



**ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Atención de control CRED y adherencia a suplemento de  
hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de  
Lurigancho 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

**Br. Guillermo Luis Gómez Guizado**

**ASESOR:**

**Dr. Freddy Antonio Ochoa Tataje**

**SECCIÓN:**

**Ciencias Médicas**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Gestión de los Servicios de Salud**

**PERÚ – 2018**



### DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): GOMEZ GUIZADO, GUILLERMO LUIS

Para obtener el Grado Académico de Maestro en Gestión de los servicios de la salud ha sustentado la tesis titulada:

*"Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017"*

Fecha: 12 de abril de 2018

**JURADOS:**

**PRESIDENTE:** Dra. Bertha Silva Narvaste

Firma:

**SECRETARIO:** Mg. Ricardo Arturo Pauta Guevara

Firma:

**VOCAL :** Dr. Freddy Antonio Ochoa Tataje

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

*Aprobado por excelencia.*

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

*Corregir la estructura de la tesis siguiendo los  
normas APA.*

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

### **Dedicatoria**

Con todo mi afecto y cariño dedico esta tesis a la memoria de mi padre, a mi madre abnegada, a Chary mi esposa y compañera de toda la vida y a Luis Guillermo, Silvia Rossana y David Alfredo, mis hijos y mis tesoros, por el tiempo sacrificado que dejé de estar con ellos, por su comprensión y apoyo durante la maestría.

### **Agradecimiento**

A las autoridades de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, al personal de salud de San Juan de Lurigancho y a los docentes de la maestría.

## Declaración de Autoría

Yo, Guillermo Luis Gómez Guizado, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Ate; declaro que el trabajo académico titulado “Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017”, presentada en 200 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, enero de 2018



---

**Guillermo Luis Gómez Guizado**

DNI: 09199983

## Presentación

Señor presidente

Señores miembros del jurado

Presento la Tesis titulada: “Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para optar el grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

Esperando que los aportes del minucioso estudio contribuyan en parte a la solución de la problemática de la gestión de los servicios de la salud, en especial en los aspectos relacionados con la atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro, particularmente en el distrito de San Juan de Lurigancho.

La información se ha estructurado en siete capítulos teniendo en cuenta el esquema de investigación sugerido por la universidad.

En el primer capítulo se expone la introducción. En el segundo capítulo se presenta el marco metodológico. En el tercer capítulo se muestran los resultados. En el cuarto capítulo se aborda la discusión de los resultados. En el quinto se precisan las conclusiones. En el sexto capítulo se adjuntan las recomendaciones que he planteado, luego del análisis de los datos de las variables en estudio. Finalmente, en el séptimo capítulo se presenta las referencias bibliográficas y anexos de la presente investigación.

El autor.

## Índice

	Página
Páginas preliminares	
Dictamen de la sustentación de la tesis	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	14
1.1 Antecedentes	15
1.1.1 Antecedentes internacionales de Atención de control CRED	15
1.1.2 Antecedentes internacionales de Adherencia a suplemento de hierro	20
1.1.3 Antecedentes nacionales de Atención de control CRED	28
1.1.4 Antecedentes nacionales de Adherencia a suplemento de hierro	33
1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística	41
1.2.1 Bases teóricas de la variable 1: Atención de control CRED	46
1.2.2 Bases teóricas de la variable 2: Adherencia a suplemento de hierro	57
1.3 Justificación	72
1.3.1 Justificación Práctica	73
1.3.2 Justificación Metodológica	73
1.3.3 Justificación Social	73
1.4 Realidad Problemática	73
1.4.1 Formulación del Problema	75
1.5 Hipótesis	76
1.5.1 Hipótesis general	76
1.5.2 Hipótesis específicas	76
1.6 Objetivos	77
1.6.1 Objetivo general	77
1.6.2 Objetivos específicos	77

II. Marco metodológico	78
2.1 Variables	79
2.2 Operacionalización de variables	81
2.3 Metodología	84
2.4 Tipos de estudio	84
2.5 Diseño	86
2.6 Población, muestra y muestreo	87
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	88
2.8 Procedimientos de recolección de datos	94
2.9 Métodos de Análisis	95
2.10 Aspectos éticos	95
III. Resultados	97
3.1. Descripción de resultados	98
3.2. Contrastación de hipótesis	104
IV. Discusión	111
V. Conclusiones	119
VI. Recomendaciones	122
VII. Referencias Bibliográficas	129
Anexos	144
Anexo A: Matriz de consistencia	145
Anexo B: Instrumentos de medición de las variables	149
Anexo C: Base de datos de la prueba piloto	156
Anexo D: Base de datos de la muestra	159
Anexo E: Cartas de presentación UCV y respuesta de Institución donde se efectuó el estudio	168
Anexo F: Certificados de validez de contenido	172
Anexo G: Artículo científico	185
Anexo H: Declaración jurada de autoría y autorización para la publicación del artículo científico.	199

## Índice de tablas

		Página
Tabla 1	Operacionalización de variable: Atención de control CRED	82
Tabla 2	Operacionalización de variable: Adherencia a suplemento de hierro	83
Tabla 3	Resultado de Validez del cuestionario sobre Atención de control CRED	92
Tabla 4	Resultado de Validez del cuestionario sobre Adherencia a suplemento de hierro	92
Tabla 5	Interpretación del coeficiente de confiabilidad	93
Tabla 6	Resultados del análisis de confiabilidad del instrumento que mide la variable Atención de control CRED	93
Tabla 7	Resultados de análisis de confiabilidad del instrumento que mide la variable Adherencia a suplemento de hierro	94
Tabla 8	Niveles de la Atención de control CRED según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	98
Tabla 9	Niveles de la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	99
Tabla 10	Distribución de la percepción de la Atención de control CRED y la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	100
Tabla 11	Distribución de la percepción de la Atención de control CRED y los factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	101
Tabla 12	Distribución de la percepción de la Atención de control CRED y los factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	102
Tabla 13	Distribución de la percepción de la Atención de control CRED y los factores relacionados con el suplemento de	103

	hierro en su Adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	
Tabla 14	Correlación entre Atención de control CRED y la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	105
Tabla 15	Correlación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con la madre de la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	106
Tabla 16	Correlación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	108
Tabla 17	Correlación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con el suplemento en su adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	109

**Índice de figuras**

	Página
Figura 1: Esquema de tipo de diseño	86
Figura 2: Niveles de la Atención de control CRED según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	98
Figura 3: Niveles de la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017	99

## Resumen

En la investigación titulada: “Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017”, el objetivo general de la investigación fue Determinar la relación que existe entre la Atención de control CRED (control de Crecimiento y Desarrollo) y la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

El tipo de investigación es básica, descriptivo correlacional, el diseño de la investigación es no experimental transversal y el enfoque es cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 82 enfermeras. La técnica que se utilizó es la encuesta y los instrumentos de recolección de datos fueron dos cuestionarios aplicados a las enfermeras. Para la validez de los instrumentos se utilizó el juicio de expertos y para la confiabilidad de cada instrumento se utilizó el alfa de Cronbach en ambas variables: 0,854 para Atención de control CRED y 0,790 para Adherencia a suplemento de hierro.

Con referencia al objetivo general: Determinar la relación que existe entre la Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017, se concluye que existe relación directa y significativa entre la Atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro, aunque de intensidad moderada, lo que se demuestra con el estadístico de Spearman (sig. bilateral = .002 < 0.05; Rho = 0.421).

*Palabras Clave:* Calidad de la atención en salud, Servicios de salud, adherencia al tratamiento.

## Abstract

In the research entitled: "CRED control care and adherence to iron supplementation according to nurses of the Minsa of San Juan de Lurigancho 2017", the general objective of the investigation was to determine the relationship that exists between CRED control care (Growth and Development control) and adherence to iron supplement according to nurses of the Minsa of San Juan de Lurigancho 2017.

The type of research is basic, descriptive correlational, the design of the research is non-experimental transversal and the approach is quantitative. The sample consisted of 82 nurses. The technique used was the survey and the data collection instruments were two questionnaires applied to nurses. For the validity of the instruments, expert judgment was used and for the reliability of each instrument the Cronbach's alpha was used in both variables: 0.854 for CRED control care and 0.799 for adherence to iron supplementation.

With reference to the general objective: To determine the relationship that exists between the CRED control care and adherence to iron supplementation according to nurses of the Minsa of San Juan de Lurigancho 2017, it is concluded that there is a direct and significant relationship between the CRED control care and the adherence to iron supplementation, although of moderate intensity, which is demonstrated by the Spearman statistic (bilateral sig. = .002 <0.05; Rho = 0.421).

*Key words:* Quality of Health Care, Health services, Medication Adherence.

# **I. Introducción**

La anemia y la deficiencia de hierro se mantienen como problema de salud pública en el Perú, a pesar de los esfuerzos del gobierno y que las medidas de control han demostrado ser rentables y eficaces. Se han reportado baja adherencia, por un lado, mientras que otros reportan lo contrario, aun cuando se han implementado a gran escala. En el Perú, se han establecido documentos y normas técnicas relacionadas al control y prevención de la deficiencia de hierro y estas indican que las estrategias y su implementación se centran en torno a la atención en el control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) (Minsa, 2017), sin embargo, han tenido limitaciones en lograr las metas de coberturas del suplemento de hierro, como en la adherencia al mismo.

Por ello se ha realizado el presente estudio “Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017” habiéndose encontrado una relación significativa entre las variables lo cual implica que cuando mejor sea la atención de control CRED existe una mejor adherencia a suplemento de hierro.

## **1.1 Antecedentes:**

### **1.1.1 Antecedentes internacionales de Atención de control CRED**

Boza y Solano (2017), en su tesis de maestría titulada *“Percepción de la calidad que tienen los usuarios sobre la atención que brinda la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera”*, sustentada en Universidad Estatal a Distancia de San José de Costa Rica, cuyo objetivo fue analizar el grado de satisfacción desde la percepción del usuario, respecto a la atención en salud brindada, durante los meses de febrero y marzo del año 2016, con una muestra probabilística de 122 padres y encargados legales de los niños atendidos, con diseño descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo, encontró que al menos el 20% de padres tuvo alguna insatisfacción con la atención, en especial lo relacionado a la consideración y el trato que recibieron por el personal al nunca averiguar sobre sus experiencias, sentimientos y temores que tuvieron (55.2%), y concluyeron que aunque la calidad de los cuidados es satisfactoria, el abordaje de la familia causo alguna insatisfacción; sin embargo, estos son modificables, sin mayor costo, y los cambios de conducta del personal y reconocer

las necesidades de los usuarios, puede mejorar la percepción de la calidad de la atención.

Jiménez (2016), en su tesis de maestría titulada *“Calidad de atención de enfermería en pacientes post-quirúrgicas servicio gineco–obstétrico Hospital General Provincial Docente Ambato”*, sustentada en Universidad Regional Autónoma de Los Andes de Ambato de Ecuador, cuyo objetivo fue diseñar una guía de atención de enfermería del servicio gineco–obstétrico para elevar la calidad de atención de enfermería en pacientes post-quirúrgicas del Hospital General Docente Ambato en el periodo julio a septiembre 2015, que se realizó en toda la población de pacientes postquirúrgicos (30) atendidos en el periodo de estudio, con diseño descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo, encontró que alrededor del 90% de las pacientes sintieron insatisfacción con la atención recibida por el personal de enfermería, como no tener interés por sus problemas y necesidades, falta de cordialidad, discriminación, inadecuada interacción con la usuaria y ausencia de apoyo y educación, concluyendo que existe necesidad de mejorar la actuación del personal, por la percepción de una atención rutinaria por parte de las enfermeras, los que podrían estar influenciados por factores externos, que causarían insatisfacción al personal.

Arantes (2014), en su tesis de maestría titulada *“Avaliação da assistência pré-natal: em foco a estrutura e o processo assistencial, 2014”*, sustentada en Universidade Federal de Mato Grosso de Cuiabá-MT de Brasil, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de la asistencia prenatal prestada en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), en el municipio de Cuiabá-MT, fundamentado en el modelo Donabediano, se realizó en una muestra aleatoria de 43 unidades de ESF y de 350 mujeres después del parto, con diseño de evaluación normativa, de enfoque cuantitativo, encontró que las unidades mostraron deficiencia de estructura física (37% de sala de pre-consulta y 30% de sala de reuniones inadecuadas), de equipos (53.5% sin estetoscopio de Pinard), y de personal (46.5% de médicos y 62.7% de técnicos con alta rotación, y sin capacitación en 65.1%).

Aunque el 60.3% de pacientes vieron una asistencia adecuada, se encontraron diferencias según región de la unidad, escolaridad, ingreso familiar, acceso a la primera consulta y profesional que realizo las consultas, concluyendo

que las unidades de ESF estuvieron parcialmente adecuadas, siendo deficientes en algunos aspectos y que la atención prenatal no se debe satisfacer con el logro de tareas y criterios mínimos propuestos por el sector salud sino como una estrategia de acción de parte de los profesionales de la salud que les permita reconocer las desigualdades sociales.

Bogas (2013), en su tesis de maestría titulada “*Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*”, sustentada en el Instituto Politécnico de Viseu de Viseu - Portugal, cuyo objetivo fue determinar los aspectos de la atención de enfermería con los que los usuarios se sienten más satisfechos y aquellos que generan menor satisfacción y determinar el nivel de satisfacción de los usuarios internados en el servicio de neumología de la Unidad Local de Salud da Guarda con los cuidados de enfermería, que se realizó en una muestra no probabilística de 70 usuarios, con diseño no experimental, transversal y descriptivo-correlacional, de enfoque cuantitativo, encontró que el 97.1% de los usuarios encuestados presentaron altos niveles de satisfacción, sin embargo, los aspectos en los que se sienten menos satisfechos estuvieron relacionados a aspectos comunicacionales y de relación dirigidos a los mismos usuarios (<10%) o sus familiares (28.6%), así como se encontraron opiniones significativamente diferentes cuando los pacientes tuvieron una hospitalización previa ( $p < 0.05$ ) o el periodo de hospitalización era mayor en relación a menor satisfacción, concluyendo que si bien los niveles de satisfacción son altos, no invalida la presencia de aspectos a corregir para mejorar la atención.

Lenis (2013), en su tesis de maestría titulada “*Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla*”, sustentada en Universidad Nacional de Colombia de Bogotá DC, Colombia, cuyo objetivo fue determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados, con una muestra de 147 pacientes al momento del egreso, con diseño descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo, encontró que aunque la experiencia con los cuidados de enfermería obtuvo una media de 93.22 puntos de 100, en relación a si las enfermeras tenían tiempo para ellos, los pacientes estuvieron en completo desacuerdo en 66%, 28.6% muy en desacuerdo y 5.4% un poco en desacuerdo, que mostró la poca dedicación que

enfermería le brinda al paciente hospitalizado; y en relación a la satisfacción con los cuidados de enfermería la media fue 79.7 puntos, debido a que las preguntas sobre entrega de información, frecuencia de verificar su situación, amabilidad, disposición a escucharlos y libertad en hospitalización tuvieron muchas respuestas neutras, y concluyó que la calidad del cuidado, desde el enfoque del paciente, es afín con la relación enfermera-paciente, la comunicación y el trato interpersonal de apoyo emocional en las actividades de enfermería.

Brito de Carvalho y Wanick Sarinho (2016), en su artículo titulado "*The nursing consultation in monitoring child growth and development in the family health strategy*", cuyo objetivo general fue evaluar las acciones de proceso de trabajo y de infraestructura en la consulta de enfermería a los niños menores de un año, en el control del crecimiento y desarrollo en la Estrategia de Salud de la Familia, en Brasil, con una muestra empírica de 7 enfermeras de los equipos de salud de la familia y 80 consultas de cuidado de niños realizadas en siete Unidades de Salud de la Familia, con diseño de evaluación de servicios de carácter normativo, enfoque cuantitativo, encontró que en el 51.2% de las consultas evaluaron el desarrollo y en el 36.6% de estas las enfermeras informaron a las madres/tutores sobre el proceso de desarrollo infantil, e incluso, en relación a la identificación de los hitos de desarrollo, ningún niño fue evaluado completamente por las enfermeras, y concluyó que la estructura incompleta (disponibilidad de instrumentos y equipos para el seguimiento del crecimiento y desarrollo) favoreció a acciones inadecuadas de las enfermeras, y la falta de capacitación fue un factor determinante en la calidad del control de crecimiento y desarrollo.

Laws et al. (2015), en su artículo titulado "*Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia*", uno de cuyos objetivos fue examinar las prácticas de prevención de obesidad infantil del personal de enfermería, trabajó con una muestra empírica de 56 enfermeras, con diseño mixto, que incluyó una recopilación de datos cuantitativos (encuesta) y 16 entrevistas cualitativas, encontró que si bien las enfermeras midieron longitud y peso, el 22.2% no usó dicha información para identificar niños con riesgo de sobrepeso u obesidad, y concluyó que las enfermeras en forma rutinaria monitorean el crecimiento y brindan el asesoramiento

nutricional relacionado a la prevención de la obesidad, pero en realidad muchas pierden una importante oportunidad de salud pública en la prevención de la obesidad de los niños en los primeros años de vida.

Palombo, Duarte, Fujimori, y Toriyama (2014), en su artículo titulado “*Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento*”, cuyo objetivo general fue evaluar el uso y llenado de la Carné de Salud Infantil, especialmente el crecimiento y el desarrollo, en Sao Paulo - Brasil, con una muestra empírica de 350 parejas madre-niño, realizadas en doce Unidades Básicas de Salud, con diseño observacional de corte transversal, con enfoque cuantitativo, encontró que apenas el 8.9% de los gráficos de peso y estatura fueron llenados, menos del 50% de los niños presentaban ausencia de uno o más hitos de desarrollo y de la información sobre el nacimiento, pero el 96.6% los datos del esquema de vacunas estaban completos, y concluyó que existe una precariedad en los registros del carné de salud infantil, y reafirma la importancia de la capacitación de los profesionales de la salud en el uso correcto del carné, para mejorar especialmente en la calidad del control de crecimiento y desarrollo.

Oliveira et al. (2013), en su artículo titulado “*Child care consultations held by nurses within the Family Health Strategy*”, cuyo objetivo general fue identificar las acciones ejecutadas por enfermería en las consultas de puericultura en Unidades de Salud de la Familia, en Brasil, con una muestra de 24 consultas realizadas (3 por cada una de 8 enfermeras) en la Estrategia Salud de la Familia, con niños de hasta 6 meses de edad (para que fueran homogéneas), en Picos – Piauí, Brasil, con diseño observacional, descriptivo, con enfoque cuantitativo, encontró que las acciones más frecuentes fueron las evaluaciones de altura, peso, perímetro cefálico y torácico, su anotación en el registro del niño y la asesoría en lactancia materna exclusiva, pero el seguimiento de las vacunas no se hizo en ninguna consulta, y concluyó que enfermería enfoca su atención en el registro de enfermería y examen físico, pero las debilidades fueron educación sanitaria y seguimiento, las cuales requieren atención para mejorar la calidad del servicio; los aspectos más atendidos fueron antropometría y su registro en historias clínicas, como la educación sanitaria en el incentivo de la lactancia materna exclusiva; hay oportunidad de contribuir con

un mejor cuidado de los niños y de permitir una mejora de la calidad en la consulta de enfermería; y es necesaria la capacitación continua para mejorar los servicios.

Dantas y Figueroa (2013), en su artículo titulado “*Child growth monitoring in Family Health Basic Units in the municipality of Queimadas, Paraíba-Brazil*”, cuyo objetivo fue evaluar las acciones de acompañamiento del crecimiento en el contexto de la atención básica de salud del municipio de Queimadas-Paraíba, en Brasil, con una muestra de 204 madres de los niños estudiados, instrumentos de seguimiento de los niños (carné del niño) y las 16 unidades de salud del municipio, con diseño observacional, transversal, cuantitativo, encontraron que el 18.7% de las unidades no tenía personal completo y más del 60% de enfermeras no tuvieron capacitación dirigida a la atención de salud de niños y en relación al seguimiento por el carné de salud el 38.7% no registraron el peso y el 33.8% no registraron al talla de los niños, siendo más frecuente en la zona rural, especialmente el peso (54.8% sin registro), y concluyeron que el seguimiento del crecimiento en los niños no fue efectivo debido a las acciones dejadas de hacer, por el incumplimiento de las recomendaciones del Ministerio de Salud, cuyos problemas fueron la falta de personal, calificación de estos y la constancia en los registros de peso y talla, por lo que es necesario una gestión integral y eficaz.

### **1.1.2 Antecedentes internacionales de Adherencia a suplemento de hierro**

Pereira (2017), en su tesis de maestría titulada “*Prevenção da anemia ferropriva em crianças: foco na adesão ao uso do sulfato ferroso*”, sustentada en la Universidade de São Paulo, cuyos objetivos fueron caracterizar a los niños en seguimiento de las unidades de salud de la familia, describir los aspectos de la prevención de la anemia por deficiencia de hierro e identificar los facilitadores y dificultades en la prevención de la anemia por deficiencia de hierro en la infancia, trabajó con una muestra de 183 registros de niños de 6 meses a 11 meses y 29 días de edad y 12 madres de familia, con diseño descriptivo transversal no experimental y exploratorio, enfoque cuantitativo, encontró que el 1% de los niños tuvieron introducción precoz del sulfato ferroso antes del mes de edad, casi un tercio (28.4%) entre el mes y los 6 meses de edad (considerando que el Ministerio de Salud de Brasil inicia el suplemento de hierro a los 6 meses de edad) y cerca

del 25% lo hicieron después; y a menos de la mitad (47%) se les realizó la prueba de hemoglobina.

