MINSa; 2024.

40. Ministerio de Salud (MINSa). Norma Técnica de Salud N.º 243-MINSa/DGIESP-2024: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en niños, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. Lima: MINSa; 2024.

41. Gereklioglu C, et al. Tratamiento farmacológico con hierro: aumento de hemoglobina y restauración de depósitos de hierro. [Artículo]. 2016.

42. Ministerio de Salud (MINSa). Norma Técnica de Salud N.º 213-MINSa/DGIESP-2024: Manejo integral de la anemia en niños en el Perú. Lima: MINSa; 2024.

43. Arizmendi L. Fundamentos y aplicación del tratamiento dietético en el paciente clínico. *Rev Nutr Hosp.* 2018;34(2):45-52.

44. Pérez A, Gómez R. Intervenciones nutricionales en enfermedades crónicas: una revisión. *Nutr Clin*. 2019;15(1):23-30.
45. World Health Organization. *Nutrition in public health: diet therapy and disease prevention*. Geneva: WHO; 2020.
46. Becker MH, Rosenstock IM. Teoría del aprendizaje social y el Modelo de Creencias en Salud. *Health Educ Q*. 1984; 11(1): 1-24.
47. World Health Organization. *Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers*. Geneva: WHO; 2001.
48. World Health Organization. *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System*. Geneva: WHO; 2011.
49. Pender N. *Health promotion in nursing practice*. 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall; 2014.
50. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CM. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2010.
51. Ríos PM. Validación de instrumentos de recolección de datos en investigación en salud pública. *Rev World Medical Association*. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194. *Cienc Salud*. 2017;15(2):123-130.
52. World Medical Association. *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4.
53. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1979.
54. Benesty, J., Chen, J., Huang, Y., & Cohen, I. (2021). Pearson correlation coefficient. In *Springer Topics in Signal Processing* (pp. 1–30). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-78965-2_5

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre la calidad de la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es la relación entre la explicación de la situación encontrada y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el análisis de factores causales o riesgos y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?</p>	<p>Objetivo General Identificar la relación entre la calidad de la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p> <p>Objetivos Específicos Determinar la relación entre la explicación de la situación encontrada y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p> <p>Determinar la relación entre el análisis de factores causales o riesgos y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p>	<p>Hipótesis General Existe relación entre la consejería nutricional se relaciona con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho.</p> <p>Hipótesis específicas Existe relación entre la explicación de la situación encontrada y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p> <p>Existe la relación entre el análisis de factores causales o riesgos y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred</p>	<p>Variable 1: Calidad de la consejería nutricional</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la situación encontrada • Análisis de factores causales o riesgo • Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos • Registro de toma de acuerdos • Seguimiento de acuerdos tomados <p>Variable 2: Adherencia al tratamiento de anemia.</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento farmacológico 2. Tratamiento dietético 	<p>Tipo de Investigación Aplicada Alcancé: Correlacional</p> <p>Método y diseño de la investigación Hipotético – Deductivo No experimental De corte transversal</p> <p>Población Muestra La población estuvo compuesta por 100 cuidadores de niños menores de 5 años diagnosticados con anemia que son atendidos en la Microred de</p>

<p>¿Cuál es la relación entre la búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?</p>	<p>Determinar la relación entre la búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p>	<p>de Chilcas – Ayacucho, 2024. Existe la relación entre la búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos con la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p>		<p>Chilcas.</p>
<p>¿Cuál es la relación entre el registro de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?</p>	<p>Determinar la relación entre el registro de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p>	<p>Existe la relación entre el registro de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p>		
<p>¿Cuál es la relación entre el seguimiento de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024?</p>	<p>Determinar la relación entre el seguimiento de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p>	<p>Existe la relación entre el seguimiento de acuerdos tomados y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.</p>		

Anexo 2: Instrumentos

VARIABLE 1: CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

Mi nombre es Marilyn Tineo Gutiérrez, egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, en esta oportunidad se recopilará la información de la encuesta aplicada hacia usted en constancia de sus menores hijos como usuarios de la Microred de Salud de Chilcas. Además, esta recolección será confidencial y anónima; solamente para uso exclusivo de la investigación, por lo que sus datos serán resguardados con fines meramente investigativos.

Así, este proceso consiste en la aplicación de dos cuestionarios que deberán ser completados en aproximadamente 25 minutos. En consecuencia, de aceptar participar en la investigación, por favor, marque con un aspa (X) en el siguiente recuadro que será considerado como evidencia de haber sido informado sobre los procedimientos de la investigación sobre su niño.