También encontró que las madres refieren un conocimiento sobre anemia pero sin especificar exactamente el problema, aunque lo relacionan a la alimentación, considerándola como una estrategia en la prevención de la anemia; aunque solo el 50% de las madres entrevistadas refirieron que estaban haciendo uso del sulfato ferroso o ya lo habían hecho, estas reconocieron la importancia de su uso, pero percibieron la presencia de reacciones adversas con su uso, y concluyó que la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria, el conocimiento de los alimentos y formas de prevención de la anemia ferropénica fueron elementos facilitadores; el poco conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias en el niño, la baja cobertura de niños con suplemento de hierro y la interrupción del sulfato ferroso fueron elementos que dificultaron la prevención de la anemia ferropénica; y que el incentivo y apoyo de la lactancia materna exclusiva, la introducción de alimentos saludables, la información de anemia ferropénica y el uso cotidiano de sulfato ferroso deben ser trabajados con las familias y los profesionales de la salud, especialmente con el personal de enfermería.

Rodríguez (2017), en su tesis doctoral titulado *“Estudio para evaluar la satisfacción y adherencia del tratamiento en pacientes que por su dislipemia puedan requerir tratamiento con pitavastatina”*, sustentada en la Universidad de León, cuyo objetivo general fue Evaluar en pacientes dislipémicos tratados con pitavastatina el grado de satisfacción con el tratamiento que reciben en Asistencia Primaria y Hospitalaria, trabajó con una muestra de 6489 pacientes, con diseño observacional descriptivo transversal no experimental, cuantitativo, multicéntrico de ámbito nacional, encontró que la presencia de efectos adversos fue de 0.6%, la satisfacción tuvo puntuación promedio global de 73.2 sobre 100 puntos, halló una correlación inversa entre el tiempo del diagnóstico y el grado de satisfacción con el tratamiento, aunque la asociación entre las variables fue débil, y la adherencia al tratamiento, obtenida por el cuestionario de medida de cumplimiento de Morisky-Green, fue de 92.9%; sin embargo, sólo el 65% de ellos fueron considerados cumplidores, y presentaron una correlación positiva comparado con los no cumplidores; y concluyó que el grado de satisfacción y la adherencia terapéutica

presentó una clara relación, siendo bidireccional (los más satisfechos son más cumplidores y los más cumplidores se muestran más satisfechos).

Peláez (2016), en su tesis doctoral titulado *“El niño con diabetes, su familia y la adherencia al tratamiento”*, sustentada en la Universidad de La Laguna, cuyo objetivo general fue Identificar factores sociodemográficos, psicológicos y clínicos del niño con DM 1 y su familia que influyen en el control metabólico y en la adherencia al tratamiento en la consulta de Endocrino pediátrica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, trabajó con una muestra de 93 chicos diabéticos entre 7 y 17 años, con diseño descriptivo correlacional transversal no experimental, encontró que el niño o familia adherente global solo alcanzó al 37.6%; aunque la adherencia a la cita fue 98.9%, la adherencia a la insulina y al autoanálisis glicémico fueron de 86% cada uno, estas dos se asociaron a la adherencia global ( $p=0.003$ ), aunque en forma débil ( $p=0.003$ ), igual que la adherencia al recuento de los hidratos de carbono ( $p=0.000$ ) y al ejercicio, esta última con un grado de asociación fuerte ( $p=0.000$ ), y concluyó que ni los conocimientos en diabetes de los niños ni de sus familias se asocian con el buen control ni con la adherencia, pero los estilos parentales consiguen distintos niveles de adherencia (el autoritario mantiene mejor control metabólico y adherencia); el control oral de los niños sobre la alimentación se asocia a menor adherencia y el apoyo social (familiar, escolar y sanitario) predice mejor adherencia y buen control.

Freitas (2015), en su tesis de doctorado titulado *“Restrição do crescimento extrauterino, amamentação e avaliação da adesão e influência da suplementação com micronutrientes nas prevalências de deficiências de ferro, zinco e vitamina A em prematuros”*, sustentada en la Universidade Federal de Viçosa, cuyo objetivo general fue estudiar aspectos relacionados al crecimiento, amamantamiento y adhesión a la suplementación de micronutrientes recomendada por la Sociedad Brasileña de Pediatría y su influencia en las prevalencias de deficiencias de hierro, cinc y vitamina A en niños prematuros, trabajó con una muestra de 58 niños pre-*términos* en sus primeros seis meses de edad corregida, con diseño longitudinal de cohorte prospectivo no experimental, encontró que el 35.3% usaban suplemento en la primera consulta, hubo efectos adversos en 18.8% por sulfato ferroso y los valores hematológicos y de ferritina en el primer mes de edad corregida no eran

diferentes entre los de alta o baja adherencia, sin embargo, a los seis meses de edad corregida fueron menores en los de baja adhesión; la anemia varió poco (36.7% a 38.3%) pero la deficiencia de hierro aumentó (25.7% a 68.9%), siendo mayor el riesgo de anemia en los de baja adherencia, debida a baja escolaridad materna, y concluyó que la baja escolaridad materna se asoció con baja adherencia y con impacto en las prevalencias de anemia y deficiencia de hierro.

Cantero (2015), en su tesis doctoral titulado *“Percepción y cumplimiento del derecho de información a pacientes diabéticos en Atención Primaria: su relación con la adherencia y la satisfacción del usuario”*, sustentada en la Universidad de Murcia, cuyo objetivo general fue Conocer la gestión de la información sanitaria en la asistencia a pacientes diabéticos en el marco de Atención Primaria, así como analizar su impacto en la satisfacción y en la adherencia al tratamiento de los pacientes, trabajó con una muestra de 481 pacientes y 60 médicos de Atención Primaria (8 pacientes por médico), con diseño observacional descriptivo transversal prospectivo no experimental y multicéntrico, encontró que el médico proporcionó al paciente información valedera (96.3%), en lenguaje comprensible (94.2%), adecuado a sus necesidades (90.9%), que se entendió (95.2%), aunque fue exclusivamente oral (95.8%), y se dio el tiempo para informarlo (83.6%), resolvió sus dudas (88.6%) e hizo que cumpla con el tratamiento (81.7%).

Sin embargo, estas fueron principalmente relacionadas al tratamiento higiénico, dietético, actividad física, finalidad del mismo, horas de toma y relación con dieta y posología (>90% para cada uno), pero nunca recibieron información sobre efectos secundarios (38.7%) y contraindicaciones (49.3%) de la medicación ni sobre tratamientos alternativos (38.9%), ni fueron informados sobre impacto personal, familiar, social y laboral (60%, 70,9%, 75,3% y 70,7%, respectivamente); no se encontró concordancia entre la información que los médicos dijeron que proporcionaron a los pacientes y la información que estos refirieron haber recibido del médico, en especial en impacto personal (56.3% de no concordancia), tiempo para informar (53.4% de no concordancia) y sobre efectos secundarios (52.6%) y contraindicaciones de la medicación (49.1%).

Respecto a la adherencia al tratamiento, encontró que según el Test de Morisky-Green-Levine fue de 60.9%, según el cuestionario SMAQ fue de 74.6% y

según el Test de Haynes-Sackett fue de 92.5%, con una relación moderada entre los dos primeros (índice de Kappa=0.581) y la satisfacción general de los pacientes diabéticos con la información dada por el médico fue alta; y concluyó que los pacientes refirieron estar peor informados sobre los aspectos negativos del tratamiento, pruebas diagnósticas e impacto de la enfermedad; no existe concordancia entre la información que los médicos refirieron dar a los pacientes y lo que estos refirieron recibir del médico; los pacientes que recibieron información con un lenguaje comprensible y tiempo suficiente fueron más adherentes y los que refirieron recibir mejor información presentaron mayor satisfacción y mejor cumplimiento del tratamiento.

Galindo (2014), en su tesis de maestría titulada *“Efecto de la fortificación casera con micronutrientes en polvo, como una estrategia de intervención contra la deficiencia de micronutrientes en población infantil de 12 hasta 59 meses, de cuatro municipios del departamento de Atlántico, pertenecientes a programas de complementación alimentaria Año 2013”*, sustentada en la Universidad Nacional de Colombia, cuyo objetivo general fue evaluar los efectos de la estrategia de fortificación casera con micronutrientes en polvo en población infantil entre los 12 hasta 59 meses de edad, pertenecientes a programas de complementación alimentaria, trabajó con una muestra de 266 niños entre los 12 y 59 meses de edad, de los cuales 173 niños eran los intervenidos y 93 niños control, un estudio cuantitativo con diseño tipo intervención con mediciones pre y post en dos grupos comparativos, encontró que la frecuencia de entrega de los micronutrientes fue principalmente semanal (67.5%), el 98.4% lo consumió diario y continuamente por 60 días, el 95% de los padres o cuidadores identificaron cambios positivos por el consumo de micronutrientes, y el 71.2% de los cuidadores recibieron capacitación en temas de nutrición y de estos el 94.4% afirmó que los puso en práctica.

El efecto de los micronutrientes en el grupo intervenido logró una disminución de la anemia en 34% (evaluado por la hemoglobina) y de la deficiencia de hierro en 25.9% (evaluado por la ferritina sérica) y no hubo cambios sustanciales en el consumo de alimentos; y concluyó que los micronutrientes tuvieron un efecto positivo en la prevalencia de anemia y deficiencia de hierro, aunque el consumo de alimentos ricos en hierro fueron bajos en ambos grupos de estudio.

Fuentes, Mauricio y Juárez (2013), en su tesis de doctorado titulado *“Conocimientos y prácticas sobre administración de micronutrientes (vitamina a, hierro y zinc) que tienen las madres de los niños menores de 5 años de edad que acuden a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Francisco Gotera, Morazán; Estanzuelas, Usulután; Huisquil, La Unión”*, sustentada en la Universidad de El Salvador, uno de los objetivos generales fue Determinar los conocimientos y las prácticas de administración de micronutrientes (zinc, vitamina A y hierro) que tienen las madres de los niños menores de 5 años que acuden a las Unidades Familiares de Salud Familiar de San Francisco Gotera, Morazán; Estanzuelas, Usulután; Huisquil, La Unión, Año 2013, trabajaron con una muestra de 803 madres de niños menores de 5 años distribuidos en las tres Unidades Comunitarias de Salud Familiar, con diseño prospectivo, observacional, transversal, enfoque cuantitativo, encontraron que más del 50% de madres conocían los micronutrientes, al menos el 57% sabía que servía para evitar o tratar la anemia, el 79% desconocía los efectos adversos, con conocimiento poco aceptable (60.3%) o no aceptable (39.7%) sobre la administración de micronutrientes, aunque las prácticas fueron aceptables (83.3%).

Ellos concluyeron que en relación a los conocimientos, las madres recibieron en los controles de niño sano indicaciones sobre micronutrientes, pero probablemente no les enfatizaron en los beneficios y los efectos adversos de los mismos, aunque puede influir la educación de la madre en ello; en relación a las prácticas, aunque la mayoría recibieron las indicaciones, algunas prácticas fueron incorrectas, sobre todo cuando el niño presentó infecciones, sin embargo las madres tuvieron mejores destrezas y, a pesar de que sus conocimientos fueron poco aceptables, hubo capacidad de seguir las instrucciones para alcanzar una práctica aceptable.

López (2013), en su tesis de posgrado titulado *“Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo febrero- abril 2013”*, sustentada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cuyo objetivo general fue Identificar los factores influyentes sobre el cumplimiento terapéutico farmacológico de pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa a través

de entrevistas personalizadas en la pos consulta, trabajó con una muestra de 142 pacientes, con diseño descriptivo prospectivo transversal, enfoque cuantitativa, encontró que la adherencia al tratamiento, medido por el Test de Morinsky-Green-Levine, fue del 28%, siendo el olvido la causa más frecuente de no adherencia (61%) y que la mejoría de la sintomatología (90%) no modifica la adherencia; y concluyó que los pacientes hipertensos presentaron escasa adherencia al tratamiento, y que los factores influyentes a este resultado fueron los relacionados a los pacientes y a la condición socioeconómica y recomienda promover un programa de pos consulta para dar información y educación a los pacientes hipertensos, así como capacitar al personal de salud para que lo pueda hacer correctamente, incluyendo la participación de los profesionales farmacéuticos.

Sezik, Can, Kurnaz, Atún, y Ay (2015), en su artículo titulado *“Use of iron supplements in children aged 1-2 years with iron deficiency anemia: A cross-sectional study”*, cuyo objetivo general fue determinar la distribución y consumo del hierro y el grado de información recibidas de las familias acerca de la anemia por deficiencia de hierro y los efectos secundarios, duración, consumo y dosis de la profilaxis, así como para determinar la eficacia del fármaco, en los servicios de salud de Turquía, con una muestra de 139 niños de 1 a 2 años de edad, con diseño descriptivo transversal, enfoque cuantitativo, encontraron que el 76.3% de las familias dijeron que usaban hierro prescrito por el médico, y quienes no lo usaban fue por intolerancia del niño, negligencia y efectos secundarios; la duración media de uso fue de  $6.98 \pm 5.2$  meses; y no encontraron relación entre el uso del hierro y el nivel de educación de los padres y recibir información sobre los efectos adversos, y concluyeron que es importante proporcionar información a las familias sobre la importancia de la deficiencia de hierro, la forma de consumir, la duración y la dosis de los preparados de hierro, con lo que el principal problema del programa de suplemento de hierro podría resolverse.

Abdinia (2014), en su artículo titulado *“Maternal Knowledge and Performance about Use of Iron and Multivitamin Supplements in Children in Northwest of Iran”*, cuyo objetivo general fue evaluar el conocimiento y el desempeño de las madres referidas al Hospital Infantil de Tabriz sobre el uso de hierro y suplementos vitamínicos en lactantes menores de dos años, en Irán, trabajó con una muestra de

762 madres de niños de 6 a 24 meses de edad, con diseño prospectivo, observacional, transversal y analítico, utilizando el método cuantitativo, encontró que 63% de madres dieron las gotas de hierro regularmente y 16% se negaron a administrarlos, debido a intolerancia oral y mancha de dientes; el 33.6% supo edad de inicio del suplemento, y menos (27.9%) la dosis; las madres reportaron anemia como complicación del no uso del hierro y se observó una relación entre el nivel de educación de ellas y el conocimiento ( $p=0.000$ ), como con el desempeño ( $p=0.001$ ); y concluyó que menos de la mitad de las madres conocían la importancia del suplemento de hierro y su inicio, lo que generó poco conocimiento, actitud y desempeño de ellas; se requiere capacitar al personal de salud para que proporcione actitudes y comportamientos adecuados e informe a las madres acerca de las complicaciones de no adherirse al suplemento de hierro; y podrían resultar eficaces el uso de suplementos con mejor sabor y menos efectos secundarios.

Cembranel, Corso, y González-Chica (2013), en su artículo titulado *“Coverage and adequacy of ferrous sulfate supplementation in the prevention of anemia among children treated at health centers of Florianopolis, Santa Catarina”*, cuyo objetivo general fue evaluar la cobertura de Programa Nacional de Suplemento de Hierro (PNSF) en niños de 6 a 18 meses tratados en 35 centros de salud pública en Florianópolis, Brasil, en 2010, así como el cumplimiento de la normativa sobre el uso de suplementos en los niños inscritos en el programa, estableciendo su relación con factores sociodemográficos, trabajó con una muestra de 834 niños de 6 a 18 meses de edad, con diseño observacional, transversal y comparativo, utilizando el método cuantitativo, encontró una cobertura PNSF de 6.3%, menos del 50% inició el suplemento alrededor de los 6 meses de edad, casi un tercio lo hizo a los nueve o más meses, más del 80% lo recibieron a intervalos mayores de 6 meses, y solo el 7.3% lo recibió como lo establece el PNSF; y concluyeron que hubo baja cobertura de PNSF, y poco porcentaje cumplieron normas sobre el inicio y/o la frecuencia del suplemento; el acceso a los servicios de salud ni lo socioeconómico fueron factores que afectaron la implementación de la estrategia; y las dificultades estarían relacionadas con problemas de distribución y/o la falta de prescripción del suplemento por parte de los profesionales de la salud.

### 1.1.3 Antecedentes nacionales de Atención de control CRED

Fernández (2017), en su tesis de posgrado titulado *“Opinión sobre la imagen del profesional de enfermería de las madres de familia que acuden al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Zárate 2016”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue determinar la opinión sobre la imagen de enfermería de las madres que acuden al servicio Crecimiento y Desarrollo (CRED), trabajó con una muestra de 51 madres, con enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, diseño descriptivo transversal no experimental, encontró que su opinión sobre las enfermeras, en el aspecto técnico asistencial, fue 58.8% medianamente favorable y 13.7% desfavorable (no evaluó al niño con materiales infantiles ni informó si requería evaluación especializada); en el aspecto interpersonal, fue 47.1% medianamente favorable y 19.6% desfavorable (no se presentó adecuadamente); y en el aspecto educador, fue 67% medianamente favorable y 7.9% desfavorable (no enseñó a prevenir las infecciones); y concluyó que la opinión de las madres de enfermería fue medianamente favorable, debido a que no cubrió las expectativas en la atención, colocando en riesgo la continuidad de la asistencia al control y la no valoración de enfermería, debido a una opinión de inadecuada preparación para una atención integral, por una atención de rutina y una debilidad en su función de educadora.

Guinea (2016), en su tesis de posgrado titulada *“Percepción de los padres de niños (as) menores de 5 años sobre la atención humanizada de la enfermera en el servicio de CRED en el Centro de Salud Mirones – 2016”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue determinar la percepción de los padres de niños menores de 5 años sobre la atención humanizada de Enfermería en el servicio de CRED, trabajó con una muestra de 30 padres, utilizando el enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, con diseño transversal, descriptivo y aplicativo, encontró que la percepción sobre la atención en dimensión interpersonal, fue 47% medianamente favorable y 23% desfavorable (sin tiempo para conversar sobre la salud del niño, no respetó costumbres y creencias y no se despidió con amabilidad); en dimensión técnica, 57% fue medianamente favorable y 20% desfavorable (no le entregó indicaciones escritas); y en dimensión entorno, 40% fue medianamente favorable y 23% desfavorable (el niño quedó expuesto al

ambiente mucho tiempo), y concluyó que la percepción de los padres sobre la atención humanizada en el servicio de CRED fue medianamente favorable, ya que a veces omitió algunos aspectos valorados por los padres, no orientó sobre el progreso del peso y la talla, no mostró interés por conocer las razones de sus inasistencias y no entregó indicaciones escritas al final del control.

Mendizábal (2015), en su tesis de posgrado titulado *“Satisfacción de la madre del niño menor de 1 año sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Señor de los Milagros – Chosica 2014”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue determinar la satisfacción de la madre sobre la Calidad de Atención que brinda la Enfermera en el Servicio CRED, trabajó con una muestra de 44 madres, con diseño descriptivo transversal no experimental, nivel aplicativo, enfoque cuantitativo, encontró que la satisfacción de las madres sobre la calidad de atención en la consulta CRED, en la dimensión humana, fue medio en 66% y bajo en 27% (solo a veces lo llama por su nombre y a veces saluda al ingreso); en dimensión oportuna, 62% fue medio y 18% bajo (a veces no mostró juguetes o no explicó cómo se desarrolló su niño); en dimensión continua, 84% fue medio y 7% bajo (a veces omitió dar indicaciones escritas); y en dimensión segura, 77% fue medio y 11% bajo (a veces el tiempo de la consulta y decoración del consultorio fue inadecuado); y concluyó que la satisfacción sobre la calidad de atención en el servicio de CRED fue media a baja, debido a algunos factores de trato, procesos en la atención, información y del servicio.

Cullanco (2015), en su tesis de posgrado titulado *“Satisfacción de las madres respecto al cuidado que brinda la enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud de Lince – Lima 2015”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue determinar el nivel de satisfacción de las madres respecto al cuidado que brinda la enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo, trabajó con una muestra de 48 madres, enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, con diseño descriptivo transversal no experimental, encontró que la madre referente al cuidado que brinda la enfermera en el consultorio CRED, en dimensión humana, estuvo medianamente satisfecha en 70% e insatisfecha en 5% (la enfermera no se identificó, y a veces no transmitió

confianza, no usó su nombre, no sonrió ni respetó las creencias); y en dimensión técnica, estuvo 73% medianamente insatisfecha y 10% insatisfecha (tiempo de espera prolongado, e insuficiente material en consultorio, información de los resultados de evaluación, consejerías, tiempo de atención y derivar al especialista); y concluyó que la satisfacción sobre la calidad de la atención fue medianamente satisfactorio, debido a factores de relación interpersonal (entrega de información y toma de decisiones según resultados) y a aspectos de los servicios (materiales, tiempo de espera y tiempo de consulta).

López (2015), en su tesis de posgrado titulado *“Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa Lima - Perú, 2014”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue Determinar el nivel de satisfacción de las madres sobre la calidad de atención que brinda enfermería en el programa CRED, trabajó con una muestra de 81 madres, enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, con diseño descriptivo transversal no experimental, encontró que el nivel de satisfacción en CRED, en dimensión técnica científica, fue medio en 48% y bajo en 20% (no realizó la higiene de manos, no derivó a especialistas y no le brindó información según resultados de evaluación); en dimensión humana, fue medio en 55% y bajo en 20% (no brindó importancia a problemas de conducta, no indagó por inasistencias, no usó sus nombres, y no explicó procedimientos ni verificó si se comprendieron); y en la dimensión entorno, fue medio en 51% y bajo en 27% (tiempo de espera inadecuado, no brindó seguridad en la atención y el consultorio fue inadecuado en relación a materiales y equipos y en sus condiciones físicas y de ambiente); y concluyó que el nivel de satisfacción fue de medio a baja, en relación principalmente a factores del servicio e interpersonales, y algo menor a aspectos técnicos.

Espinoza (2015), en su tesis de maestría titulada *“Percepción de la madre de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional-Piura, 2014”*, sustentada en la Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, cuyo objetivo general fue identificar y analizar la percepción y expectativas sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional a partir de la visión de las madres que acudieron con sus hijos a la consulta de enfermería, trabajó con una muestra por

saturación de categorías de 13 madres, que acudían en forma oportuna al control CRED, por método de historia de vida, con diseño narrativo, fenomenológico, de enfoque cualitativo, encontró en relación a experiencias previas, que las madres percibieron una atención diferente destinada a mejorar su calidad de vida a la atención recibida antiguamente, pero a la vez mostraron incomodidad por la evaluación física que lo dejó desnudo durante el control CRED, sin embargo, consideraron que hubo buen trato en algunos profesionales de enfermería durante los controles de crecimiento.

Asimismo, en referencia a la orientación, la mayoría tuvo conocimiento de la importancia de la lactancia materna como alimento en los primeros seis meses, de iniciar la alimentación complementaria a los seis meses y la importancia de la estimulación temprana, pero mencionaron la necesidad de implementar más material de juego; para la suplementación con micronutrientes, reconocieron la importancia de la administración, especialmente en relación a la anemia, y las visitas domiciliarias como acciones de captación y seguimiento; y respecto a la interferencia del estado nutricional manifestaron saber reconocer los problemas nutricionales cuando acudieron a CRED e identificaron los riesgos que afectaron su crecimiento; y concluyó que todas las madres identificaron los problemas nutricionales, la mayoría de ellas tuvieron conocimiento en los diferentes aspectos relacionados a alimentación infantil y suplementación, percibieron un trato digno aunque a veces no se explicaron los procedimientos, solo algunas conocieron la importancia de estimulación temprana y fueron captadas por las visitas domiciliarias.

Paredes (2015), en su tesis de maestría titulada *“Significados en las madres sobre el crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años y el cuidado de enfermería, Magdalena Nueva, Chimbote 2010”*, sustentada en la Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, cuyo objetivo general fue analizar los significados en las madres sobre CRED y sobre el cuidado de enfermería en CRED en niños menores de cinco años, trabajó con una muestra por saturación de categorías de 10 madres, que acudían al control CRED, por método de historia de vida, con diseño narrativo, fenomenológico, enfoque cualitativo, encontró en relación a los significados sobre CRED que la mayoría de las madres tuvieron conocimiento

previo por diversas fuentes, lo asociaron a peso, talla y vacuna y lo consideraron una responsabilidad y obligación para su desarrollo; y en relación al cuidado de enfermería la consideraron como educadora y consejera en cuidados, alimentación, higiene, prevención de enfermedades y seguimiento CRED.

Aunque algunas refieren buen trato, otras mencionan trato inadecuado (no dejarlos hablar, no escucharlas, poca paciencia y sensibilidad), y consideraron que no cubren sus expectativas y deberían mejorar sus competencias; y concluyó que la mayoría de las madres no pudieron definir el significado de crecimiento y desarrollo en su totalidad, ya que se focalizaron en aspectos de crecimiento, vacunas, alimentación y riesgos en salud, obviando otras como el desarrollo e implicancias, y en relación al cuidado de enfermería tampoco pudieron definir las actividades y acciones que deberían realizar las enfermeras en CRED, captando solo de acuerdo a las necesidades que conocen, pero reconocen la necesidad de mayor especialización para mejorar la calidad de atención y un trato más humano.

Quispe y Ramos (2017), en su tesis de titulación titulado *“Satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería y deserción al control de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años, Centro de Salud Mariscal Castilla, Arequipa 2016”*, sustentada en la Universidad Nacional de San Agustín, cuyo objetivo general fue Determinar la relación entre el nivel de satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería y deserción al control de crecimiento y desarrollo en madres de niños(as) menores de 3 años del Centro de Salud Mariscal Castilla, Arequipa 2016, trabajaron con una muestra de 90 madres, con diseño descriptivo correlacional transversal no experimental, enfoque cuantitativo, encontraron que el 87% de las madres presentaron una satisfacción media con la atención que brinda la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo y el 66% no cumplió los controles programados para la edad del niño en menos de la mitad y 34% no lo hizo en más de la mitad de los controles, y concluyeron que existe relación inversa entre la satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería y la deserción al control de crecimiento y desarrollo.

Benavente y Gallegos (2016), en su tesis de titulación titulado *“Factores relacionados a la deserción del control de crecimiento y desarrollo niños menores de 4 años C.S. Ampliación Paucarpata 2015”*, sustentada en la Universidad

Nacional de San Agustín, cuyo objetivo general fue Identificar los factores socioeconómicos, culturales y de accesibilidad que se relacionan con la deserción al control CRED en niños menores de 4 años atendidos en el C.S. Ampliación Paucarpata 2015, trabajaron con una muestra de 74 madres, con diseño descriptivo correlacional transversal no experimental, enfoque cuantitativo, encontraron que el 69% no cumplió los controles programados para la edad del niño en menos de la mitad y 31% no lo hizo en más de la mitad de los controles, y concluyeron que existen factores socioeconómicos (edad del niño y de la madre), culturales (grado de instrucción de la madre y no tener tiempo) y de accesibilidad (medio de transporte), que se relacionan con la deserción al control de crecimiento y desarrollo. Sin embargo, tuvo la limitación de no considerar la calidad de la atención durante la consulta de crecimiento y desarrollo.

Guevara (2013), en su tesis de titulación titulado *“Percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED de la red de EsSalud “San José” – 2012”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue Determinar la percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED, trabajó con una muestra de 150 madres, con enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, con diseño descriptivo transversal no experimental, encontró que 50% de las madres tuvieron entre 18 a 24 años de edad, 58% educación secundaria, 55% convivientes, y en 43% niños fueron menores de 1 año; en la percepción de la calidad de atención en consultorio CRED 50% la percibió como medianamente favorable y 19% desfavorable (no se identificó por su nombre, tiempo de espera y tiempo de duración de atención fueron inadecuados); y concluyó que percepción de las madres sobre la calidad de atención en CRED fue medianamente favorable y recomendó capacitar al personal de enfermería sobre el trato y satisfacción al usuario e implementar un sistema de evaluación de la calidad de servicios.

#### **1.1.4 Antecedentes nacionales de Adherencia a suplemento de hierro**

Lazarte (2017), en su tesis de maestría titulado *“Factores relacionados a la no adherencia del consumo de multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis-2016”*, sustentada en la Universidad de Huánuco, cuyo objetivo general fue Identificar los

factores sociales, actitudinales, de las características propias de los multimicronutrientes, de la atención de la salud y el factor cognitivo relacionados a la no adherencia del consumo de los multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis; 2016, trabajó con una muestra de 49 madres con niños de 6 a 36 meses, estudio con enfoque cuantitativo, diseño observacional prospectivo transversal no experimental, encontró una proporción de 9.8% de anemia, el 87.8% de madres le dieron los micronutrientes en el momento adecuado y consumieron la cantidad indicada, pero solo el 48.8% fueron adherentes al consumo de multimicronutrientes al cumplir todos los requisitos.

Dentro de los *factores protectores sociales* para la adherencia sobresalió la supervisión del consumo total de la mezcla de alimento con el micronutriente (75.6%) y la dedicación exclusiva al cuidado del niño (73.2%) y en los factores de riesgo estuvieron no dejar encargado a otra persona que le suministre los micronutrientes (51.2%); en los *factores protectores actitudinales* sobresalieron la confianza en los micronutrientes (92.7%) y la importancia de su consumo a pesar de que no tuvo anemia (82.9%), pero fueron factores de riesgo el temor a los efectos adversos (80.5%), el olvido (75.6%), el temor al estreñimiento, diarrea u otra molestia (75.6%) y a tener que dejar de darle por enfermedad (75.6%); y en los *factores protectores relacionados al propio micronutriente* estuvo la forma de presentación (85.4%), la percepción de beneficios (75.6%) y la textura del micronutriente (75.6%), y como factores de riesgo la presencia de estreñimiento, diarrea u otra molestia con el consumo (73.2%), así como el olor (48.8%) y el sabor (46.3%) del micronutriente.

En los *factores protectores de la atención de salud* estuvieron la recepción de información de los beneficios del consumo (92.7%), información fácil de entender (92.7%) y la confianza en lo que dice el personal de salud (92.7%), y entre los factores de riesgo estuvieron la demora en la atención (90.2%) y la percepción de que el personal de salud no tiene conocimiento suficiente sobre el uso de los micronutrientes durante la consejería (85.4%); los principales *factores protectores cognitivos de la adherencia* fue el conocimiento del almacenamiento (92.7%), de la frecuencia del consumo (90.2%) y el contenido (90.2%) de los micronutrientes, y

entre los factores de riesgo la falta de conocimiento del tiempo de consumo (80.5%) y la forma (75.6%) de la combinación del alimento y micronutriente, y el momento de consumo del micronutriente (68.3%); y concluyó que cerca de la mitad fueron adherentes y entre los factores de no adherencia al consumo de micronutrientes predomina el factor actitudinal (75.6%) y luego el factor relacionado al micronutriente (39%), sin embargo todos los factores no fueron estadísticamente significativos.

Medina (2017), en su tesis de maestría titulado *“Factores que influyen en la adherencia a la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola, Arequipa, 2016”*, sustentada en la Universidad Católica de Santa María, cuyo objetivo general fue Identificar los factores que influyen en la adherencia al suplemento de hierro y ácido fólico en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola, trabajó con una muestra de 222 gestantes de 37 a 40 semanas, con enfoque cuantitativo y diseño descriptivo transversal no experimental, encontró que el 24% de las gestantes tuvo secundaria incompleta o menos y 62% fueron ama de casa, la adherencia al suplemento de hierro y folato en las gestantes fue moderada en 79.3% y óptima en 18.9%; y respecto a los factores que influyeron en la adherencia, el 43.7% no refiere signos y síntomas, pero un 28% refiere estreñimiento y 10% gastritis y el 47.3% reportó olvido; y concluyó que la adherencia predominante fue moderada, en la que influyó el estreñimiento, la gastritis y el olvido.

Dolores (2017), en su tesis de posgrado titulado *“Nivel de satisfacción materna sobre la atención del personal de salud responsable de la suplementación con hierro en menores de tres años en el Centro Materno Infantil “Sureños”, Puente Piedra – Lima”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue Determinar el nivel de satisfacción de las madres respecto a la atención del personal de salud (consejería) enmarcado en la normatividad peruana de suplementación preventiva y/o de tratamiento de anemia, trabajó con una muestra de 95 madres de familia con niño menor a tres años, estudio de enfoque cuantitativo con diseño descriptivo transversal no experimental, encontró que la mayoría de las madres fueron convivientes (75%), multíparas (54%), con educación primaria (42%) y afiliadas al Sistema Integral de Salud (91%), además dos de cada

tres madres tuvieron algún tipo de suplemento de hierro (casi todos tenían multimicronutrientes en polvo) y 57% se lo daba al niño.

Asimismo, presentaron satisfacción media el 43% de las madres en confort/soporte interpersonal y 40% en el componente interpersonal, y satisfacción baja en la dimensión técnica científica en el 57% de las encuestadas, así como satisfacción media en el 45% de las madres en la consejería recibida por el personal de salud; y concluyó que en general hubo una satisfacción media por parte de las usuarias, en particular en la consejería dada por el personal de salud, pero la satisfacción fue baja en el componente técnico científico debido a que las madres desconocieron cuándo suspender la suplementación (86%), el esquema de suplementación (70%) y las consecuencias de la anemia (64%).

Ocampo (2015), en su tesis de doctorado titulado *“Factores influyentes sobre el estado de la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos, sustentada en la Universidad Nacional de Trujillo”*, cuyo objetivo general fue Determinar el estado y los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos que se atienden en establecimientos públicos de salud de las provincias de Santa y Trujillo, trabajó con una muestra de 204 pacientes, estudio con enfoque cuantitativo de diseño descriptivo correlacional no experimental, encontró que la no adherencia al tratamiento fue similar con los tres métodos usados, tanto en Trujillo (60.8%) como en Santa (79.8%), siendo peor en Santa, con un promedio general de 69.0% y los factores más influyentes para la no adherencia fueron el entorno social (27.5% para Trujillo y 22.7% para Santa) y la percepción del trato del personal de salud (20.7% y 20.5%); y concluyó que los pacientes no fueron adherentes por encima de lo esperado, así como el consumo de medicamentos no prescritos y la inasistencia a las citas fueron los factores individuales con mayor influencia negativa sobre la adherencia.

Junco (2015), en su tesis de maestría titulado *“Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho”*, sustentada en la Pontificia Universidad Católica del Perú, cuyo objetivo general fue Identificar los factores que estarían contribuyendo o limitando en la efectividad del “Plan de Implementación de los

Multimicronutrientes, dirigido a niñas y niños menores de tres años de la zona rural de Vinchos - Ayacucho” durante los años 2012-2013, analizando el abastecimiento, distribución, acceso y entrega oportuna de los micronutrientes, trabajó con una muestra de 42 madres de niños enrolados al programa, 8 personas del área de salud, 2 agentes comunitarios y 1 autoridad local, utilizando el método cualitativo, con diseño de estudio de caso, encontró que la mayoría de las madres solo alcanzaron hasta educación primaria y eran quechua hablante, la entrega de los multimicronutrientes fue continua, la información les fue entregada principalmente por el personal de salud, y recibieron el suplemento en el 50% de los casos en forma condicionada por el Programa Juntos.

Una limitante en la adherencia fue la irregularidad en la asistencia al establecimiento de salud después del primer año de vida, el olvido de darle, unido a que solo el 10% de madres comprendió el beneficio de los multimicronutrientes y no todas participaron en la demostración en las sesiones demostrativas, especialmente en el ámbito rural, esto unido a que no se le explicó en su idioma y ni lo hizo el agente comunitario, circunstancias que favorecían el consumo; y concluyó que la intervención educativa y comunicacional fue débil desde el sector salud, los obstáculos culturales y lingüísticas de las madres impidieron el consumo apropiado y continuo de los multimicronutrientes por los niños, la participación limitada de los promotores de salud en el acompañamiento a las madres, y la capacidad limitada del personal de salud sobre el procedimiento estandarizado del tamizaje de hemoglobina para un diagnóstico confiable.

Santisteban y Valdiviezo (2017), en su tesis de titulación titulado *“Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 36 meses del Centro de Salud San Martín Lambayeque – 2016”*, sustentada en la Universidad Señor de Sipán, cuyo objetivo general fue Determinar la relación que existe entre adherencia al tratamiento con micronutrientes y nivel de hemoglobina en los niños menores de 36 meses que asisten al control CRED, trabajaron con una muestra de 56 niños menores de 36 meses y sus madres o cuidadores, estudio cuantitativo con diseño descriptivo transversal no experimental, encontraron una adherencia de 58.9%, una prevalencia de anemia inicial de 62.5% y luego de 6 meses de suplemento una

anemia de 17.9%, y demostraron que la anemia fue menor en el grupo de niños adherentes que no adherentes a la suplementación (26.1% y 12.1% respectivamente); y concluyeron que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento con multimicronutrientes y el nivel de hemoglobina, por lo que la estrategia de suplementación es efectiva para prevenir la anemia, pero que depende de la adherencia al mismo.

Juárez y Madueño (2016), en su tesis de titulación titulado "*Factores socioculturales y su relación con la adherencia al suplemento de multimicronutrientes en madres que acuden al Centro de Salud Santa Fe, Callao 2016*", sustentada en la Universidad Nacional del Callao, cuyo objetivo general fue Establecer los factores socioculturales que se relacionan con adherencia al suplemento de multimicronutrientes, trabajaron con una muestra de 60 madres de menores de tres años, estudio cuantitativo con diseño descriptivo observacional correlacional no experimental, encontraron que la mayoría fueron convivientes (51.7%), amas de casa (85%), tuvieron secundaria (76.7%), que refirieron buena relación (66.7%) y comunicación (76.7%) con el personal de salud, buen nivel de conocimiento sobre los beneficios de los multimicronutrientes (75%), aceptaban el consumo de los mismos (88.3%) y consideraban buena la consejería de enfermería (81.7%); sin embargo, el nivel de adherencia fue adecuado (consumo del 90% a más de los sobres de suplemento) en el 40%, incluso tuvieron adherencia inadecuada más de la mitad de los que aceptaban el consumo (54.7%) y de los que consideraban buena la consejería (53%); y concluyeron que la aceptación del consumo de suplemento y consejería de enfermería tienen relación con la adherencia al suplemento, aunque el nivel de adherencia es inadecuado en la mayoría de los niños.

Cornejo (2016), en su tesis de titulación titulado "*Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015*", sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue Determinar los conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses, utilizando el enfoque cuantitativo con diseño descriptivo observacional transversal no experimental, trabajó con una muestra de 84 madres que acudieron al consultorio CRED, encontró que la mayoría tuvieron secundaria completa (61%),

fueron ama de casa (82%), tuvieron 1-2 hijos (82%) y eran convivientes (76%); no tuvieron conocimiento sobre prevención de anemia (54%), especialmente sobre consecuencias (64%) y tratamiento (65%) de anemia, y sus prácticas fueron inadecuadas (58%), principalmente las referidas a la consistencia de la preparación del alimento (69%), el aporte alimentario (61%) por no dar el suplemento de hierro (50%) y brindar alimentos que impiden la absorción del mismo (71%), frecuencia (54%) y cantidad (52%) de comida; y concluyó que la mayoría de las madres desconocieron sobre prevención de anemia, sus consecuencias y tratamiento, y realizaron prácticas inadecuadas que incluyeron no dar alimentos con hierro en cantidades suficientes, por lo que no cubrieron sus requerimientos.

Laveriano y Tarazona (2013), en su tesis de titulación titulado *“Factores que intervienen en el proceso del programa de suplementación con multimicronutrientes a nivel de establecimientos de salud y madres de familia de la provincia de Vilcashuamán”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue Evaluar factores que intervienen en el Programa Nacional de Suplementación con Multimicronutrientes en los Establecimientos de Salud y madres de familias, trabajó con una muestra de 240 madres de familia y los 19 establecimientos de salud de la provincia de Vilcashuamán, utilizando el método cuantitativo, con diseño descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo, encontró que tuvo distribución oportuna (89.5%), recepción programada (94.7%), y almacenamiento con criterios mínimos (63.2%); en relación al seguimiento del consumo, las madres fueron visitadas por el personal de salud (31.4%), recibieron orientación sobre la preparación (72.7%) y verificaron el consumo adecuado (26%).

En la estrategia educativa comunicacional, se realizó sesiones demostrativas (53%), orientación nutricional de menos de cinco minutos (59%) o brindo materiales comunicacionales (7.3%); respecto al personal, 53% no recibió capacitación alguna en anemia y suplementación, incluso el 68% no recibió ninguna guía técnica relacionada, pero el conocimiento fue adecuado en el 84%; el conocimiento de las madres fue inadecuado (63%), independientemente de la edad del niño o del área urbana o rural, aunque sus prácticas refirieron que fueron adecuadas (83.9%) pero no fueron verificadas al solicitar información con más detalle; y concluyó que a nivel de establecimientos de salud hubo distribución inoportuna, recepción inadecuada

del suplemento (no contó con registro secuencial de la recepción), almacenamiento inapropiado (no cumplió los criterios mínimos), entrega adecuada de suplementos en cantidad y oportunidad a las madres, y se encontró personal con capacitación insuficiente (conocimientos aún incorrectos); y a nivel de madres de familia hubo acompañamiento insuficiente, menos de la mitad recibieron visitas domiciliarias, se encontró conocimientos inapropiados sobre el suplemento, y las prácticas de alimentación fueron incorrectas.

Espichán (2013), en su tesis de titulación titulado *“Factores de adherencia a la suplementación con sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, de asentamientos humanos del Distrito de San Martín de Porres”*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue Determinar los factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina, trabajó con una muestra de 112 madres de niños de 6 a 60 meses, con enfoque cuantitativo, diseño observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia y asociación cruzada, encontró que el 65% incrementaron su hemoglobina con el suplemento; el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento (90%), los factores relacionados con el tratamiento (87%), los factores relacionados con el personal de salud (81.3%), los factores relacionados con la enfermedad (80.2%), y el factor social (74%), fueron los que más influenciaron en la adherencia.