Doy consentimiento ()

No doy consentimiento ()

I. INFORMACIÓN GENERAL

Por favor, marcar con un aspa (X) según considere en las preguntas propuestas:

- A. **Edad del menor:** Menor de año (), 1 año (), 2 años (), 3 años (), 4 años () o menor de 5 años ().
- B. **Edad de la madre o cuidadora:** 18 a 20 años (), 21 a 30 años (), mayor de 40 años ().
- C. **Sexo del menor:** Masculino (), Femenino ()
- D. **Convivencia del menor:** Solamente con a madre (), Solamente con el padre (), Con ambos padres (), otros familiares ()
- E. **Idioma del cuidador o madre:** Castellano (), quechua (), Otros ().
- F. **Nivel de escolaridad del cuidador:** Analfabeta (), Primaria (), Secundaria (), Superior ().
- G. **Participa en programas sociales:** Vaso de leche (), Programa juntos (), Ninguno ()

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO 1 (V. independiente)

Marqué con un aspa (X) según consideré los puntajes según la escala de Likert que se muestra a continuación:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

ITEMS		1	2	3	4	5
VARIABLE: Calidad de la consejería nutricional						
D1: Explicación de la situación encontrada						
1	¿El profesional de salud le brinda confianza y trata con familiaridad cuando empieza la consejería sobre su niño?					
2	¿Los datos de peso, talla, resultado de hemoglobina que están registrados en el carnet, le son comunicados con un lenguaje claro y entendible?					
3	¿El profesional de salud le explica de manera clara la situación de salud y estado nutricional de su niño?					
4	¿El profesional de salud le repregunta si entendió lo que le explica sobre la situación de salud de su niño?					
5	¿El profesional de salud le pregunta si cumplió con las indicaciones y acuerdos de la consulta anterior?					
D2: Análisis de factores causales o riesgos						
6	¿El profesional de salud le explica sobre las causas o riesgos que pueda tener su niño?					
7	¿El profesional de salud le hace preguntas sobre su procedencia, creencias, religión o costumbres relacionados con la accesibilidad y el consumo de alimentos?					
8	¿El profesional de salud le pregunta sobre la situación económica de su familia como el trabajo de su pareja u otros ingresos económicos?					

10	¿El profesional de salud registra en la historia clínica las respuestas que le da sobre su niño?					
11	¿El profesional de salud le pregunta si cuenta con agua y desagüe en su casa?					
12	¿El profesional de salud le da tiempo para que usted reflexione sobre la situación de salud de su niño?					
13	¿El profesional de salud le hace preguntas para que usted pueda explicar la situación y sus preocupaciones sobre su niño?					
D3: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos						
14	¿El profesional de salud evalúa junto con usted lo que se puede hacer con el apoyo de su familia?					
15	¿El profesional de salud junto con usted buscan y proponen alternativas de solución para revertir el problema de su niño?					
16	¿El profesional de salud le brinda la cantidad de información suficiente sobre recomendaciones para que pueda recordar y aplicar en su casa?					
17	¿El profesional de salud verifica que usted entendió los acuerdos a los que se llega durante la consulta?					
18	¿El profesional de salud le explica que son acuerdos (compromisos) y que no solo son recomendaciones o mensajes?					
19	¿El profesional de salud le indica acuerdos (compromisos) concretos y que sean factibles de cumplir en su casa?					
20	¿Considera que los acuerdos se realizan en función al problema que tiene su niño?					
D4: Registro de acuerdos						
21	¿Cada vez que usted acude al centro de salud, el profesional de salud registra en la historia clínica los acuerdos (compromisos) conversados durante la sesión?					
22	¿El profesional de salud le brinda en una hoja por escrito los acuerdos (compromisos) a los que llegaron durante la sesión?					
23	¿El profesional de salud lo motiva para que usted ponga en práctica los acuerdos con el apoyo de la familia?					

D5: Seguimiento de acuerdos						
24	¿El profesional de salud acuerda con usted la fecha de la próxima cita para su niño?					
25	¿El profesional de salud le recalca sobre las ventajas que se tiene cuando se cumple con los acuerdos tomados antes de que termine la sesión de consejería?					
26	¿El profesional de salud realiza el seguimiento a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias los acuerdos tomados en las sesiones de consejería?					

CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL	PUNTAJE
MALA	26-60
REGULAR	61-95
BUENA	96-130

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO 2 (V. dependiente)

Marqué con un aspa (X) según consideré los puntajes según la escala de Likert que se muestra a continuación:

1	2	3	4
Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

A excepción de las preguntas: 4, 5, 6, 7, 8, 17, 18 y 20 donde el puntaje de calificación es a la inversa:

4	3	2	1
Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

ITEMS		1	2	3	4
VARIABLE: Adherencia al tratamiento de la anemia					
D1: Tratamiento farmacológico					
1	¿Brinda a su niño el suplemento de hierro en el horario indicado por el especialista?				
2	¿Brinda a su niño el suplemento de hierro en la cantidad indicada por el especialista?				
3	¿Acompaña la ingesta del suplemento de hierro con jugo de naranja, granadilla, limonada u otro cítrico?				
4	¿Acompaña la ingesta del suplemento de hierro con leche, yogurt o infusiones?				
5	¿Al presentar su niño estreñimiento usted deja de darle el suplemento de hierro de forma diaria?				
6	¿Al presentar su niño manchas en sus dientes o coloración oscura de sus heces dejan de darle el suplemento de hierro de forma diaria?				
7	Por lo general, ¿olvida darle el suplemento de hierro a su niño?				
8	¿Suele ser difícil darle el tratamiento a su niño?				
9	En el último mes, ¿brindó a su niño el suplemento de hierro todos los días?				
10	¿Recoge según las fechas programadas el suplemento de hierro para su niño?				

D2: Tratamiento dietético					
11	¿Su niño recibe lactancia materna o fórmula maternizada enriquecida con hierro?				
12	¿En la dieta del niño usted le prepara sangrecita, bazo, hígado o bofe?				
13	¿En la dieta del niño usted le prepara carne de res o pescado?				
14	¿Brinda a su niño como mínimo 2 cucharadas grandes de alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) en cada comida?				
15	¿Brinda a su niño alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) con una frecuencia de 3 veces o más por semana?				
16	¿En la dieta del niño usted prepara menestras?				
17	¿Su niño presenta problemas para comer hígado, carne de res o pescado?				
18	¿Su niño presenta problemas para comer menestras?				
19	Luego de las comidas, sobre todo menestras, ¿le da al niño limonada, jugo de naranja, mandarina o algún otro cítrico?				
20	¿Luego de las comidas le da al niño manzanillas, anís o leche?				

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA	PUNTAJE
INADECUADA	20-40
REGULAR	41-60
ADECUADA	61-80

Anexo 3: Validez del instrumento

Validador 1: Mg. Diego Sánchez Quispe

22	¿El o la consejero (a) le brinda en una hoja por escrito con los acuerdos (compromisos) a los que llegaron?	x		x		X	
23	¿El o la consejero (a) le motiva para que usted ponga en práctica los acuerdos con el apoyo de su familia?	x		x		X	
Dimensión 5: Seguimiento de los acuerdos tomados		Si	No	Si	No	Si	No
24	¿El o la consejero (a) realiza el seguimiento de los acuerdos tomados en las anteriores sesiones de consejería?	x		x		x	
25	¿El o la consejero (a) acuerda con usted la fecha de la próxima cita?	x		x		x	
26	¿El o la consejero (a) le recalca sobre las ventajas que se tiene cuando se cumple con los acuerdos tomados antes de que termine la sesión de consejería?						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. DIEGO SANCHEZ QUISPE DNI: 41423546

Especialidad del validador: MAGISTER EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

► 12 de febrero del 2024


 Lic. Cp. Diego Sánchez Quispe
 Emergencias y Desastres
 Mins. Gestión de los Servicios de la Salud
 CEP: 45243 REE: 20385 POME: 20385

Firma del Experto Informante

13	¿En la dieta del niño usted le prepara carne de res o pescado?	x		x		x	
14	¿Brinda a su niño como mínimo 2 cucharadas grandes de alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) en cada comida?	x		x		x	
15	¿Brinda a su niño alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) con una frecuencia de 3 veces o más por semana?	x		x		x	
16	¿En la dieta del niño usted prepara menestras?	x		x		x	
17	¿Su niño presenta problemas para comer hígado, carne de res o pescado?	x		x		x	
18	¿Su niño presenta problemas para comer menestras?	x		x		x	
19	Luego de las comidas, sobre todo menestras, ¿le da al niño limonada, jugo de naranja, mandarina o algún otro cítrico?	x		x		x	
20	¿Luego de las comidas le da al niño manzanillas, anís o leche?	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. DIEGO SANCHEZ QUISPE DNI: 41423546

Especialidad del validador: MAGISTER EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

12 de febrero del 2024


 Lic. Cp. Diego Sánchez Quispe
 Emergencias y Desastres
 Mins. Gestión de los Servicios de la Salud
 CEP: 45243 REE: 20385 POME: 20385

Firma del Experto Informante

Validador 2: Mg. Rosa Tuse Medina

23	¿El o la consejero (a) le motiva para que usted ponga en práctica los acuerdos con el apoyo de su familia?	x		x		X	
Dimensión 5: Seguimiento de los acuerdos tomados		Si	No	Si	No	Si	No
24	¿El o la consejero (a) realiza el seguimiento de los acuerdos tomados en las anteriores sesiones de consejería?	x		x		x	
25	¿El o la consejero (a) acuerda con usted la fecha de la próxima cita?	x		x		x	
26	¿El o la consejero (a) le recalca sobre las ventajas que se tiene cuando se cumple con los acuerdos tomados antes de que termine la sesión de consejería?						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir [_]** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. ROSA CASIMIRA TUSE MEDINA

DNI: 03662920

Especialidad del validador: MAGISTER GESTIÓN EN SALUD

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

► 22 de enero del 2024



Firma del Experto Informante

12	¿En la dieta del niño usted le prepara sangrecita, bazo, hígado o bofe?	x		x		x	
13	¿En la dieta del niño usted le prepara carne de res o pescado?	x		x		x	
14	¿Brinda a su niño como mínimo 2 cucharadas grandes de alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) en cada comida?	x		x		x	
15	¿Brinda a su niño alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) con una frecuencia de 3 veces o más por semana?	x		x		x	
16	¿En la dieta del niño usted prepara menestras?	x		x		x	
17	¿Su niño presenta problemas para comer hígado, carne de res o pescado?	x		x		x	
18	¿Su niño presenta problemas para comer menestras?	x		x		x	
19	Luego de las comidas, sobre todo menestras, ¿le da al niño limonada, jugo de naranja, mandarina o algún otro cítrico?	x		x		x	
20	¿Luego de las comidas le da al niño manzanillas, anís o leche?	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir [_]** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. ROSA CASIMIRA TUSE MEDINA

DNI: 03662920

Especialidad del validador: MAGISTER GESTION EN SALUD

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

22 de enero del 2024



Firma del Experto Informante

Validador 3: Dr. Juan Morales Quispe

23	¿El o la consejero (a) le motiva para que usted ponga en práctica los acuerdos con el apoyo de su familia?	x		x		x	
Dimensión 5: Seguimiento de los acuerdos tomados		Si	No	Si	No	Si	No
24	¿El o la consejero (a) realiza el seguimiento de los acuerdos tomados en las anteriores sesiones de consejería?	x		x		x	
25	¿El o la consejero (a) acuerda con usted la fecha de la próxima cita?	x		x		x	
26	¿El o la consejero (a) le recalca sobre las ventajas que se tiene cuando se cumple con los acuerdos tomados antes de que termine la sesión de consejería?	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. DR.: JUAN MORALES QUISPE

DNI: 09717789

Especialidad del validador: Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Publica

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

22 de enero del 2024

Dr. Juan Morales Quispe
Médico Cirujano
Medicina Familiar
CAMP 37787 RNE 38145

13	¿En la dieta del niño usted le prepara carne de res o pescado?	x		x		x	
14	¿Brinda a su niño como mínimo 2 cucharadas grandes de alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) en cada comida?	x		x		x	
15	¿Brinda a su niño alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) con una frecuencia de 3 veces o más por semana?	x		x		x	
16	¿En la dieta del niño usted prepara menestras?	x		x		x	
17	¿Su niño presenta problemas para comer hígado, carne de res o pescado?	x		x		x	
18	¿Su niño presenta problemas para comer menestras?	x		x		x	
19	Luego de las comidas, sobre todo menestras, ¿le da al niño limonada, jugo de naranja, mandarina o algún otro cítrico?	x		x		x	
20	¿Luego de las comidas le da al niño manzanas, anís o leche?	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. DR.: JUAN MORALES QUISPE

DNI: 09717789

Especialidad del validador: Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Publica