Aunque los niños mejoraron su hemoglobina, solo se encontró asociación con el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento ( $p=0.02$ ); el factor social (86.5%) fue más influyente en la no adherencia, en especial la Responsabilidad familiar compartida de las tareas de tratamiento y refuerzo continuo (21%) y la Disponibilidad de tiempo del personal de salud para monitoreo del proceso de suplementación (14%). Concluyó que el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento fue el que más influyó en la adherencia (en especial la Aceptación del monitoreo); como los factores sociales (en la Responsabilidad familiar compartida de las tareas del tratamiento y refuerzo continuo) y los factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria (por la Disponibilidad de tiempo para monitoreo del proceso de suplementación) fueron los que más influyeron en la No adherencia, por lo que recomendó monitorizar el

proceso de suplementación, ya que no fue suficiente entregar el suplemento.

## **1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística**

La atención de control CRED se fundamenta en la teoría de la calidad. Cubillos y Rozo (2009) afirman: “Desde los mismos orígenes del hombre, éste ha comprendido que el hacer las cosas bien y de la mejor forma posible le proporciona una ventaja competitiva sobre sus congéneres y sobre el entorno con el cual interactúa” (p 81).

En la teoría de la calidad, en el ámbito empresarial, para W. Edwards Deming, esta es el grado previsto de similitud y confiabilidad a menor costo y propicio para el mercado, basado en lo que el cliente desea y necesita y en que la producción mejora cuando disminuye la variabilidad, es decir, un proceso hacia la mejora continua. Sus principios establecían que con el uso de mediciones estadísticas, una compañía debía evaluar su funcionamiento para luego desarrollar maneras de mejorarlo (Deming, 1950). Posteriormente, esboza su teoría de Gestión de la Calidad, que incluye el ciclo Deming (hacer, estudiar, actuar y planear) y los catorce puntos de Deming (Deming, 1986).

En la teoría de la calidad de Joseph M. Juran, identifica e incluye los problemas de organización, comunicación y coordinación, directamente vinculados al elemento humano. Para él, la calidad es la aptitud al uso del producto o servicio, fijada por las peculiaridades del mismo, que el usuario reconoce como algo satisfactorio para él y Juran (1998) afirma: “La conversión de metas en resultados (hacer que la calidad suceda) se realiza a través de procesos gerenciales: secuencias de actividades que producen los resultados esperados” (p 2.5).

En la teoría de Philip B. Crosby, la calidad es el cumplimiento de los requerimientos, porque un error previsto no requiere ser reparado, de tal modo que permite producir con cero defectos, resultando en que la calidad es gratuita, ya que los errores son los que cuestan (Crosby, 1980).

Para Kaoru Ishikawa la calidad es construida en cada diseño y proceso, es desarrollar, plantear, elaborar y mantener un bien o servicio de calidad, siendo el más económico, más ventajoso y que siempre da satisfacción al cliente. Es

considerado el precursor de la Calidad Total en Japón, estableció los Círculos de Calidad como método de aprendizaje continuo y creó el diagrama causa-efecto, conocido como el diagrama de pescado o de Ishikawa (Ishikawa, 1986).

Finalmente, la International Organization for Standardization (ISO), en 1989, definió la Calidad como “el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”, la misma que ha evolucionado durante estos años, y según la vigente norma internacional ISO 9000 (2015), su definición actual es el “grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos”.

El modelo teórico de la calidad total se volvió un estándar de gestión e ingresó posteriormente a los servicios sanitarios, públicos y privados. En este ámbito, y en particular en relación a la complejidad de la atención médica, en la interacción del médico y el paciente, la calidad fue más difícil de definir y evaluar, en particular cuando también se debía incluir la provisión de atención sanitaria a nivel comunitario (Donabedian, 1992). Sin embargo, Avedis Donabedian (1980), propuso una teoría de Calidad de Atención en Salud, en la que entiende que calidad es aquella en la que se espera brindar al usuario el más completo bienestar luego de valorar el balance de beneficios y pérdidas (riesgos y costos), que acompañan al proceso de atención en cada una de sus partes, como parte del modelo unificado de la calidad.

Donabedian (1992), mencionó que existen factores que influyen en la calidad de la atención, como los resultados finales de la atención médica (recuperación, restauración y supervivencia, incluyendo la satisfacción del paciente), los procesos de la prestación de salud (interacción entre paciente y servicios de salud) y la estructura del servicio (las situaciones, los medios y los procedimientos, que incluye instalaciones, equipos, idoneidad del personal médico, organización, etc.) a pesar de que sea difícil atribuir los resultados realmente a la atención de salud que se brinda. Porque no todos los resultados son inequívocamente derivados de los procesos, ni todos los procesos obedecen y dependen de la estructura de salud (Donabedian, 1988), los tres factores permiten evaluar la calidad de atención de la salud, basados no solo en la cantidad sino en la calidad de vida.

Diferentes autores definen la calidad de atención de la salud, pero todos consideran los aspectos de estructura, proceso y resultado. En el Instituto de Medicina de Estados Unidos, Harris-Wehling (1990) lo enfoca en aspectos técnico-científico del servicio, al considerar que la calidad de atención es el “grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados en salud y son coherentes con el conocimiento profesional actual”. Para la Secretaría de Salud de México, Hernández et al (2012), considera a la calidad de la atención médica como la interacción de requisitos legales, administrativos, deontológicos y éticos de la pericia médica y los compromisos institucionales para la prestación sanitaria, comparados con los resultados de las apreciaciones hechas por los pacientes.

En resumen, la calidad de la atención de la salud se refiere no solo a las prestaciones sanitarias, sino a la satisfacción de los usuarios y familiares del servicio recibido, los costos de la atención (incluyendo la accesibilidad al sistema), las aptitudes y actitudes del equipo de salud y las características de la infraestructura y equipamiento. Aunque el modelo teórico de la Calidad de la atención se mantuvo en el ámbito de la atención médica (Donabedian, 1992), actualmente se aplica en otros tipos de atención de la salud.

En relación a la Adherencia terapéutica, que también tiene que ver con calidad, se fundamenta en otros modelos teóricos.

La teoría del Modelo de Creencias en Salud es uno de los marcos teóricos más utilizados para opinar sobre los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad, comportamientos que son consecuencia del acúmulo de creencias y valoraciones internas con las cuales el individuo contribuye a una realidad determinada. Este modelo aparece ante la presencia de problemas sociales relacionados con la salud, especialmente con la educación para la salud, en la que se intenta entender por qué un sujeto sano se niega frecuentemente a realizar conductas preventivas, como tamizajes, pero también intenta comprender la respuesta de los pacientes (sujetos enfermos) ante síntomas manifiestos y el cumplimiento de los tratamientos médicos. Los componentes básicos de este modelo provienen de dos elementos relacionados a la salud: (a) el deseo de evadir el padecimiento o de recobrar la salud, y (b) la creencia de que una conducta

concreta sana puede prevenir la dolencia o acrecentar la posibilidad de recuperarla (Moreno y Gil, 2003).

Las dimensiones del modelo son: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas. La susceptibilidad percibida describe a la apreciación subjetiva que tiene cada sujeto sobre el peligro de enfermarse, incluye la negación de la probabilidad de enfermarse, pasando por el que admite la probabilidad, pero no lo percibe como una realidad, hasta el individuo que admite como certera el riesgo de enfermarse. La severidad percibida está relacionada a las creencias sobre el peligro de enfermarse o de no tratarla si se enferma, y examina dos secuelas de la enfermedad: las médicas-clínicas (muerte, incapacidad o dolor) y las consecuencias sociales (desmedro de las relaciones sociales, de la capacidad laboral, de las relaciones familiares, etc.); aunque ambas deberían permitir desarrollar conductas saludables, sin embargo, no definen el camino que la conducta del paciente.

Los beneficios percibidos, describen las creencias relacionadas a la efectividad relativa de las diversas conductas útiles para enfrentar a la enfermedad, que hacen posible que el enfermo siga las indicaciones del médico, que están influenciadas por normas y presiones sociales de su grupo. Las barreras percibidas, son aquellas que se oponen al cumplimiento de la conducta saludable, como aquel tratamiento efectivo pero considerado costoso, desagradable o doloroso. El modelo es lógico al contemplar un posible análisis interno de costos y beneficios, que le permitiría al individuo evaluar la efectividad de la conducta a seguir, así como sus costos (Rosenstock, 1992).

El modelo ha permitido tener un análisis metódico de la conducta del hombre en relación con la salud y enfermedad y aunque su contribución es considerable, sobre todo en políticas públicas en salud, muchos de sus deducciones han sido discrepantes y cuestionan su validez interpretativa, resaltando la falta de correlación hallada entre las creencias de la persona y su comportamiento relacionado con la salud, ya que se han encontrado diferencias según la situación socioeconómica en sus creencias y adopción de medidas de salud preventiva, así como la respuesta a los programas educativos en salud.

Ajzen y Fishbein (1980), plantearon un modelo basado en la Teoría de la Acción Razonada que se fundamenta en los determinantes de la conducta. Según el modelo la intención es el mejor predictor de la conducta, pero depende de una evaluación personal (actitud hacia la conducta) y una evaluación social (las normas subjetivas). Pero la evaluación personal o actitud depende de las creencias en relación al resultado o consecuencias de su conducta y la evaluación de ella, y la evaluación social depende de las creencias de las personas o grupos socialmente importantes para el individuo y su motivación para cumplir las expectativas de dichas personas o grupos (Reyes, 2007; Ortiz, 2007; Ramos, 2015). De esta manera, el comportamiento depende de las creencias del individuo, pero si se conoce la intención de realizarlas, se podría predecir las conductas necesarias para una medida preventiva o la adherencia a un tratamiento.

El Modelo de la Acción Razonada sufrió una variación por Ajzen en 1991, el Modelo de la Conducta Planificada (Barra, 2001), en el que plantea un tercer elemento: el control conductual percibido, que influye en la intención de la conducta, y que manifiesta las creencias del sujeto sobre el nivel de dificultad que tendría para realizar el comportamiento esperado, relacionado al grado de control sobre la conducta y la evaluación de su habilidad real para hacerlo. El nivel de dificultad estaría relacionado a factores externos (como disponibilidad de tiempo o dinero, apoyo social o familiar, etc.) o factores internos (como información, habilidades, competencias, etc.). Este modelo teórico plantea que la intención de una conducta está en función de la actitud hacia la conducta deseada, las normas sociales o subjetivas relacionadas a esa conducta y el control que el sujeto estima que tendría sobre la ejecución de la conducta.

Otra teoría es el Modelo de Información–Motivación–Habilidades Conductuales, que diversos estudios han demostrado su influencia en el cambio de conducta. Sin embargo, si bien es cierto la información es un requisito previo para dicho cambio, este no es suficiente; pero el modelo ha dado evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son críticos e independientes para ese cambio de comportamiento. La información y la motivación favorecerían las habilidades conductuales, aun si son nuevas o complejas, y afectarían el comportamiento, pero si las habilidades conductuales son conocidas o sencillas, la

información y la motivación provocarían rápidamente el cambio de conducta (Barra, 2001; Ortiz, 2007). La identificación específica de los contenidos de información, motivación y habilidades conductuales que son importantes para una determinada conducta de salud, en una población específica, así como la identificación de los factores más determinantes en dicho comportamiento, permitirá el adecuado uso de este modelo.

### **1.2.1 Bases teóricas de la variable 1: Atención de control CRED**

#### **Crecimiento y Desarrollo (CRED)**

Cusminsky et al (1986), refirieron al crecimiento y desarrollo como “al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez” (p 1). Para él, crecimiento y desarrollo involucra un concepto dinámico, evolutivo y prospectivo del hombre, y es consecuencia de la interacción de constituyentes genéticos y las condiciones del medio ambiente dónde crece el niño. Considera que si estas condiciones (físicas, biológicas, nutricionales, psicológicas, sociales, etc.) son favorables, el potencial hereditario se expresará totalmente, pero si son desfavorables será restringido, obedeciendo a la fuerza y permanencia del daño.

Para Needlman (1997), el crecimiento y desarrollo del niño depende de la herencia como del ambiente físico y social en el que está, así como de las interacciones y despliegue de procesos como formación de tejidos, aumento de tamaño del cuerpo (cabeza, tronco y extremidades), aumento gradual de la fuerza y control de los músculos, proceso de la capacidad de relación social, pensamiento y lenguaje y afianzamiento de la personalidad.

Sin embargo, aunque el término crecimiento y desarrollo suelen estar juntos, son dos conceptos diferentes pero que se producen de manera simultánea, con el fin de lograr la maduración del organismo, porque no se puede admitir crecimiento sin cambios en la estructura y función del ser.

#### **Crecimiento**

Cusminsky (1986), afirmó que “crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número

de células o de la masa celular” (p 2). Este proceso ocurre en los órganos a diferentes velocidades de crecimiento (el cerebro crece en los seis primeros años mientras que las gónadas recién inician su crecimiento en la pubertad), de modo que el peso refleja el aumento de los tejidos y la talla el crecimiento del tejido óseo.

El mismo Cusminsky (1990), precisó que “el crecimiento se caracteriza por el aumento del volumen de la masa de un ser vivo, debido al incremento del número de células (hiperplasia) o de la masa celular (hipertrofia)” (p 30). De acuerdo a su teoría el crecimiento es genéticamente intervenido, pero este interacciona con el medio ambiente, que interviene como modelador permisivo o inhibitorio. La herencia determina no solo la talla y la morfología del sujeto, sino además el ritmo y la velocidad de crecimiento. El crecimiento no es un proceso constante en el tiempo, porque los periodos de mayor velocidad se producen en los primeros años y en la adolescencia, periodos en los cuales los requerimientos son mayores, pero los riesgos también.

Sin embargo, el crecimiento también es considerado como el movimiento de los elementos vivos que fluye en el tiempo y espacio, como una expresión de la capacidad de síntesis de los seres vivos y de cada célula, donde la diferencia de la velocidad de formación y de pérdida, se expresa a través del incremento, mantenimiento o decremento del organismo, en la que el crecimiento es una señal de salud (Torres, 2002).

Otras veces, es definido de manera muy simple para una mayor comprensión, como Sierra (2013) quién afirma que “el crecimiento se refiere al incremento de la estatura y el peso de los órganos y tejidos” (p 43), pero también reconoce la influencia del capital genético y calidad del ambiente para el mejor desarrollo del niño.

## **Desarrollo**

Cusminsky (1986), aseveró que “el desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones” (p 2). Este es activo, organizado de acuerdo a su edad y a las características individuales, dinámico entre el niño y su ambiente, es expansivo, en la que conforme un niño madura va

adquiriendo nuevas conductas y comportamientos, determinados a su interrelación personal y con su entorno, además de sus probabilidades de realización, y se basa en el cambio predecible por etapas determinadas, cada una de ellas con comportamientos propios, hasta alcanzar el equilibrio y la madurez. Finalmente, define el desarrollo “como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitar vital” (p 47).

Flehmig (1988), consideró que el desarrollo “está determinado por modelos genéticos de desarrollo (patrones de conducta) y por la estimulación del medio ambiente” (p 19). Este desarrollo obedeció a la madurez del sistema nervioso central, que responde a los estímulos que varían según la edad pero que siguen una disposición determinada, sin embargo, ninguna fase es alcanzada sin lograr la fase previa.

Illingworth (1989), creyó al desarrollo como un proceso permanente desde el embarazo hasta la madurez, que depende de la madurez del sistema nervioso, cuya secuencia de desarrollo es común para todos, pero el grado alcanzado varía con cada uno, producto de la práctica y la respuesta a los estímulos específicos del ambiente ante un cerebro suficientemente maduro.

Cusminsky (1990), definió posteriormente al desarrollo como “un proceso en el cual se van expresando progresivamente las capacidades genéticas del niño, en íntima relación con el ambiente” (p 37), lo hace a través de reacciones reflejas, voluntarias, espontáneas y aprendidas, que se consideran comportamientos o conductas, en un proceso continuo, en etapas de cambios predecibles, donde cada etapa es la base de la siguiente.

Para Piaget, citado por Grad et al (2004), insistiendo en lo biológico, el desarrollo es

...aquel proceso que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia, marcado por tiempos y características que denomina “períodos” y que guardan la particularidad de integrarse unos en otros en forma de espiral ascendente, sin que lo primero se pierda en lo que le sigue. (p. 9)

Por otro lado, según Bronfenbrenner, citado por Grad et al (2004), el desarrollo es "...una concepción cambiante, progresivamente más amplia y diferenciada que tiene una persona de su ambiente y de su relación con él, así como también su capacidad creciente para descubrir o modificar las propiedades del mismo." (p. 9-10), donde resalta el papel del entorno, a través de los sistemas y estructuras interpersonales cada vez más amplios, lo que llamó desarrollo en contexto.

Sin embargo, para Pollit, citado por Grad et al (2004), las consecuencias de los problemas de salud y nutrición en el desarrollo se conocían ampliamente, pero pocos habían reconocido el efecto de las intervenciones en el desarrollo psicosocial sobre el estado nutricional o el crecimiento, y actualmente se sabe de los efectos de doble sentido entre lo psicosocial, la salud y la nutrición, y por ello se reconoce que una intervención es insuficiente para lograr el desarrollo integral de los niños (p. 10).

De acuerdo a Grad et al (2004), se consideró tres factores: cuidado, alimentación segura en casa y ambiente saludable, como determinantes del crecimiento y desarrollo, sin embargo, el modelo se amplió al considerar que el ambiente y el propio niño desempeñan un rol, así como el cuidador, este último sometido a múltiples factores, como educación y creencias, salud y estado nutricional, salud mental y ausencia de stress, autonomía y recursos, carga laboral y restricciones de tiempo, apoyo social, entre otros. Este modelo, llamado transaccional del cuidado, genera interacciones entre el cuidador y el niño, que va cambiando conforme cambia el desarrollo del niño. Los resultados del crecimiento y desarrollo están en función de las interacciones entre ellos, y se reconoce que las diferencias entre los niños (salud, nutrición, etc.), incluyendo su contexto, afectan las conductas de los cuidadores (p. 11). De este modo, la relación afectiva niño-cuidador influye en el crecimiento, desarrollo, alimentación y salud del niño, pero a su vez, el crecimiento y desarrollo del niño influye en el cuidado y la relación afectiva.

El niño es un individuo dinámico de su propio desarrollo (Abeya et al, 2004), con una variabilidad en su desempeño en el tiempo, comparado con otros, que debe ser tomada en cuenta (Puche et al, 2009), ya que el desarrollo es único para cada niño, donde el periodo prenatal y los primeros años son importantísimos (Martins J

y Ramallo M, 2015)

### **Control de Crecimiento y Desarrollo**

Los servicios de salud estuvieron orientados a la resolución de problemas específicos, pero fueron ineficaces para resolver las demandas crecientes de salud, aumentando las necesidades insatisfechas, que obligo a una mejor planificación de la oferta, reorganizando los servicios y aplicando una programación local con enfoque de riesgo. Así, para Cusminsky et al (1986),

El control de crecimiento y desarrollo no es un subprograma más de alguna actividad especializada agregada al programa materno-infantil, sino que constituye el eje alrededor del cual se integra una visión dinámica y evolutiva del niño. Todas las acciones de atención primaria materno-infantil deben ordenarse con el objetivo central de promover un crecimiento y desarrollo normales. (p. 189-190)

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), citado por Grad et al (2004), el desarrollo integral

...se refiere al proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales, mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea. En síntesis, es aquello que le permite incorporarse en forma activa y transformadora a la sociedad en la que vive. El modelo de desarrollo integral vincula los modelos actuales de enfoque de riesgo y enfermedad con estrategias para la promoción de la salud y el desarrollo... Este modelo incluye una estrategia con múltiples puntos de entrada... el nivel individual, familiar y/o comunitario. (p. 13)

Según Ortiz (2012),

Por respeto al Derecho a la Salud de los niños/as tenemos la obligación de utilizar los mejores instrumentos y procedimientos para atenderlos... Los niños/as de corta edad deben crecer de manera adecuada y aumentar de peso con rapidez. Es importante pesar a los niños todos los meses desde su

nacimiento hasta los dos años. Si no se aprecia ningún aumento de peso durante dos meses seguidos, es señal de que existe algún problema: hay que derivar al niño a un Centro de Atención de la Salud... Los niños necesitan alimentos ricos en hierro para proteger su capacidad física y mental. (p. 53)

El Estado tiene el compromiso de alcanzar el desarrollo del país, lo que implica que debe garantizar que los niños, sin distinción, tengan las mejores condiciones para lograr el desarrollo de sus capacidades y potencialidades, como garantía de sus derechos elementales y constitucionales, por ello la intervención de salud en el control de crecimiento y desarrollo tiene la intención de monitorear el crecimiento y desarrollo óptimos de los niños, para descubrir de manera eficaz cualquier riesgo o alteración, fomentando la mejora de las prácticas de alimentación, crianza y cuidado, para el desarrollo infantil temprano (Minsa, 2017).

El control se lleva a cabo en todos los establecimientos de salud del país, la atención es gratuita para los niños menores de cinco años adscritos al SIS y que no posean ningún seguro, el carné de atención integral de salud es de uso único, y aplica la adecuación cultural.

Quincho (2015), describió que el control de crecimiento y desarrollo es:

El conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, y detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades. (p. 30)

Castro (2016), refirió que control de crecimiento y desarrollo es:

El conjunto de actividades periódicas y sistemáticas del crecimiento y desarrollo del niño de cero a nueve años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos, en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo, así como consideramos la promoción de la salud física, mental, emocional y social. (p. 32-33)

Estas definiciones han sido actualizadas por el Minsa (2017), en la última norma técnica aprobada, donde se enfatiza el aspecto individual y el aumento de las oportunidades y factores protectores, pero todas indican la necesidad de una vigilancia y seguimiento al crecimiento y desarrollo, como la detección precoz y atención oportuna de cualquier alteración, para precisamente generar las mejores oportunidades para el futuro del niño.

### **Intervención en control de Crecimiento y Desarrollo**

Minsa (2017), asumió que la intervención “involucra actividades y/o acciones a seguir, ya sea que se apliquen a nivel individual, familiar o a nivel de la comunidad. Para los diagnósticos de riesgo, las intervenciones van dirigidas a modificar o eliminar los factores de riesgo” (p. 6).

La intervención se focaliza en la consejería según el caso, con énfasis en el respeto, la empatía, la confianza, y la adecuación cultural, debiendo considerarse temas priorizados como lactancia materna, nutrición y salud bucal, programar sesiones demostrativas y de atención temprana del desarrollo y la responsabilidad de la entrega del micronutriente. También incluye la responsabilidad de derivar al médico para el tratamiento en caso de parasitosis y anemia.

### **Seguimiento en control de Crecimiento y Desarrollo**

En el Minsa (2017), el seguimiento “...se realiza en cada contacto...Para tal efecto, los datos y hallazgos... deben ser consignados en la historia clínica y el carné de atención integral de salud..., a fin de facilitar el seguimiento” (p. 6).

Para el seguimiento se programan citas de acuerdo a un esquema establecido, según la edad, pero que aumentan si hay presencia de riesgos o alteraciones, hasta lograr la desaparición de ellos. También incluye la visita domiciliaria, que permite consolidar las prácticas saludables, así como la recuperación si hay problemas, como crecimiento inadecuado, alteraciones en el desarrollo, anemia o cualquier otro riesgo.

## **Componentes de Gestión del control de crecimiento y desarrollo**

### **Planificación**

El control de crecimiento y desarrollo está contenido en el plan anual, para promover y organizar la demanda, cuya población objetivo son las niñas y niños menores de 5 años, en especial los menores de tres años, que se estima según la jurisdicción y su programación establece la meta física, que a su vez permite la asignación de personal (Minsa, 2017).

### **Entrenamiento**

Minsa (2017) afirma que el personal de salud asignado “requiere de capacitación y actualización permanente”, cuyos contenidos deben incluir al menos “...crecimiento y desarrollo, consejería, lactancia materna, atención temprana del desarrollo, antropometría, nutrición infantil...” (p 23), entre otros, además de considerar temas de interculturalidad.

### **Organización e Implementación**

Para Minsa (2017) la responsabilidad del servicio recae en las enfermeras, las que deben estar capacitadas, pero además afirma: “es necesario contar con un equipo multidisciplinario para realizar un manejo integral de los problemas del crecimiento y desarrollo” (p 23), en todos los niveles de atención, así como con la infraestructura y equipamiento necesarios, según normas establecidas. Se guía por un flujo, aplicado al contexto local e intercultural, pero prioriza los de mayor riesgo, busca reducir las oportunidades perdidas y optimizar los recursos.

### **Perspectiva cognitiva**

El niño es un ser en crecimiento y desarrollo simultáneo, y aunque ambos son importantes, el desarrollo es crucial, así Piaget (1997) desarrolló un modelo cognoscitivo del desarrollo, en el que lo concibe como un sistema, con sus elementos organizados y relacionados, que el niño utiliza para conocer el mundo que lo rodea. Distinguió tres estructuras, que representaron etapas de desarrollo, que cumplen propiedades de secuencialidad, de conjunto e integralidad. Para Piaget, los factores que favorecen el desarrollo son la maduración, la experiencia,

la influencia del medio social, y por último el equilibrio o la autorregulación, como un balance de fuerzas, pero también de compensaciones a las perturbaciones externas y a las regulaciones retro-alimentadoras que supere las perturbaciones reales, e incluso que pueda anticiparse a las posibles perturbaciones (p. 151-158). En el desarrollo no se debe dejar de lado, la influencia del factor entorno, especialmente del social, que Piaget menciona muy tangencialmente, por lo que será muy importante conocer todos los factores que influyen en el desarrollo del niño, en especial de aquellos micronutrientes que tienen estrecha relación con ese desarrollo.

### **Perspectiva social**

Ortiz (2012), afirmó que

...por respeto al Derecho a la Salud de los niños/as tenemos la obligación de utilizar los mejores instrumentos y procedimientos para atenderlos... Los niños/as de corta edad deben crecer de manera adecuada y aumentar de peso con rapidez. Es importante pesar a los niños todos los meses desde su nacimiento hasta los dos años. Si no se aprecia ningún aumento de peso durante dos meses seguidos, es señal de que existe algún problema: hay que derivar al niño a un Centro de Atención de la Salud... Los niños necesitan alimentos ricos en hierro para proteger su capacidad física y mental. (p. 53)

### **Características de la variable Atención de control CRED**

Minsa (2006), de acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de la niña y el niño, afirmó que es el:

Conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a las niñas y niños menores de diez años con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo, que incluye la maduración de las funciones neurológicas, la detección temprana de cambios o riesgos en su estado de salud, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de esta manera reducir la duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad

y prevenir la muerte. (p. 3)

Es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño (Minsa, 2017, p.3).

### **Dimensiones de la variable 1: Atención de control CRED**

Minsa (2017), de acuerdo a la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, documento normativo que rige a nivel nacional, en las disposiciones específicas relacionadas a la valoración del control del crecimiento y desarrollo, perfiló las siguientes dimensiones: evaluación de crecimiento y desarrollo (p. 11), evaluación de enfermedades (p. 8-10, 12), Suplementación de micronutrientes (p. 10-11) y consejería (p. 3, 18-19).

#### **Dimensión 1: Evaluación de Crecimiento y Desarrollo.**

De acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de la niña y el niño, es la valoración y monitoreo nutricional, la evaluación del desarrollo y las intervenciones de estimulación temprana, periódicas y sistemáticas, con participación activa de la comunidad y autoridades, dentro del plan de atención integral de salud y de acuerdo a la normatividad vigente de Control de Crecimiento y Desarrollo (Minsa, 2006, p. 3-4, 6, 8, 10).

Es la valoración antropométrica, que incluye peso, longitud/talla y perímetro cefálico, de acuerdo a la edad y sexo, según estándares de referencia, en relación al crecimiento; y la evaluación del desarrollo, de acuerdo a la edad, usando escalas y/o test aprobados por la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, en relación al crecimiento y desarrollo (Minsa, 2017, p. 11).

#### **Dimensión 2: Evaluación de enfermedades**

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de la niña y el niño, es la evaluación de la agudeza visual y auditiva, descarte de parasitosis, atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia, salud bucal, e

incluye el seguimiento (Minsa, 2006, p. 3-5, 7-10).

Es la exploración de la presencia de alguna enfermedad visual, auditiva, bucal, parasitosis y la identificación de la ocurrencia de enfermedad, como infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, entre el último control y el actual (Minsa, 2017, p. 8-10, 12).

### **Dimensión 3: Suplemento de Micronutrientes**

Minsa (2006), señaló expresamente que el control de crecimiento y desarrollo incluye el "...Tamizaje de anemia (entre los 6 y 24 meses)... Suministro de vitamina A y sulfato ferroso..." (p. 3); y afirmó que "la administración de hierro es necesaria para prevenir y corregir la deficiencia de hierro sérico...", así como la suplementación con vitamina A "está orientada a corregir y prevenir deficiencias de vitamina A en el corto plazo, en las zonas de mayor riesgo del país (pobreza y pobreza extrema, especialmente rural)" (p. 4).

Es la verificación del cumplimiento del suplemento de hierro y de vitamina A, e incluye el tamizaje de hemoglobina (Minsa, 2017, p. 10-11).

### **Dimensión 4: Consejería**

Para el Minsa (2006), la consejería "Es la acción educativo comunicacional que se brinda a través de una atención especializada que realiza el personal de salud a las madres, padres y/o tutores de las niñas y niños..." (p. 3), los mismos que pueden estar relacionados a problemas de alimentación y nutrición (p. 3) o sobre la salud, según temas prioritarios y necesidades del niño (p. 5).

Es el proceso educativo comunicacional concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y la nutrición encontrados durante la evaluación de crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos (Minsa, 2017, p. 3).

## **1.2.2 Bases teóricas de la variable 2: Adherencia a suplemento de hierro**

### **Consideraciones generales sobre la variable**

#### **Adherencia**

De acuerdo a la Real Academia Española la adherencia es la “Cualidad de estar anexo o unido a algo”, es decir la cualidad de sumarse o manifestar apoyo a algo.

Sin embargo, el término ha tenido diferentes conceptos, uno de ellos es el cumplimiento (compliance) que según Haynes, citado por Martín y Grau (2004), lo define como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (p. 92).

Honorato (2015), definió la adherencia como “el grado, hasta el cual, los pacientes siguen, o cumplen, exactamente el tratamiento prescrito por el médico” (p. 47).

Estas definiciones son muy restrictivas porque lo limitan a la obediencia del paciente y le dan un rol muy pasivo.

DiMatteo y DiNicola, citado por Martín y Grau (2004), prefirieron el término Adherencia (adherence) y lo definieron como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (p. 93), el cual aporta un rol activo al paciente, permitiendo un avance en el concepto y el problema abordado.

Para Hentinen y Kyngäs, citado por Ortiz y Ortiz (2007), definieron la adherencia como “un proceso activo, intencional y responsable de cuidado, en el cual el sujeto trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud” (p. 650), que también incluye el rol activo del paciente, su aceptación y participación voluntaria, en acuerdo con el personal de salud.

Para Nogués et al, citado por López (2016), la adherencia comprende “el

cumplimiento en la toma de medicamentos (en cuanto a la dosis y la forma) y la persistencia durante el tiempo de la prescripción” (p. 119), pero la restringe a la adherencia farmacológica, sin considerar los demás factores que intervienen, incluyendo los cambios de comportamiento relacionados a los estilos de vida.

### **Adherencia Terapéutica**

En la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001 (Sabaté, 2004) lo definieron como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” (p. 3). Jimmy y José (2011), afirmaron que fue “el grado en que el comportamiento de la persona corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica” (p. 155). Sin embargo, fue considerado insuficiente porque no incluía todas las intervenciones usadas en el tratamiento y además implicaba un paciente pasivo que solo seguía instrucciones, cuando en realidad lo que se produce es un cambio de comportamiento.

Martín (2004), afirmó que es la:

Conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.  
(p. 1)

Porque asume que involucra una serie de tareas que requieren de habilidades de diferente complejidad y que se adquieran y sostengan un conjunto de hábitos y comportamientos, relacionados incluso con el comportamiento del personal de salud.

Según el grupo de trabajo del Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a Largo Plazo de la OMS (Sabaté, 2004), lo definió como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponde con las

recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3), la misma que incorpora al paciente como un sujeto activo, que está conforme con las indicaciones y decide por el cambio de comportamiento.

## **Anemia**

Se define anemia, de modo general, a la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, sin embargo, la OMS ha determinado los niveles de referencia estándar, dependiendo de la edad y el sexo (Hernández, 2010, p. 9; Abós et al, 2004, p. 9). Otros la definen como un decremento de la masa eritrocitaria, mayor de dos desviaciones estándar en relación al promedio que corresponde a la edad (Fernández y Aguirrezabalaga, 2006, p. 311; Aixalá et al, 2012, p. 3).

### **Anemia por deficiencia de hierro**

La deficiencia de hierro es un problema nutricional de amplia magnitud en el mundo y es la causa más habitual de anemia, se observa en cualquier país y en todas las capas sociales (De Paz, Canales y Hernández, 2006, p. 100). Es un serio problema de salud pública en el Perú, América Latina y a nivel mundial, debido a su alta prevalencia, en especial en los menores de 3 años (Román et al, 2015). En el Perú, para el 2016, la prevalencia es mayor al 40% en menores de 3 años, siendo mucho mayor a menores edades (entre los 6 a 11 meses de edad se ha hallado en alrededor de 60%) (INEI, 2017).

### **Definición de anemia por deficiencia de hierro**

Llamada también anemia ferropénica, define al descenso de la hemoglobina cuya causa principal es la disminución de hierro en el organismo (Foy et al, 1959; Abós et al, 2004), dicho descenso está por debajo de dos desviaciones estándar del promedio de distribución de la hemoglobina en una población normal del mismo sexo y edad, que viven a la misma altitud (WHO, 2001).

### **Causas y factores de riesgo de anemia por deficiencia de hierro**

La disminución del hierro en la sangre suele ser un proceso secundario en todos los países, pero sus causas pueden ser distintas, en cada país. Dentro de las causas más frecuentes están los helmintos; pero también es frecuente el aporte

dietético insuficiente o una eliminación aumentada de hierro; un incremento de las necesidades; problemas de absorción por síndromes de malabsorción, resección intestinal por cirugía; o, menos frecuente, hemorragia de diverso origen, donación de sangre o extracciones frecuente de sangre, en todas las edades (De Paz, Canales y Hernández, 2006; Abós et al, 2004; Aixalá et al, 2012).

Sin embargo, en menores de 3 años, la disminución del aporte de hierro puede partir desde la etapa perinatal (ferropenia materna, embarazo múltiple, prematuridad o bajo peso al nacer), privación nutritiva (lactancia materna exclusiva en mayores de 6 meses, uso de fórmulas no fortificadas o de leche de vaca entera en menores de un año, dietas inadecuadas insuficientes en hierro, vegetarianos, bajo nivel económico), disminución de la absorción gastrointestinal (parasitosis intestinal, medicamentos, enfermedad celiaca, enteropatías, etc.). Por otro lado, las causas de anemia ferropénica infantil pueden partir del aumento de los requerimientos (propio de los periodos de crecimiento acelerado en lactantes y niños; en las infecciones y las enfermedades crónicas) o el aumento de las pérdidas (durante el embarazo en las transfusiones feto-maternas, transfusiones feto-fetal o hemorragia útero-placentaria; en el periodo perinatal en la ligadura precoz del cordón umbilical, la exanguino-transfusión, hemorragia umbilical, extracciones de sangre múltiples en recién nacidos hospitalizados; o hemorragias en el lactante o en el niño, sean digestivas o extradigestivas) (Pérez et al, 2011; Hernández et al, 2010; Fernández y Aguirrezabalaga, 2006).

### **Consecuencias de anemia por deficiencia de hierro**

La palidez de la anemia se relacionó a la debilidad y agotamiento antes de conocer su origen, y hoy se sabe que incluso sin anemia, la deficiencia de hierro, aún si es leve, tiene secuelas funcionales desfavorables. La deficiencia de hierro afecta nocivamente al rendimiento cognitivo, el comportamiento y el crecimiento físico de los niños; al estado inmunológico y la morbilidad por infecciones; y a la capacidad física y rendimiento laboral de todos los grupos de edad. En particular, durante el embarazo, la anemia por deficiencia de hierro, incrementa los riesgos perinatales de las madres y neonatos; y aumenta la mortalidad infantil. Adicionalmente, se producen alteraciones gastrointestinales y se perturban los patrones de producción y metabolismo hormonales, que incluyen los de neurotransmisores y hormonas

tiroideas que están asociados con alteraciones neurológicas, musculares y reguladoras de la temperatura, que restringen la capacidad de exposición al frío para mantener la temperatura del cuerpo. Por otro lado, la replicación y la reparación del ADN involucran enzimas dependientes del hierro, que se afectan por la deficiencia (WHO, 2001).

En lo referente al niño menor de 3 años, la anemia por deficiencia de hierro, o solo la deficiencia de hierro sin anemia, tiene como secuela más preocupante, la alteración del desarrollo cognitivo. Se sabe que varias áreas del cerebro contienen hierro, por momentos en grandes cantidades y que ensayos en animales, ferropénicos revelan alteraciones en el comportamiento, los cuales no responden al tratamiento con hierro. También se ha encontrado que, la anemia ferropénica, retrasa el desarrollo psicomotor y afecta el rendimiento cognitivo de los lactantes. Asimismo, en Costa Rica, niños con anemia moderada en los primeros años alcanzaron calificaciones más bajas en pruebas de inteligencia (IQ) en la escuela, que los niños que no fueron anémicos, que no se asociaron a factores socioeconómicos, e igual se encontró, en Tailandia, mal desempeño en pruebas de lengua y matemáticas en niños con hemoglobina disminuida, que no fue restablecido con el tratamiento de hierro. Esto demuestra que los efectos de la anemia probablemente no se corrijan con el tratamiento posterior y estos niños tendrán un retraso en el desarrollo psicomotor, y cuando lleguen a la edad escolar tendrán un deficiente desempeño (WHO, 2001; Hernández et al, 2010).

### **Deficiencia de hierro**

En el progreso natural de la deficiencia de hierro se pueden distinguir tres etapas continuas. Primero se reducen los depósitos de hierro, a continuación, aparece la ferropenia y en último lugar disminuye la hemoglobina, que origina la anemia ferropénica (Fernández y Aguirrezabalaga, 2006).

La deficiencia de hierro es la condición en la que los almacenes de hierro que deberían ser movilizados están vacíos y el suministro de hierro a los tejidos no se produce, afectando al glóbulo rojo. Las etapas más severas de la deficiencia de hierro se relacionan con la anemia (WHO, 2001).

### **Diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro**

El diagnóstico de anemia se puede realizar por el cuadro clínico, en el cual lo más característico es la palidez de palma de manos, mucosa ocular, mucosa sublingual o lecho de la uña. Igualmente, de manera general, se puede determinar anemia por la medición de la concentración de hemoglobina, que en caso de los niños de 6 a 35 meses el umbral diagnóstico, es menor de 11 g/dl según la OMS, desde el nivel del mar hasta los 1000 msnm, por encima de dicha altitud se debe realizar el ajuste del valor observado, considerando la altitud del lugar de residencia del niño. En el caso de niños de 2 a 5 meses, el valor diagnóstico es menor de 9.5 g/dl de hemoglobina según criterios de la OMS, que también debe ser ajustado a la altitud de residencia (Minsa, 2017; WHO, 2001).

Para el diagnóstico de deficiencia de hierro, en los establecimientos de salud, se realiza la medición de ferritina sérica, que mide las reservas de hierro del organismo, y cuyas concentraciones dependen de la edad y sexo. Si es menor de 12 ug/L, según criterios de la OMS, en un niño sano menor de 5 años, indica que hay deficiencia de hierro. En caso de presencia de procesos inflamatorios agudos, medido por proteína C reactiva, dicho valor aumenta a menor de 30 ug/L para diagnosticar deficiencia de hierro (Minsa, 2017; WHO, 2001).

### **Clasificación de anemia**

De acuerdo a los criterios de la OMS, la anemia en niños de 6 a 59 meses puede ser clasificada como leve si la hemoglobina se encuentra entre 10.0 a 10.9 g/dl. Será anemia moderada, si los valores de hemoglobina están entre 7.0 a 9.9 g/dl y será anemia severa si la hemoglobina es menor de 7.0 g/dl (Minsa, 2017; WHO, 2001).

### **Medidas de control**

Las causas de la anemia son conocidas, y por la magnitud de la prevalencia de la anemia, se han instaurado una serie de intervenciones con el objetivo de disminuirla. En todo el mundo se han adoptado políticas que incluyen desde mejorar el estado nutricional, a través de cambios en la alimentación; medidas sanitarias, como el clampaje tardío del cordón umbilical; hasta la transferencia condicionada de dinero en efectivo, por el cumplimiento de un mínimo de intervenciones del sector salud en poblaciones priorizadas, niños y gestantes (Román et al, 2015).

## **I. Prevención de anemia por deficiencia de hierro**

Las intervenciones más frecuentes para prevenir la deficiencia de hierro son la fortificación de los alimentos, como una medida a largo plazo, y el suplemento de hierro, como una medida transitoria con efectos a corto plazo (WHO, 2001).

### **a. Fortificación de alimentos**

Es una estrategia práctica para poblaciones que consumen importantes cantidades de harina de trigo, que el alimento más fortificado a nivel mundial. La fortificación masiva está planteada para mejorar la disponibilidad del hierro en la población general con la intención de disminuir y, posteriormente, eliminar la deficiencia de hierro en los niños pequeños, adolescentes y mujeres en edad fértil. Sin embargo, tiene el problema de la elección de los compuestos de hierro a usar (hierro inorgánico y de hierro protegido), que define su solubilidad en el agua, cambios sensoriales en el alimento fortificado, su absorción, y particularmente su costo, por lo que cada país determina su nivel de fortificación, en relación al compuesto empleado y al consumo promedio del alimento en la población. Si el consumo es alto se agregan pocas cantidades del compuesto de hierro, si produce cambios sensoriales en el alimento (sabor y olor), que podría disminuir el consumo de la población, se tiene que disminuir la cantidad del compuesto del hierro. Por ello, para que funcione este tipo de intervención se requiere el esfuerzo colaborativo del Estado, la industria alimentaria y los consumidores (Román et al, 2015; WHO, 2001).

La fortificación de harina de trigo en el Perú comenzó en 1996, con 30 mg de hierro por kilogramo de harina, sea nacional, importada o donada, que en el 2004 aumento a 55mg por kg, y además se añadió otros oligoelementos (vitamina B1, B2, niacina y ácido fólico). Pero el seguimiento y monitoreo de la intervención es parcial y se carece de información completa, por lo que la evaluación de su impacto también es incierta y se desconoce cuánto contribuye en la disminución de la prevalencia de anemia (Román et al, 2015).