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

22 de enero del 2024

Dr. Juan Morales Quispe
Médico Cirujano
Medicina Familiar
CAMP 37787 RNE 38145

Validador 4: Mg. Glenda Ramírez Dávila

12	¿En la dieta del niño usted le prepara sangrecita, bazo, hígado o bofe?	x		x		x	
13	¿En la dieta del niño usted le prepara carne de res o pescado?	x		x		x	
14	¿Brinda a su niño como mínimo 2 cucharadas grandes de alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) en cada comida?	x		x		x	
15	¿Brinda a su niño alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, carne, pescado, etc.) con una frecuencia de 3 veces o más por semana?	x		x		x	
16	¿En la dieta del niño usted prepara menestras?	x		x		x	
17	¿Su niño presenta problemas para comer hígado, carne de res o pescado?	x		x		x	
18	¿Su niño presenta problemas para comer menestras?	x		x		x	
19	Luego de las comidas, sobre todo menestras, ¿le da al niño limonada, jugo de naranja, mandarina o algún otro cítrico?	x		x		x	
20	¿Luego de las comidas le da al niño manzanillas, anís o leche?	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg: GLENDA RAMIREZ DAVILA DNI: 03631923

Especialidad del validador: MAGISTER GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

19 de marzo del 2024

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante

Dimensión 4: Acuerdos tomados		Si	No	Si	No	Si	No
21	¿Cada vez que usted acude al establecimiento, el o la consejero (a) registra en la historia clínica los acuerdos (compromisos)?	x		x		x	
22	¿El o la consejero (a) le brinda en una hoja por escrito con los acuerdos (compromisos) a los que llegaron?	x		x		X	
23	¿El o la consejero (a) le motiva para que usted ponga en práctica los acuerdos con el apoyo de su familia?	x		x		X	
Dimensión 5: Seguimiento de los acuerdos tomados		Si	No	Si	No	Si	No
24	¿El o la consejero (a) realiza el seguimiento de los acuerdos tomados en las anteriores sesiones de consejería?	x		x		x	
25	¿El o la consejero (a) acuerda con usted la fecha de la próxima cita?	x		x		x	
26	¿El o la consejero (a) le recalca sobre las ventajas que se tiene cuando se cumple con los acuerdos tomados antes de que termine la sesión de consejería?						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg: GLENDA RAMIREZ DAVILA DNI: 03631923

Especialidad del validador: MAGISTER GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

19 de marzo del 2024

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

INSTRUMENTO 1

Tabla 15. Resumen de procesamiento de casos del instrumento 1

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

Nota. a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 16. Estadística de fiabilidad del instrumento 1

Alfa de Cronbach	N de elementos
,923	26

Tabla 17. Estadísticas de total de elemento del instrumento 1

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item_01	0.922
Item_02	0.921
Item_03	0.920
Item_04	0.918
Item_05	0.920
Item_06	0.919
Item_07	0.922
Item_08	0.915
Item_09	0.922
Item_10	0.918

Item_11	0.921
Item_12	0.922
Item_13	0.926
Item_14	0.921
Item_15	0.921
Item_16	0.920
Item_17	0.921
Item_18	0.917
Item_19	0.921
Item_20	0.917
Item_21	0.920
Item_22	0.918
Item_23	0.919
Item_24	0.920
Item_25	0.921
Item_26	0.917

INSTRUMENTO 2

Tabla 18. Resumen de procesamiento de casos del instrumento 2

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

Nota. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 19. Estadística de fiabilidad del instrumento 2

Alfa de Cronbach	N de elementos
,862	20

Tabla 20. Estadísticas de total de elemento del instrumento 2

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item_01	0.848
Item_02	0.851
Item_03	0.850
Item_04	0.862
Item_05	0.847
Item_06	0.866
Item_07	0.864
Item_08	0.852
Item_09	0.854
Item_10	0.862
Item_11	0.859
Item_12	0.861
Item_13	0.856
Item_14	0.843
Item_15	0.860
Item_16	0.854
Item_17	0.862
Item_18	0.851
Item_19	0.864
Item_20	0.847

Anexo 5: Prueba de normalidad

Para evaluar la normalidad del conjunto de datos se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov, ya que la muestra es mayor que 50.

Criterios de decisión

Si $p < 0.05$ rechazamos la H_0 y se acepta la H_a .

Si $p \geq 0.05$ aceptamos la H_0 y rechazamos la H_a .

Tabla 21. Prueba de normalidad de los datos de las dos variables.

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de la consejería nutricional	0.349	100	0.000
Adherencia al tratamiento de la anemia	0.298	100	0.000

Nota. a. Corrección de significación de Lilliefors/

Interpretación:

Dado que los valores de significancia ($p < 0.05$) para ambas variables son inferiores al nivel crítico establecido ($\alpha = 0.05$), se rechaza la hipótesis nula de normalidad. Esto indica que tanto la variable calidad de la consejería nutricional como adherencia al tratamiento de la anemia no presentan una distribución normal.