### **b. Suplemento de hierro**

La suplementación de hierro se inició en el país en 1997, con el Programa Nacional

de Deficiencias de Micronutrientes, ampliando el programa de deficiencia de yodo, e incluyendo al hierro, vitamina A y flúor. Sin embargo, la norma técnica explícita de suplementación de hierro se publica recién en 1999. Luego la suplementación de hierro pasa a integrarse al programa de inmunizaciones y crecimiento y desarrollo, que se formaliza con norma técnica en el 2006, como parte de la atención integral del niño. En CRED, se incluye, dentro del paquete de intervenciones, el tamizaje de hemoglobina, además de la entrega de sulfato ferroso. Desde el 2009, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el Perú (UNICEF Perú) y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas en el Perú (PMA Perú), se inició la suplementación a través de los sobres de multimicronutrientes, que contienen 12.5 mg de hierro elemental, 5 mg de Zinc, 160 ug de Ácido fólico, 300 ug de Retinol (Vitamina A) y 30 mg de Vitamina C, en un sobre de 1 g de polvo, que debe mezclarse con los alimentos del niño, en una porción de dos cucharadas, al inicio de la alimentación (Román et al, 2015).

El esquema de suplementación vigente, según la última norma técnica del 2017, en niños sin anemia, inicia a los 4 meses con gotas de hierro, hasta cumplir los 6 meses de edad y seguidamente se inicia los multimicronutrientes, desde los 6 meses de edad, durante un año completo, un sobre diario; si no inicia a los 6 meses, lo puede comenzar apenas entre en contacto con el establecimiento de salud, independiente de la edad y también por un año, es decir, 360 sobres (Minsa, 2017; WHO, 2001).

## **II. Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro**

Si en el tamizaje de hemoglobina realizado en el control de crecimiento y desarrollo se encuentra una disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de 11 g/dl, ajustada a la altitud, se diagnóstica anemia y se inicia tratamiento. Este consiste en la administración de hierro elemental a 3 mg/kg/día, sea en gotas o en jarabe, dependiendo de la edad, durante 6 meses continuos. Se realiza el seguimiento a través de controles de hemoglobina al mes y tres meses de inicio y al finalizar el tratamiento. En caso de anemia severa, se deberá derivar al establecimiento de salud de mayor complejidad para su evaluación y tratamiento (Minsa, 2017; De Paz, Canales y Hernández, 2006).

En otros países, la dosis de tratamiento se encuentra en el rango de 3-6 mg/kg/día, fraccionado en 1 a 3 tomas diarias, pero la frecuencia de efectos adversos presentes aumenta con la dosis y la no adherencia al tratamiento o abandono es muy alto. Los efectos adversos más frecuentes son: náuseas, estreñimiento, diarrea, vómitos, dolor abdominal, heces oscuras (Aixalá et al, 2012; Pérez et al, 2011; Hernández et al, 2010; Fernández y Aguirrezabalaga, 2006; WHO, 2001).

### **Perspectiva cognitiva**

De Barros y Cardoso (2016) afirma que

...la fortificación en el hogar de la alimentación complementaria con multimicronutrientes en polvo (MNP) tiene buena adherencia y aceptabilidad. Sin embargo, tanto la adherencia y la aceptabilidad podrían estar aumentadas con ajustes en el modelo de distribución, tales como una mejor orientación a los cuidadores, y en la frecuencia de administración MNP... Además, se necesitan más estudios para examinar la eficacia de MNP relacionada con la adherencia y la aceptabilidad para comparar los aspectos positivos y negativos de varios modelos de intervención, para el éxito de futuros programas y políticas públicas. (p. 10)

El suplemento de hierro en niños ha demostrado ser eficaz y costo-efectiva, sin embargo, existen situaciones en el modelo de atención del sistema de salud actual, que limitan alcanzar su aceptabilidad y adherencia plenas, por lo que la investigación pretende contribuir con el conocimiento de esta problemática para el beneficio de los niños y de la futura sociedad.

### **Perspectiva social**

Por la alta prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro en nuestro país, es un problema severo de salud pública, siendo más común entre los niños pequeños, y según la OMS, la prevalencia de deficiencia de hierro, sin anemia, en los niños pequeños es hasta el doble de la prevalencia de la anemia ferropénica, por lo que esta investigación busca contribuir con favorecer a una importante población infantil en el distrito de San Juan de Lurigancho, como también en el resto del país, que

acude a los establecimientos de salud para su atención en control CRED, dónde encuentra la oportunidad de recibir el suplemento de hierro, o incluso el tratamiento de anemia, pero que presenta problemas en la adherencia al suplemento.

### **Características de la variable Adherencia a suplemento de hierro**

La adherencia al tratamiento siempre ha sido un problema, que pocas veces se ha planteado entre el personal de salud, a pesar de los innumerables trabajos de investigación que se han realizado. Sin embargo, la mayoría de ellos se han centrado principalmente en la adherencia a la medicación, dejando de lado los demás comportamientos relacionados a esta, especialmente aquellos relacionados a la dieta y los comportamientos saludables. La deficiente adherencia crea problemas sanitarios poblacionales, y hasta económicos, además de los problemas propios en el mismo paciente, pero no está siendo abordado por el sistema de salud. Es más, existe la tendencia de los servicios y los profesionales de la salud de buscar aquellos factores relacionados al paciente, pero no aquellos que se encuentran en el mismo sistema de salud, e incluso en el personal de salud (Sabaté, 2004, p. XIII-XIV).

Según la definición de la OMS, la adherencia incorpora al paciente en forma activa, satisfecho con las indicaciones y decidido al cambio de conducta, no limitándolo a la medicación.

Aunque la definición está dirigida a enfermedades crónicas que requieren un tratamiento de largo plazo, la anemia por deficiencia de hierro requiere tratamiento de seis meses y la deficiencia de hierro sin anemia necesita el suplemento de hierro por un año; y ambas han mostrado un comportamiento similar a las enfermedades crónicas en relación a la adherencia.

### **Definiciones de la variable 2: Adherencia a suplemento de hierro**

De acuerdo a la OMS (Sabaté, 2004), se definió la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3).

Posteriormente Martín et al (2008), lo definió como la “implicación activa y

voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico" (p. 1).

El autor mantiene la participación activa, su consentimiento y aceptación del tratamiento, aunque deja implícita la integralidad.

Sin embargo, luego de una revisión de la literatura, Martín et al (2014), afirmó que la adherencia es

...un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud. (p. 229)

En este caso el autor le da un enfoque psicológico a la adherencia.

Para Gil et al, citado por López (2016), lo definió como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida” (p. 119).

Así Gil et al detalla que la adherencia no se refiere solo a los medicamentos.

Manteniendo este enfoque, López (2016), citó a Holguín et al quienes refirieron que “la adherencia tiene implícito un papel de colaboración, participación activa y voluntaria del paciente en la adopción de estilos de vida, que favorezcan los cambios en la dieta, ejercicio y toma de medicación prescritos por el personal de salud” (p. 131),

El autor enfatiza la participación voluntaria y activa y su relación con la conducta, manteniendo la integralidad de la intervención.

## **Dimensiones de la variable 2: adherencia a suplemento de hierro**

De acuerdo a la OMS la adherencia (Sabaté, 2004, p. 27-30) tiene las siguientes dimensiones: factores sociodemográficos, factores relacionados con el equipo o

sistema sanitario, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente. Para fines del estudio se redujo a tres dimensiones: factores relacionados con la madre (factores relacionados con el paciente y sociodemográficos); factores relacionados con la asistencia sanitaria (factores relacionados con el equipo o sistema sanitario); y factores relacionados con el suplemento de hierro (factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento).

Martín y Grau (2004, p. 94-95), refirió que las dimensiones de la adherencia son: factores relacionados con el personal sanitario, factores relacionados con el régimen terapéutico, factores relacionados a la enfermedad y factores psicosociales relacionados al paciente. Del mismo modo, para el estudio se redujo a tres dimensiones: factores relacionados con la madre (factores psicosociales relacionados con el paciente); factores relacionados con la asistencia sanitaria (factores relacionados con el personal sanitario); y factores relacionados con el suplemento de hierro (factores relacionados con el régimen terapéutico y a la enfermedad).

Para Ortiz y Ortiz (2007, p. 648), las dimensiones de la adherencia fueron: factores personales, factores del sistema o equipo de asistencia sanitaria y factores de la enfermedad y del tratamiento. Estas dimensiones son semejantes al estudio: factores relacionados con la madre (factores personales), factores relacionados con la asistencia sanitaria (factores del sistema o equipo de asistencia sanitaria) y factores relacionados con el suplemento de hierro (factores de la enfermedad y del tratamiento).

Para Espichan (2013, p.14-16), las dimensiones de la adherencia fueron las siguientes: factor social, factor relacionado con el personal de salud, factor relacionado con la enfermedad, factor relacionado con el tratamiento y factor relacionado a la persona que suministra el suplemento. En este caso, para el estudio se redujo a tres dimensiones: factores relacionados con la madre (factor social y factor relacionado a la persona que suministra el suplemento); factores relacionados con la asistencia sanitaria (factor relacionado con el personal de salud); y factores relacionados con el suplemento de hierro (factor relacionado con la enfermedad y con el tratamiento).

Para Hinojosa (2015, p.11), la adherencia tuvo las siguientes dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria y factores relacionados con la madre. Igualmente, para el estudio se redujo a tres dimensiones: factores relacionados con la madre (factores socioeconómicos y factores relacionados con la madre); factores relacionados con la asistencia sanitaria (factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria); y factores relacionados con el suplemento de hierro (factores relacionados con el tratamiento).

Para Delgado y Madrid (2016, p.33-34), las dimensiones de la adherencia fueron: factor social, factor relacionado al personal de salud, factor relacionado con el tratamiento y factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento. Similar a los casos previos, para el estudio se redujo a tres dimensiones: factores relacionados con la madre (factor social y factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento); factores relacionados con la asistencia sanitaria (factor relacionado al personal de salud); y factores relacionados con el suplemento de hierro (factores relacionados con el tratamiento).

### **Dimensión 1: Factores relacionados a la madre**

La OMS (Sabaté, 2004), afirmó que son aquellos factores que pueden “poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia” (p. 28), en especial aquellos que exigen dirigir los limitados recursos para satisfacer otras necesidades, así como los factores relacionados con “los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente” (p. 30), o de la persona que suministra el tratamiento, en relación con su enfermedad, la motivación para hacerlo y su involucramiento en el cambio de conducta.

Para Martín y Grau (2004), incluyendo el apoyo social y familiar que aumenta la ejecución de las prescripciones, fueron aquellos factores psicosociales que

...se relacionan con las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar... de que puede ejecutar la respuesta necesaria, y, por último... de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta. (p. 95)

Según Ortiz y Ortiz (2007), fueron aquellos factores cuyas “múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc.” (p. 648), como factores personales, o de la madre o tutor, que se asocian a los resultados que se logran en el manejo de las enfermedades.

De acuerdo a Espichan (2013) fueron los factores sociales como la responsabilidad familiar compartida, las redes de apoyo y las actividades diarias relacionadas al consumo del suplemento, pero también los factores relacionados con la persona que suministra el tratamiento que incluye las percepciones del diagnóstico, del trato del personal y del efecto del tratamiento, la angustia por los efectos colaterales de la medicación, el olvido y la aceptación del monitoreo del tratamiento (p. 26).

Para Hinostroza (2015), fueron los factores socioeconómicos, como el número de hijos, ocupación de la madre y distancia del hogar al establecimiento de salud, y a los factores relacionados con la madre, como sus saberes sobre la medicación, su disposición a ellos y el cumplimiento de la administración de los mismos (p. 11).

Según Delgado y Madrid (2016) fueron los factores sociales, relacionado al apoyo social para aceptar el tratamiento y el compromiso familiar o del grupo para administrarlo, y los factores relacionados a la persona que suministra el tratamiento, como el temor a posibles efectos adversos, el reconocer la importancia del monitoreo del tratamiento, la frecuencia del olvido de la medicación, la percepción de los efectos positivos, la incredulidad en el diagnóstico, la motivación para superar la enfermedad y la frustración por el trato del personal de salud (p. 61).

## **Dimensión 2: Factores relacionados con la asistencia sanitaria**

La OMS (Sabaté, 2004), afirmó que fueron aquellos “factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria” (p. 29), las que pueden incluir desde una buena relación personal de salud-paciente hasta factores negativos que involucran los servicios o al personal de salud.

Según Martín y Grau (2004), fueron aquellos factores constituidas “por variables propias de la interacción con el profesional sanitario, donde se hallan la

satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las características de comunicación que éste establece con su médico” (p. 94).

Para Ortiz y Ortiz (2007), fueron aquellos “factores del sistema de salud y los prestadores... la relación entre adherencia y satisfacción con el equipo médico, igual que el rol que desempeña la relación médico paciente” (p. 648), que influyen en la comunicación y la participación del paciente.

De acuerdo a Espichán (2013), fueron los factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria, que incluye el conocimiento y adiestramiento del personal de salud, la relación con el paciente, la distribución de medicamentos y el monitoreo del tratamiento (p. 26).

Para Hinostroza (2015), fueron aquellos factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria, que incluyeron la información dada por el personal de salud, el estilo de comunicación y las dificultades para recibir el tratamiento (p. 11).

Según Delgado y Madrid (2016), fueron aquellos factores relacionados con el personal de salud, como el nivel de conocimiento y adiestramiento del personal, nivel de confianza que otorga, la distribución adecuada de medicamentos y disponibilidad para el monitoreo (p. 60).

### **Dimensión 3: Factores relacionados con el suplemento de hierro**

Según OMS (Sabaté, 2004), fueron aquellos factores que “constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente” (p. 30), como los relacionados a la gravedad de los síntomas o la enfermedad, grado de discapacidad, velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamiento efectivos, así como los factores relacionados con el tratamiento, como “la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos” (p. 30), de modo que las intervenciones se adapten al paciente y sus necesidades.

Según Martín y Grau (2004), fueron aquellos factores que “están relacionados con las características del régimen terapéutico, entre las cuales se

distingue... la complejidad del tratamiento... la relación costo beneficio del régimen de tratamiento... la presencia de efectos secundarios..." (p. 94) y también "está referido a la naturaleza de la enfermedad" (p. 95), sean enfermedades agudas o crónicas, con o sin síntomas, cuyas respuestas varían sobre todo si son asintomáticas.

Según Ortiz y Ortiz (2007), deduciendo que a mayor complejidad de la terapia menos adherencia, fueron aquellos factores cuyas

...tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología aguda versus una crónica. Del mismo modo, cuando el tratamiento de la enfermedad consiste en un patrón complejo de conductas e invade diferentes aspectos del paciente o sus resultados son invalidantes, tiende a afectar la adherencia terapéutica. (p. 648)

De acuerdo a Espichan (2013), fueron los factores relacionados con la enfermedad, como los signos y síntomas, presencia de comorbilidad, y los factores relacionados al tratamiento, como los efectos colaterales, inminencia de los efectos beneficiosos, complejidad del régimen médico y fracaso de tratamiento anterior (p. 26).

Para Hinostroza (2015), fueron los factores relacionados al tratamiento, como el periodo de duración, malestares o efectos beneficiosos causados, y la complejidad del régimen de tratamiento (p. 11).

Según Delgado y Madrid (2016), fueron los factores relacionados con el tratamiento, que incluyen a la frecuencia de efectos adversos, reconocer la efectividad del tratamiento, nivel de complejidad y duración del tratamiento y la frecuencia de fracaso al tratamiento previo (p. 61).

### **1.3 Justificación**

Las conclusiones que se conciben de la investigación se aprovecharán como principio para otras investigaciones, pero también permitirá conseguir una visión sobre la atención en el control de crecimiento y desarrollo para mejorar la calidad del mismo y aumentar la satisfacción del usuario.

### **1.3.1 Justificación Práctica**

Permitirá al personal de salud mejorar sus estrategias para lograr alcanzar a realizar todas las intervenciones relevantes del control de crecimiento y desarrollo, y así lograr una atención de calidad para mejorar la satisfacción del usuario, no solo para el área de investigación, sino para el Minsa y otras instituciones.

### **1.3.2 Justificación Metodológica**

Los métodos, procedimientos y técnicas e instrumentos que se emplearon en esta investigación demostraron su validez y confiabilidad; así, podrán ser utilizados como base para otros trabajos de investigación.

### **1.3.3 Justificación Social**

La anemia es una política de salud, tiene gran importancia en la salud pública, por su magnitud, y busca satisfacer y resolver las necesidades de salud del país, especialmente en el niño menor de tres años, razones sociales por las cuales se eligió este tema.

## **1.4 Realidad Problemática**

A nivel mundial la deficiencia de hierro es muy frecuente, es la carencia nutricional más prevalente y el origen principal de la anemia en todo el mundo, afecta a más de 1500 millones de personas (De Benoist et al, 2008), siendo un importante problema de salud pública, especialmente en los países en desarrollo y en las etapas de vida de mayor requerimiento, como en niños, adolescentes y durante la gestación, que no se logra cubrir con la ingesta diaria de alimentos porque no contiene cantidades suficientes de hierro, e incluso la que tiene hierro suele ser de baja biodisponibilidad.

En Panamá, en el 2000, se encontró una prevalencia de anemia de 66% en niños de 9 a 15 meses de edad, de los cuales más de dos tercios (45.6%) eran anemia por deficiencia de hierro (ADH), y una prevalencia de anemia de 41.8% en niños de 1 a 5 años, de los cuales casi la mitad (18.1%) era por ADH; aunque los suplementos de hierro fueron distribuidos por los establecimientos de salud en aproximadamente al 90% de las madres, estas le suministraron a sus niños solo en

el 83.3% y de ellas solo el 8.5% les dieron de manera correcta (Sinisterra et al., 2006). En Argentina, en el 2005, la prevalencia de anemia también fue alta (34.3%), siendo más de la mitad por ADH (18.5%), en niños de 6 a 23 meses, pero que aumenta en niños de niveles socioeconómicos bajos (41.1% de ADH), conociendo que hay una atención poco frecuente de niños sanos y que se subutiliza los suplementos de hierro, además de la deficiente cobertura y calidad de atención en los establecimientos de salud (Drake I. y Bernztein R., 2009). Las acciones preventivas son conocidas y probadas, con una relación costo-efectividad alta, sin embargo, las coberturas se mantienen bajas y existe poco uso del suplemento (Sammartino G., 2008).

En el Perú más del 50% de los niños menores de un año padecen de anemia, sin embargo, a pesar de la evidencia que la suplementación de hierro en los niños evita la aparición de la anemia, su cobertura es menos del 50% en menores de un año y solo al 19% de los niños menores de 5 años (INEI, 2017).

Minsa ha formulado y aprobado la Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas (Minsa, 2017– RM N°250), con la finalidad de contribuir al desarrollo y el bienestar de la población afectada, en especial, de los niños. Asimismo, la información sobre las bajas coberturas de suplementación de hierro en los servicios de salud públicos, ha llevado a la actualización de la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años (Minsa, 2017 – RM N° 537), que busca contribuir al desarrollo infantil temprano en los niños preescolares.

Dentro de las políticas públicas actuales de reducir las desigualdades e inequidad en salud, el Minsa ha formulado y aprobado el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 (Minsa, 2017 –RM N° 249), dónde uno de los objetivos es el tratamiento y la prevención de anemia con suplementos de hierro y fortificación casera, y la meta es alcanzar una prevalencia de anemia de 19% en el 2021.

Se realizó un diagnóstico en los establecimientos de salud de San Juan de Lurigancho, donde se observó la siguiente problemática: Existen mayor número de

niños que iniciaron y/o completaron vacunas o completaron controles CRED, entre los menores de tres años, que aquellos que iniciaron o completaron el suplemento de hierro, a pesar que la oportunidad de la intervención en la consulta fue la misma, desconociendo porque no se realizó la evaluación completa. Las intervenciones completas en control CRED pueden mejorarse, si se conocen los factores que provocaron la inadecuada e inequitativa situación; las participaciones del personal de enfermería son susceptibles de perfeccionar, porque se ha observado compromiso con las acciones de salud de este personal. Por las consideraciones presentadas, se plantea el presente trabajo de investigación denominado “Atención de Control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017” con el cual se intenta proporcionar soluciones a la problemática actual y alcanzar a establecer la relación que existe entre la atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro para alcanzar los estándares y objetivos del Minsa y las metas establecidas por las políticas públicas actuales.

#### **1.4.1 Formulación del Problema:**

Para realizar la presente investigación, se han planteado los siguientes problemas:

##### **Problema General**

¿Qué relación existe entre la atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017?

##### **Problemas específicos:**

##### **Problema específico 1**

¿Qué relación existe entre la atención de control CRED y los factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017?

## **Problema específico 2**

¿Qué relación existe entre la atención de control CRED y los factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017?

## **Problema específico 3**

¿Qué relación existe entre la atención de control CRED y los factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017?

### **1.5 Hipótesis:**

#### **1.5.1 Hipótesis general**

La atención de control CRED se relaciona directa y significativamente con la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

#### **1.5.2 Hipótesis específicas:**

##### **Hipótesis específica 1**

La atención de control CRED se relaciona directa y significativamente con los factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

##### **Hipótesis específica 2**

La atención de control CRED se relaciona directa y significativamente con los factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

##### **Hipótesis específica 3**

La atención de control CRED se relaciona directa y significativamente con los factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre la atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

### **1.6.2 Objetivos Específicos:**

#### **Objetivo específico 1**

Determinar la relación entre la atención de control CRED y los factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

#### **Objetivo específico 2**

Determinar la relación entre la atención de control CRED y los factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

#### **Objetivo específico 3**

Determinar la relación entre la atención de control CRED y los factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017.

## **II. Marco Metodológico**

## **2.1. Variables:**

En el presente estudio se consideró dos variables: Atención de control CRED y Adherencia a suplemento de hierro.

### **Definición conceptual de la Variables:**

#### **Definición conceptual de la variable 1: Atención de control CRED**

Minsa (2017), en la norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo, refirió que la atención de control de crecimiento y desarrollo (CRED) es el “conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño” (p. 3).

#### **Definición conceptual de la variable 2: Adherencia a suplemento de hierro**

Según la OMS (Sabaté, 2004), lo definió como “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3), e involucra al paciente en forma activa, estando conforme con las indicaciones y decidido al cambio de conducta.

### **Definición operacional:**

La operacionalización de las variables es afín a la técnica de la encuesta que se utilizó para la recolección de datos, y compatible con los objetivos de la investigación, y responde al enfoque cuantitativo, y al tipo de estudio que se realizó.

Carrasco (2009), afirmó que la definición operacional

Es un proceso metodológico que consiste en descomponer deductivamente las variables que componen el problema de investigación, partiendo desde lo más general a lo más específico; es decir que estas variables se dividen (si son complejas) en dimensiones, áreas, aspectos, indicadores, índices, subíndices, ítems; mientras si son concretas solamente en indicadores, índices e ítems. (p. 226)

### **Definición operacional de la variable 1: Atención de control CRED**

La variable Atención de control CRED, para un mejor estudio se definió operacionalmente en 4 dimensiones, con 1 a 4 indicadores cada uno: Evaluación de crecimiento y desarrollo (cuyos indicadores fueron: evaluación de crecimiento, evaluación de desarrollo y estimulación temprana); Evaluación de enfermedades (cuyos indicadores fueron: detección de IRA/EDA, tamizaje de parasitosis, detección de problemas de salud bucal y detección de problemas visuales/auditivos); Suplemento de micronutrientes (cuyos indicadores fueron: tamizaje de hemoglobina, suplemento de hierro y suplemento de vitamina A); y Consejería (cuyo indicador fue consejería). Asimismo, por cada indicador se consideró de 1 a 3 ítems o reactivos, lo que permitió elaborar un cuestionario con 27 ítems el mismo que se empleó en la recogida de datos y su ulterior procesamiento estadístico, para las pruebas de hipótesis y llegar a las conclusiones del presente estudio.

### **Definición operacional de la variable 2: Adherencia a suplemento de hierro**

La variable Adherencia a suplemento de hierro, para una mejor evaluación y estudio se definió operacionalmente en 3 dimensiones, con 3 o 4 indicadores cada una: Factores relacionados con la madre (cuyos indicadores fueron: saberes de la madre, disposición de la madre a los MMN, cumplimiento de la madre sobre la administración de MMN, y participación de la madre en sesión demostrativa); Factores relacionados con la asistencia sanitaria (cuyos indicadores fueron: Tiempo de espera en control CRED, Número de cupos en control CRED, Demora en la atención de farmacia, y Dificultad para el tamizaje de hemoglobina); y Factores relacionados con el suplemento de hierro (cuyos indicadores fueron: tiempo de duración del suplemento de hierro, presencia de efectos adversos por el suplemento, y percepción de efectos beneficiosos del suplemento). Asimismo, por cada indicador se consideraron 1 a 3 ítems o reactivos, lo que permitió elaborar un cuestionario con 27 ítems el mismo que se utilizó en la recogida de datos y su postrero procesamiento estadístico, para las pruebas de hipótesis y alcanzar a las conclusiones del presente estudio.

## **2.2. Operacionalización de las variables:**

Hernández, et al (2014), refiriéndose a la definición operacional de las variables, afirmó que es el “conjunto de procedimientos y actividades que se desarrollan para medir una variable” (p. 120), a través de los cuales se interpretan los datos y se entiende el comportamiento de dicha variable.

La operacionalización de las variables está estrechamente vinculada a la técnica de la encuesta que se utilizó para la recolección de datos. La misma es compatible con los objetivos de la investigación, a la vez que responde al enfoque cuantitativo, y al tipo de estudio.

Tabla 1

*Operacionalización de variable: Atención de control CRED*

Dimensiones	Indicadores	Número de ítems	Escala y valores	Niveles	Intervalos
D1 Evaluación de crecimiento y desarrollo	Evaluación de crecimiento Evaluación de desarrollo Estimulación temprana	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,	Ordinal		
D2 Evaluación de enfermedades	Detección de IRA-EDA Tamizaje de parasitosis Detección de problemas de salud bucal Detección de problemas visuales-auditivos	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,	Escala de Likert:  5 = Muy de acuerdo 4 = De acuerdo 3 = Casi de acuerdo 2 = En desacuerdo 1 = En completo desacuerdo	Excelente: Buena: Regular: Baja:	$\geq \bar{X} + 1DS$ $(\bar{X}, \bar{X} + 1DS]$ $(\bar{X} - 1DS, \bar{X}]$ $\leq \bar{X} - 1DS$
D3 Suplemento de micronutrientes	Tamizaje de Hemoglobina Suplemento de hierro Suplemento de Vitamina A	20, 21, 22, 23, 24,			
D4 Consejería	Consejería	25, 26, 27.			

*Nota:* Adaptado de Ministerio de Salud – RM N° 537-2017/MINSA.

Tabla 2

Operacionalización de variable: Adherencia a suplemento de hierro

Dimensiones	Indicadores	Número de ítems	Escala y valores	Niveles	Intervalos
D1 Factores relacionados con la madre	Saberes de la madre	1, 2, 3,	Ordinal		
	Disposición de la madre a los MMN	4, 5, 6,			
	Cumplimiento de la madre sobre la administración de MMN	7, 8,			
	Participación de la madre en sesión demostrativa	9, 10, 11,			
D2 Factores relacionados con la asistencia sanitaria	Tiempo de espera para control de CRED	12,	Escala de Likert: 5= Siempre 4 = Casi siempre 3 = A veces 2 = Casi nunca 1 = Nunca	Excelente: Buena: Regular: Baja:	$\geq \bar{X} + 1DS$ $(\bar{X}, \bar{X} + 1DS]$ $(\bar{X} - 1DS, \bar{X}]$ $\leq \bar{X} - 1DS$
	Número de cupos en control de CRED	13, 14,			
	Demora de atención en farmacia	15, 16, 17,			
	Dificultad para tamizaje de hemoglobina	18, 19, 20,			
D3 Factores relacionados con el suplemento de hierro	Tiempo de duración del suplemento	21, 22, 23,			
	Presencia de efectos adversos	24, 25,			
	Percepción de efectos beneficiosos del suplemento	26, 27.			

Nota: Adaptado de Sabaté (2004).

### **2.3. Metodología:**

#### **Método hipotético deductivo**

El método de investigación es de contrastación de hipótesis o método hipotético-deductivo. Para Behar (2008), el método hipotético deductivo “implica someter a examen las hipótesis de la manera más exigente posible” (p. 41), sin que eso signifique que se busque aquellos fenómenos en los que se cumple, sino que se busca los más exigentes contraejemplos para comprobar que no se cumplen, para seguir sosteniéndolas y para rebatir los contraejemplos.

Según Gómez (2012), definió el método como “el procedimiento racional que va de lo general a lo particular,... las conclusiones de la deducción son verdaderas, si las premisas de las que se originan también lo son” (p. 15), por ello, si un hecho está comprobado para un grupo de personas (lo general), se puede inferir que tal hecho se aplica a uno de los miembros del grupo (lo particular).

El método empleado en el estudio fue el hipotético deductivo, del enfoque cuantitativo, del paradigma positivista.

### **2.4. Tipo de estudio:**

#### **Básico**

El presente trabajo, según Baena (2014), ya que se desarrolla en forma abstracta y general, fue de tipo básica ya que contribuyó a la búsqueda del conocimiento, porque

...son las que se proponen conocer las leyes generales de los fenómenos estudiados, elaborando teorías de amplio alcance para comprenderlos, y que se desentienden – al menos de forma inmediata – de las posibles aplicaciones prácticas que se puedan dar a los resultados. (p, 11)

Por ello, el tipo de investigación básica, aunque no resuelven un problema de manera inmediata, ni ayudan a resolverlo a veces, son la base de otras formas de investigación y ayuda a mejorar la información de tipo descriptiva, transversal,

para reflexionar sobre el objeto de estudio, sobre la relación que existe entre las variables en estudio.

Para Hernández et al (2014), el tipo de investigación sería básica, cuando produce conocimiento y teorías (p. XXIV).

Según Behar (2008), el tipo de estudio sería básico porque inicia dentro de un marco teórico y continúa en él, y su propósito fue formular nuevas teorías o cambiar las existentes, al aumentar el conocimiento, pero sin comprobarlo con algún aspecto práctico, solo por incrementar la ciencia.

### **Descriptivo correlacional:**

#### Descriptivo

Para Hernández (2014, p. 92), el estudio descriptivo “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice”. Los estudios descriptivos buscan detallar propiedades, tendencias u otras características de las personas, grupos, procesos o cualquier fenómeno sujeto a estudio.

Según Behar (2008, p. 17), los estudios descriptivos “sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos”. Afirmó que establece e identifica diversas características del fenómeno en estudio, e incluso descubre y comprueba posibles asociaciones si son dos o más variables.

#### Correlacional

Según Hernández, (2014, p. 93), los estudios correlacionales “tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular”. Consideró que se relacionan variables a través de un esquema previsible para un grupo de personas o población.

Para Behar (2008, p. 19), el estudio correlacional “pretende visualizar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí, o si por el contrario no existe

relación entre ellos”. Puntualiza que lo sustancial es conocer cómo se comporta una variable conociendo el comportamiento de otra que está relacionada.

## 2.5. Diseño

El presente estudio es de diseño no experimental, transversal.

### Diseño no experimental

Al respecto Hernández (2014, p. 152) sostuvo que el diseño fue no experimental, cuando “se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”; es decir no se provocaron situaciones, solo se observaron las existentes, debido que fueron independientes y sin control, ni influencias en ellas, por quien realiza el estudio.

Igualmente, Behar (2008, p. 19), afirmó que “en ellos el investigador observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo”.

### Diseño no experimental transversal

Para Hernández (2014), consideró como un diseño transversal cuando “recopilan datos en un momento único... Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p.154).

Este tipo de diseño de estudio correspondió a mi investigación porque tuvo un tiempo limitado y toda la información fue recolectada en un momento único.

De forma representativa el diseño se denota:

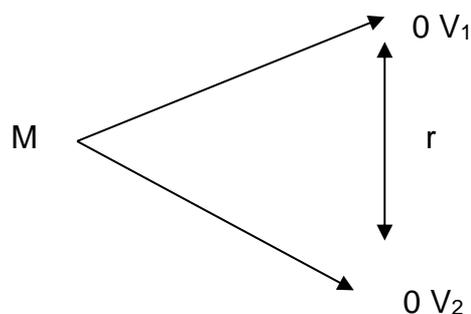


Figura 1: Esquema de tipo de diseño (Sánchez y Reyes, 2002).



Nivel de Confianza	$1-\alpha$	=	0.975
Z de (1- $\alpha$ )	Z (1- $\alpha$ )	=	1.960
Prevalencia de la Enf. / Prob.	p	=	0.5
Complemento de p	q	=	0.5
Precisión (error muestral)	d	=	0.050
Tamaño de la muestra	n	=	<b>82</b>

El tamaño de la muestra obtenida fue de 82 enfermeras, y se trató de una muestra probabilística, que Hernández, (2014, p. 175) define como el “subgrupo de la población en el que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos”.

### **Muestreo.**

La técnica de selección empleada para la muestra fue el muestreo aleatorio simple.

### **2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

Técnicas:

Según Behar (2008), las técnicas

...conducen a la verificación del problema planteado; cada tipo de investigación determinará las técnicas a utilizar y cada técnica establece sus herramientas, instrumentos o medios que serán empleados”, y añade que “la recolección de datos se refiere al uso de una gran diversidad de técnicas y herramientas que pueden ser utilizadas por el analista para desarrollar los sistemas de información...”. (p. 55)

De acuerdo a Hernández (2014), refiriéndose a la recolección de datos, y aludiendo a la técnica, afirmó que es el plan cuidadoso de procedimientos e instrumentos que nos llevan a reunir datos con una intención determinada (p. 198-199). De modo que las técnicas son los procedimientos e instrumentos que utilizamos para acceder al conocimiento.

## Técnica la encuesta

Según Bueno (2003), las encuestas “constituyen instrumentos de recolección de información mediante la aplicación de un cuestionario cuidadosamente diseñado... busca captar aspectos del objeto de estudio a través de las verbalizaciones de los individuos” (p. 71), así permite recoger información sobre los procesos que no se pueden obtener por observación directa ni en los documentos existentes, y en la que suele ser el único medio para lograrla, facilitando el análisis.

Behar (2008), afirmó que las encuestas “proveen medios rápidos y económicos para determinar la realidad sobre los conocimientos, actitudes, creencias, expectativas y comportamientos de las personas” (p. 62), usando procedimientos estandarizados, para conseguir un perfil de la población, independientemente del tamaño de la muestra (la que depende de una calidad estadística apropiada).

En el presente estudio se hizo uso de la Técnica de la encuesta y el uso del Instrumento del Cuestionario, en este caso se hizo uso de dos cuestionarios, uno para cada una de las variables.

## **Técnica**

La técnica que se utilizó en este estudio fue la encuesta.

## **Instrumentos**

El instrumento que se empleó fue el cuestionario.

## **Cuestionario:**

Hernández (2014), definió que el cuestionario es un “conjunto de preguntas, respecto de una a más variables que se van a medir” (p. 217), preparado cuidadosamente, y coherente con los hechos y aspectos del problema, siendo el instrumento más usado para recoger información.

## **Variable 1: Atención de control CRED**

Instrumento: Se aplicó un cuestionario

### **Datos generales**

Título:	Cuestionario sobre la Atención de control CRED
Autor:	Br. Guillermo Luis Gómez Guizado
Procedencia:	Lima – Perú, 2017
Objetivo:	Describir las características de la variable Atención de control CRED según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho.
Administración:	Individual
Duración:	20 minutos
Significación:	El cuestionario está referido a determinar la relación entre la Atención de control CRED y la Adherencia a suplemento de hierro.
Estructura:	La escala consta de 27 ítems, con 05 alternativas de respuesta de opción múltiple, de tipo Likert, como: Muy de acuerdo (5), De acuerdo (4), Casi de acuerdo (3), En desacuerdo (2), y En completo desacuerdo (1). Asimismo, la escala está conformada por 04 dimensiones, donde los ítems se presentan en forma de proposiciones con dirección positiva y negativa sobre la variable Atención de control CRED.

### **Variable 2: Adherencia a suplemento de hierro**

Instrumento: Se aplicó un cuestionario

#### **Cuestionario sobre la variable Adherencia a suplemento de hierro**

Datos generales:

Título: Cuestionario sobre Adherencia a suplemento de hierro.

Autor:	Br. Guillermo Luis Gómez Guizado
Procedencia:	Lima – Perú, 2017
Objetivo:	Describir las características de la variable Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho.
Administración:	Individual
Duración:	20 minutos
Significación:	El cuestionario está referido a determinar la relación entre Atención de control CRED y la variable Adherencia a suplemento de hierro.
Estructura:	La escala consta de 27 ítems, con 05 alternativas de respuesta de opción múltiple, de tipo Likert, como: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4) y Siempre (5). Asimismo, la escala está conformada por 03 dimensiones, donde los ítems se presentan en forma de proposiciones con dirección positiva y negativa sobre Adherencia a suplemento de hierro.

### **Validación y confiabilidad del instrumento:**

#### **Validez**

Para Hernández (2014), definió la validez interna como el “Grado de confianza que se tiene de que los resultados del experimento se interpreten adecuadamente y sean válidos (se logra cuando hay control)” (p.135).

La consistencia de los resultados de una investigación tiene un valor científico, los instrumentos de medición deben ser confiables y válidos, y para establecer la validez de dichos instrumentos fueron sometidos a un proceso de validación de contenido

Se realizó el proceso de validación de contenido, considerando tres aspectos: relevancia, pertinencia y claridad de cada uno de los ítems de los instrumentos, a través de tres expertos, cuyos resultados se muestran en las tablas 3 y 4.

Tabla 3

*Resultado de Validez del cuestionario sobre Atención de control CRED*

Expertos	Especialidad	Suficiencia del instrumento	Aplicabilidad del instrumento
Hugo Mezarina Esquivel	Temático	Hay Suficiencia	Aplicable
Oscar Munares García	Temático	Hay Suficiencia	Aplicable
Fredy A. Ochoa Tataje	Metodólogo	Hay Suficiencia	Aplicable

Tabla 4

*Resultado de Validez del cuestionario sobre Adherencia a suplemento de hierro*

Expertos	Especialidad	Suficiencia del instrumento	Aplicabilidad del instrumento
Hugo Mezarina Esquivel	Temático	Hay Suficiencia	Aplicable
Oscar Munares García	Temático	Hay Suficiencia	Aplicable
Fredy A. Ochoa Tataje	Metodólogo	Hay Suficiencia	Aplicable

### **Confiabilidad**

Para establecer la confiabilidad de los cuestionarios, se aplicó la prueba estadística de fiabilidad Alfa de Cronbach, a una muestra piloto de 20 enfermeras. Luego se procesarán los datos, haciendo uso del Programa Estadístico SPSS versión 21.0.

Según Hernández et al (2014), la confiabilidad de un instrumento de medición es el “grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes”. (p. 200).

Tabla 5

*Interpretación del coeficiente de confiabilidad*

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy baja

Fuente: Corral (2009).

Como podemos observar, la tabla 5 nos permite analizar los resultados de la prueba Alfa de Cronbach para cada una de las variables en estudio y sus correspondientes dimensiones.

Tabla 6

*Resultados del análisis de confiabilidad del instrumento que mide la variable Atención de control CRED*

Dimensión/variable	Alfa de Cronbach	N° de ítems
Evaluación de crecimiento y desarrollo	,775	9
Evaluación de enfermedades	,744	10
Suplemento de micronutrientes	,786	5
Consejería	,759	3
Atención de control CRED	,854	27

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

Como se observa en la tabla 6, las dimensiones Evaluación de crecimiento y desarrollo, Evaluación de enfermedades, Suplemento de micronutrientes, y Consejería, tienen alta confiabilidad. Asimismo, la variable Atención de control CRED tiene confiabilidad muy alta. Por lo tanto, podemos afirmar que el instrumento que mide dicha variable es confiable.

Tabla 7

*Resultados de análisis de confiabilidad del instrumento que mide la variable Adherencia a suplemento de hierro*

Dimensión / variable	Alfa de Cronbach	N° de ítems
Factores relacionados con la madre	,703	11
Factores relacionados con la asistencia sanitaria	,823	9
Factores relacionados con el suplemento de hierro	,711	7
Adherencia a suplemento de hierro	,790	27

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

Como se puede observar en la tabla 7, las dimensiones Factores relacionados con la madre, y Factores relacionados con el suplemento de hierro, tienen confiabilidad alta; y Factores relacionados con la asistencia sanitaria, tiene confiabilidad muy alta. Asimismo, la variable Adherencia a suplemento de hierro, también tiene confiabilidad alta. Por lo tanto, podemos afirmar que el instrumento que mide dicha variable es confiable.

## **2.8. Procedimientos de recolección de datos:**

Se realizó un estudio piloto con la finalidad de determinar la confiabilidad de los instrumentos, en 20 enfermeras con las mismas características de la muestra de estudio, quienes fueron seleccionados al azar y a quienes se les aplicaron los cuestionarios con escala tipo Likert sobre las variables Atención de control CRED y Adherencia a suplemento de hierro.

La confiabilidad de los instrumentos a partir de la muestra piloto, se estableció por dimensiones y por variables, cuyos resultados han sido mostrado e interpretados en las tablas 6 y 7.

Una vez probada la validez y confiabilidad de los instrumentos de estudio, se procedió a aplicarlos a la muestra de 82 enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho, quienes respondieron en un tiempo aproximado de 20 minutos.

Luego, se analizaron los datos obtenidos y, los resultados pertinentes al estudio, han sido mostrados mediante tablas y figuras, con su correspondiente interpretación, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteados en la presente investigación.

Este estudio tiene como finalidad conocer la relación entre las variables: Atención de control CRED y Adherencia a suplemento de hierro.

## **2.9. Métodos de análisis:**

El método utilizado en la presente investigación fue el método hipotético deductivo, al respecto Gómez (2012) afirma que “es el procedimiento racional que va de lo general a lo particular... las conclusiones de la deducción son verdaderas, si las premisas de las que se originan también lo son” (p. 15).