Por lo tanto, para el análisis de la relación entre ambas variables, se optó por aplicar pruebas estadísticas no paramétricas, específicamente el coeficiente de correlación de Spearman.

Anexo 6: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 01 de abril de 2025

Investigador(a)
Marylin Tineo Gutierrez
Exp. N°:0481-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "Calidad de la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024" con **fecha 29/03/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Marylin Tineo Gutierrez

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 7: Formato de consentimiento informado

CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA MICRORED DE CHILCAS – AYACUCHO, 2024

Estimado padre de familia:

Se le invita cordialmente a participar en un estudio cuyo objetivo es determinar la relación entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años, en el ámbito de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024.

Título del proyecto: “Calidad de la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024”

Nombre de la investigadora principal: Tineo Gutiérrez, Marylin.

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la calidad de consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho.

Beneficios por participar: Se mejorará los programas de salud así mismo capacitar mejor al personal de salud.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegida, solo la investigadora puede conocerla. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Consultas posteriores: Al correo marylin06@outlook.com y teléfono 970119398.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al presidente del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener: 706-5555 anexo 3236 –

DECLARACION DE CONCENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:

Apellido y nombres:

Edad:

Firma

Anexo 8: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

**"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA
PERUANA"**

Lima, 02 del abril del 2025.

Solicito: Ingreso a la institución para recolectar datos para mi tesis de postgrado.

Blga. Luz Nelly Gutierrez Contreras

Jefe de la Microred Chilcas . -

De mi mayor consideración:

Yo, Marilyn Tineo Gutiérrez, egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, con código N.º 2023900518, me dirijo a usted con el fin de solicitar la autorización para realizar la recolección de datos en su institución, en el marco del desarrollo de mi proyecto de tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública.

El objetivo general de la investigación es determinar la relación entre la calidad de la consejería nutricional y la adherencia al tratamiento de la anemia en niños menores de 5 años, atendidos en los establecimientos de salud pertenecientes a la Microred de Chilcas – Ayacucho.

Para ello, se plantea la aplicación de dos cuestionarios dirigidos a los cuidadores, los cuales permitirán recoger información sobre la percepción de los participantes en relación con temas vinculados a la atención nutricional y al cumplimiento del tratamiento para la anemia.

Asimismo, solicito que los resultados obtenidos puedan ser presentados en formato de tesis, como parte del cumplimiento de los requisitos establecidos por la universidad. Agradezco de antemano su atención y apoyo a la presente solicitud.



Atentamente,

Marilyn Tineo Gutierrez

Egresada de la E.P.G. Universidad Norbert Wiener

**Anexo 9: Constancia de autorización para el ingreso al establecimiento de la
Microred de Chilcas – Ayacucho.**



GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD DE SAN MIGUEL – LA MAR
MICRORED DE SALUD DE CHILCAS



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chilcas, 04 de abril del 2025.

Microred de Chilcas – Ayacucho.

Srta. Marylín Tíneo Gutiérrez.

Presente. -

Asunto : AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.


Por medio de la presente, tengo el agrado de comunicar que se autoriza el desarrollo del estudio de investigación titulado: *"Calidad de la consejería nutricional y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años de la Microred de Chilcas – Ayacucho, 2024"*, en el marco de su trabajo de tesis.

Asimismo, se le informa que deberá coordinar con el área correspondiente para que se le brinden las facilidades necesarias para la adecuada ejecución de dicha investigación.

Al término del estudio, deberá presentar un (01) ejemplar anillado del informe final de los resultados obtenidos y proponer una estrategia que contribuya a mejorar la problemática abordada, en beneficio de nuestra institución y la calidad del servicio brindado.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente:

U.E RED DE SALUD SAN MIGUEL
MICRO RED CHILCAS

Nohy M. Gutiérrez Contreras
C.B.P. 13119
BIÓLOGA - MICROBIÓLOGA

Anexo 10: Reporte de similitud de Turnitin




17% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 14%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 15% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 14% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	6%
2	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	4%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-06	<1%
4	Trabajos entregados	uwiener on 2024-01-30	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Tecnologica de los Andes on 2025-01-27	<1%
6	Internet	hdl.handle.net	<1%
7	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
8	Internet	repositorio.upsc.edu.pe	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-10-17	<1%
10	Trabajos entregados	uwiener on 2025-02-11	<1%
11	Internet	repositorio.unheval.edu.pe	<1%