Se aplicaron estadísticas descriptivas: tablas de frecuencias para las dos variables principales y tablas de contingencia entre las variables principales y entre Atención de control CRED con cada dimensión de la variable Adherencia a suplemento de hierro. Para el contraste de la hipótesis general, e hipótesis específicas y teniendo en cuenta que los datos de las dos variables son ordinales, se ha prescindido del test de normalidad, dado que en este caso no es una condición necesaria. Por consiguiente, se procedió a aplicar en cada caso la prueba estadística de Coeficiente de correlación Rho de Spearman para establecer su relación entre las variables y dimensiones en estudio.

## **2.10. Aspectos éticos**

Este trabajo de investigación ha respetado los criterios señalados por el diseño de investigación cuantitativa de la Universidad César Vallejo, el cual propone a través de su formato los pasos a seguir en el proceso de investigación. Asimismo, se ha considerado respetuosamente la autoría de la información, por lo que se procedió a la referencia de los autores con todos sus datos de editorial y se respetó escrupulosamente la parte ética que incluye.

Las interpretaciones de las citas corresponden al autor de la tesis, considerando el concepto de autoría y los criterios existentes para denominar a una persona “autor” de un artículo científico. Además, se ha precisado la autoría de los

instrumentos diseñados para el recojo de información, así como el proceso de revisión por juicio de expertos para validar instrumentos de investigación, por el cual pasan todas las investigaciones antes de ser aplicadas.

Se solicitó a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro la autorización para la aplicación de la encuesta, que incluyó la revisión y aprobación del estudio por el Comité de Ética del Hospital San Juan de Lurigancho. Se elaboró, aplicó y se obtuvo el consentimiento informado, previo a la aplicación de la encuesta

### **III. Resultados**

### 3.1 Descripción de resultados

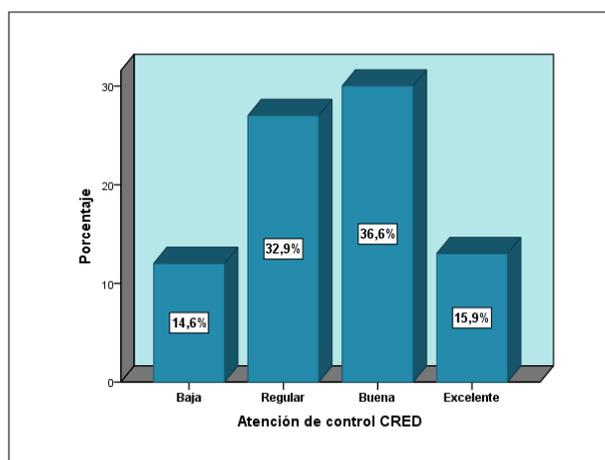
De acuerdo con la clasificación de los niveles de Atención de control CRED, un tercio de las enfermeras percibieron que la atención fue buena y otro tercio lo percibió como regular, mientras que el tercio restante dividió opiniones entre baja y excelente la Atención de control CRED. El mayor número de enfermeras calificó como buena la atención de control CRED y la calificación menos frecuente fue baja (Tabla 8 y Figura 2).

Tabla 8

*Niveles de la Atención de control CRED según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja	12	14,6	14,6	14,6
Regular	27	32,9	32,9	47,6
Válidos Buena	30	36,6	36,6	84,1
Excelente	13	15,9	15,9	100,0
Total	82	100,0	100,0	

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0



*Figura 2.* Niveles de la Atención de control CRED según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017

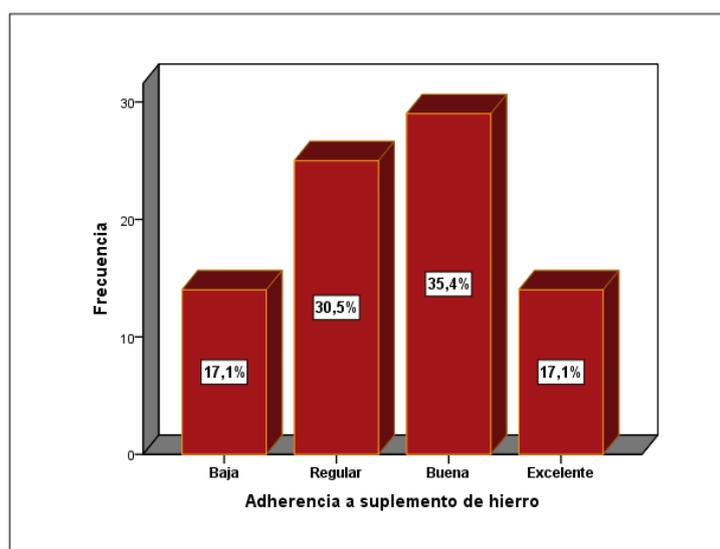
Respecto a los niveles de Adherencia a suplemento de hierro, las enfermeras tuvieron una percepción similar a la Atención de control CRED, un poco más de un tercio calificaron la adherencia como buena, pero menos de un tercio opinaron que fue regular. Solo un 17% opinó que fue excelente, pero otro tanto similar percibió que fue baja la Adherencia al suplemento de hierro (Tabla 9 y Figura 3).

Tabla 9

*Niveles de la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja	14	17,1	17,1	17,1
Regular	25	30,5	30,5	47,6
Válidos Buena	29	35,4	35,4	82,9
Excelente	14	17,1	17,1	100,0
Total	82	100,0	100,0	

*Nota: Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0*



*Figura 3. Niveles de la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

La percepción de las enfermeras del Minsa mostró una distribución amplia. Las enfermeras que calificaron como baja la Atención de control CRED, calificaron como baja o buena la Adherencia a suplemento de hierro (9.8%); las que calificaron como regular la Atención de CRED calificaron entre regular y buena la adherencia (24.4%); las que percibieron como buena la atención CRED consideraron como buena o excelente la adherencia (24.4%); y las que calificaron como excelente la atención CRED calificaron como buena o excelente la adherencia al suplemento de hierro (12.2%). En resumen, la percepción de casi la mitad de las enfermeras del Minsa (47.6%) consideró simultáneamente como regular y/o buena la Atención de control CRED y la Adherencia a suplemento de hierro (Tabla 10).

Tabla 10

*Distribución de la percepción de la Atención de control CRED y la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

Tabla de contingencia Atención de control CRED \* Adherencia a suplemento de hierro

			Adherencia a suplemento de hierro				Total
			Baja	Regular	Buena	Excelente	
Atención de control CRED	Baja	Recuento	4	3	4	1	12
		% del total	4,9%	3,7%	4,9%	1,2%	14,6%
	Regular	Recuento	5	14	6	2	27
		% del total	6,1%	17,1%	7,3%	2,4%	32,9%
	Buena	Recuento	4	6	13	7	30
		% del total	4,9%	7,3%	15,9%	8,5%	36,6%
	Excelente	Recuento	1	2	6	4	13
		% del total	1,2%	2,4%	7,3%	4,9%	15,9%
	Total	Recuento	14	25	29	14	82
		% del total	17,1%	30,5%	35,4%	17,1%	100,0%

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

La percepción de las enfermeras tuvo igual distribución dispersa entre la Atención de control CRED con la dimensión Factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro. La frecuencia entre los que calificaron como baja la Atención CRED no cambio para la dimensión Factores relacionados con la madre respecto a la variable total (9.8%); en los que calificaron regular, los factores de la madre fueron regular o buena (22%); para quienes la atención CRED fue buena, los factores de la madre fueron entre regular y excelente, pero principalmente buena (31.6%); y para los que calificaron como excelente, los factores relacionados con la madre fueron buena o excelente (Tabla 11).

Tabla 11

*Distribución de la percepción de la Atención de control CRED y los factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

Tabla de contingencia Atención de control CRED \* Factores relacionados con la madre

		Factores relacionados con la madre				Total	
		Baja	Regular	Buena	Excelente		
Atención de control CRED	Baja	Recuento	4	3	4	1	12
		% del total	4,9%	3,7%	4,9%	1,2%	14,6%
	Regular	Recuento	6	9	9	3	27
		% del total	7,3%	11,0%	11,0%	3,7%	32,9%
	Buena	Recuento	4	7	12	7	30
		% del total	4,9%	8,5%	14,6%	8,5%	36,6%
	Excelente	Recuento	1	1	7	4	13
		% del total	1,2%	1,2%	8,5%	4,9%	15,9%
	Total	Recuento	15	20	32	15	82
		% del total	18,3%	24,4%	39,0%	18,3%	100,0%

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

La percepción de los Factores relacionados con la asistencia sanitaria mostró una distribución semejante a las anteriores, confrontada con la Atención de control CRED.

Tabla 12

*Distribución de la percepción de la Atención de control CRED y los factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

Tabla de contingencia Atención de control CRED \* Factores relacionados con la asistencia sanitaria

		Factores relacionados con la asistencia sanitaria				Total	
		Baja	Regular	Buena	Excelente		
Atención de control CRED	Baja	Recuento	2	4	5	1	12
		% del total	2,4%	4,9%	6,1%	1,2%	14,6%
	Regular	Recuento	10	5	10	2	27
		% del total	12,2%	6,1%	12,2%	2,4%	32,9%
	Buena	Recuento	2	11	11	6	30
		% del total	2,4%	13,4%	13,4%	7,3%	36,6%
	Excelente	Recuento	1	4	6	2	13
		% del total	1,2%	4,9%	7,3%	2,4%	15,9%
	Total	Recuento	15	24	32	11	82
		% del total	18,3%	29,3%	39,0%	13,4%	100,0%

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

Las que tuvieron una percepción baja en control CRED percibieron principalmente como regular o buena los factores de la asistencia sanitaria (11%); para las que calificaron de regular la atención CRED percibieron como baja o buena los factores de la asistencia sanitaria (24.4%). Las que calificaron como buena la atención CRED percibieron como regular o buena los factores de asistencia sanitaria (26.8%); y quienes percibieron como excelente la atención CRED

consideraron solo regular y buena los factores de asistencia sanitaria (12.2%). Las enfermeras percibieron entre regular y/o buena simultáneamente la Atención de control CRED y los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro (44.7%), demostrándose una distribución de la percepción difusa de las enfermeras, sin predilección por alguno (Tabla 12).

Tabla 13

*Distribución de la percepción de la Atención de control CRED y los factores relacionados con el suplemento de hierro en su Adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

Tabla de contingencia Atención de control CRED \* Factores relacionados con el suplemento de hierro

		Factores relacionados con el suplemento de hierro				Total	
		Baja	Regular	Buena	Excelente		
Atención de control CRED	Baja	Recuento	4	3	4	1	12
		% del total	4,9%	3,7%	4,9%	1,2%	14,6%
	Regular	Recuento	7	13	4	3	27
		% del total	8,5%	15,9%	4,9%	3,7%	32,9%
	Buena	Recuento	3	5	18	4	30
		% del total	3,7%	6,1%	22,0%	4,9%	36,6%
	Excelente	Recuento	1	1	7	4	13
		% del total	1,2%	1,2%	8,5%	4,9%	15,9%
	Total	Recuento	15	22	33	12	82
		% del total	18,3%	26,8%	40,2%	14,6%	100,0%

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

La percepción de la Atención de control CRED versus los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia mantuvo la misma distribución. Las que tuvieron percepción baja de atención CRED calificaron de baja o buena para los Factores relacionados con el suplemento (9.8%); quienes calificaron como regular la atención CRED, percibieron como regular o baja los factores relacionados con el suplemento (24.4%); para las enfermeras que percibieron como buena la atención CRED, calificaron como buena o regular los factores relacionados al suplemento (28.1%); y cuando calificaron de excelente la atención CRED percibieron como buena o excelente los factores relacionados al suplemento (13.4%). Las percepciones simultáneas más frecuentes fueron buena + buena (22.0%) y regular + regular (15.9%) (Tabla 13).

### **3.2 Contrastación de hipótesis**

#### **Hipótesis General**

Para la prueba de hipótesis se prevé los siguientes parámetros

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error.

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ )

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna ( $H_a$ )

Prueba de hipótesis general

$H_0$ . No existe relación directa y significativa entre Atención de control CRED con la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017

$H_i$ . Existe relación directa y significativa entre Atención de control CRED con la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017

Spearman:

Nivel de confianza al 95%

Valor de significancia:  $\alpha = 0.05$

Tabla 14

*Correlación entre Atención de control CRED y la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

		Atención de control CRED	Adherencia a suplemento de hierro
Atención de control CRED	Coeficiente de correlación	1,000	,421**
	Sig. (bilateral)	.	,002
Rho de Spearman	N	82	82
	Coeficiente de correlación	,421**	1,000
Adherencia a suplemento de hierro	Sig. (bilateral)	,002	.
	N	82	82

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La contrastación de la hipótesis general mostró que la Atención de control CRED se relacionó directa y significativamente con la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho – 2017 ( $p = 0,002 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,421), siendo la correlación positiva de intensidad moderada, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Por ello, una mejor atención de control CRED permitió una mejor adherencia al suplemento de hierro (Tabla 14).

### **Hipótesis específicas**

#### **Primera hipótesis específica**

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ )

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna ( $H_a$ )

Prueba de primera hipótesis específica

Ho. No existe relación directa y significativa entre Atención de control CRED con los Factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017

Hi. Existe relación directa y significativa entre Atención de control CRED con los Factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017

Spearman:

Nivel de confianza al 95%

Valor de significancia:  $\alpha = 0.05$

Tabla 15

*Correlación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

		Atención de control CRED	Factores relacionados con la madre
Atención de control CRED	Coeficiente de correlación	1,000	,409**
	Sig. (bilateral)	.	,005
Factores relacionados con la madre	N	82	82
	Coeficiente de correlación	,409**	1,000
	Sig. (bilateral)	,005	.
	N	82	82

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La contrastación de la primera hipótesis específica mostró que la Atención de control CRED se relacionó directa y significativamente con los Factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho – 2017 ( $p = 0,005 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,409), siendo la correlación positiva de intensidad moderada, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Por ello, una mejor atención de control CRED permitió un mejor manejo de los Factores relacionados con la madre en la adherencia al suplemento de hierro (Tabla 15).

### **Segunda hipótesis específica**

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna  $H_a$

Prueba de segunda hipótesis específica

$H_0$ . No existe relación directa y significativa entre Atención de control CRED con los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017

$H_i$ . Existe relación directa y significativa entre Atención de control CRED con los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017

Spearman:

Nivel de confianza al 95%

Valor de significancia:  $\alpha = 0.05$

Tabla 16

*Correlación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

		Atención de control CRED	Factores relacionados con la asistencia sanitaria
Atención de control CRED	Coefficiente de correlación	1,000	,266**
	Sig. (bilateral)	.	,031
Rho de Spearman	N	82	82
Factores relacionados con la asistencia sanitaria	Coefficiente de correlación	,266**	1,000
	Sig. (bilateral)	,031	.
	N	82	82

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La contrastación de la segunda hipótesis específica mostró que la Atención de control CRED se relacionó directa y significativamente con los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho – 2017 ( $p = 0,031 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,266), siendo la correlación positiva de intensidad baja, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Por ello, una mejor atención de control CRED permitió un mejor manejo de los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia al suplemento de hierro (Tabla 16).

### **Tercera hipótesis específica**

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna  $H_a$

Prueba de tercera hipótesis específica

Ho. No existe relación directa y significativa entre Atención de control CRED con los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su Adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017

Hi. Existe relación directa y significativa entre Atención de control CRED con los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su Adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017

Spearman:

Nivel de confianza al 95%

Valor de significancia:  $\alpha = 0.05$

Tabla 17

*Correlación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con el suplemento en su adherencia según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho - 2017*

			Atención de control CRED	Factores relacionados con el suplemento de hierro
	Atención de control CRED	Coefficiente de correlación	1,000	,468**
		Sig. (bilateral)	.	,000
Rho de Spearman		N	82	82
	Factores relacionados con el suplemento de hierro	Coefficiente de correlación	,468**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	82	82

*Nota:* Resultados del Programa Estadístico SPSS versión 21.0

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La contrastación de la tercera hipótesis específica mostró que la Atención de control CRED se relacionó directa y significativamente con los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia según las enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho – 2017 ( $p = 0,000 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,468), siendo la correlación positiva de intensidad moderada, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Por ello, una mejor atención de control CRED permitió un mejor manejo de los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia (Tabla 17).

## **IV Discusión**

## Discusión de resultados

El Perú requiere resolver el problema de la anemia y la deficiencia de hierro en los niños, han pasado décadas de resultados infructuosos y poco alentadores, y aunque hay que reconocer que ha disminuido se ha producido en demasiado tiempo.

Las estadísticas poblacionales nacionales han demostrado que las coberturas del suplemento no alcanzaron al 50% y que la adherencia al suplemento de hierro fue menor aún. La estrategia del suplemento de hierro se ha focalizado desde el principio en la atención de la enfermera en crecimiento y desarrollo, pero las madres de familia asocian CRED a inmunizaciones y a control de peso y talla, y las demás intervenciones, dentro de ellas el tamizaje de hemoglobina, suplemento de hierro y tratamiento de anemia, aún no están asociadas a dicha atención, incluso por el propio personal de salud, ello explica las coberturas tan bajas.

Diversos estudios han demostrado que las intervenciones en enfermería, cómo de todos los demás profesionales, requieren un monitoreo porque existieron falencias que deben ser corregidas de diferente forma, según sus características y su contexto. Bogas (2013), en Portugal, y Lenis (2013), en Colombia, encontraron que aunque la satisfacción de los pacientes o la calidad del cuidado de enfermería fueron de nivel alto, no dejaron de señalar que hubo problemas en comunicación o entrega de información, verificación de estado, amabilidad, disposición a escuchar y concluyeron que la aprobación no significaba que no hubieran aspectos a corregir, sobre todo en la relación enfermera-paciente, comunicación y trato personal, que son importantes para la adherencia al suplemento de hierro durante la atención en control CRED.

Brito de Carvalho (2016) y Dantas (2013), en Brasil, encontraron en el monitoreo de CRED, que las consultas realizadas por las enfermeras no eran completas, en relación al desarrollo, así como se encontró personal incompleto, sin capacitación y que no registraban el peso y/o la talla en el carné del niño, concluyendo que las deficiencias de estructura (personal y capacitación) favorecieron las acciones inadecuadas del personal, los seguimientos que se realizaron no fueron efectivos por las acciones que se dejaron de hacer, con incumplimiento de las normas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud.

Aunque en estos casos los estudios fueron dirigidos a desarrollo y crecimiento, el principio es el mismo para las intervenciones relacionadas al suplemento de hierro, ya que las mismas deficiencias acompañan a dicha intervención durante la atención de CRED.

Estudios nacionales, de Fernández (2017), Guinea (2016), Mendizábal (2015), Cullanco (2015), y López (2015), también han evaluado la percepción sobre la imagen, la calidad de la atención o la satisfacción de la madre durante la atención de control CRED, y estos coincidieron en calificarlos como medianamente favorable o satisfactorio. Las razones mencionadas y comunes para merecer dicha calificación fueron atención rutinaria, débil acción educadora, orientadora o de información, omisión de aspectos valorados por los padres (trato, relación interpersonal o detallar los procesos de la consulta), pobre interés por conocer las razones de inasistencia, no entrega de indicaciones escritas y deficiencias en el servicio (materiales, tiempo de espera y tiempo de consulta). Sin embargo, no dejaron de reconocer los aspectos técnicos de la enfermera al cumplir su función. Estas deficiencias afectaron la Atención de control CRED en relación a las intervenciones de inmunizaciones, control de crecimiento y evaluación de desarrollo, pero también afectaron las demás intervenciones que se realizan durante el CRED, incluyendo el tamizaje de hemoglobina, suplemento de hierro y tratamiento de anemia.

El estudio coincide con los trabajos nacionales e internacionales mencionados, porque ha demostrado que hubo una relación directa y significativa ( $p = 0,002 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,421) entre la Atención de control CRED y la Adherencia a suplemento de hierro, aunque fue de intensidad moderada.

Pereira (2017), demostró que la intervención del suplemento de hierro como medida preventiva de la anemia por deficiencia de hierro fue irregular, ya que el suplemento se inició antes o después de lo establecido por el Ministerio de Salud de Brasil, e incluso a menos de la mitad de los niños evaluados se les realizó la prueba de hemoglobina. Pero, las madres demostraron un conocimiento inespecífico sobre anemia y sus consecuencias, y de ellas solo la mitad refirieron que lo estuvieron usando o lo habían usado, pero percibieron las reacciones adversas con su uso, por lo que concluyó que estos fueron factores limitantes para

la prevención de la anemia por deficiencia de hierro y que debían ser trabajados con las madres y el personal de salud, especialmente las enfermeras.

Freitas (2015), estudiando la adhesión a micronutrientes con niños prematuros, encontró bajos niveles de ferritina a los seis meses de edad corregida en los de baja adhesión, que fueron significativos, y aunque la anemia no varió, la deficiencia de hierro se incrementó en este grupo, con 2.5 veces mayor riesgo para anemia, y fue explicado por la baja escolaridad de la madre, con 4.5 veces mayor riesgo de baja adherencia al uso del suplemento de hierro. Fuentes, Mauricio y Juárez (2013), encontraron que, aunque más de la mitad de las madres conocían los micronutrientes, casi el 80% desconocía los efectos adversos y la mayoría de ellas tuvieron conocimiento poco aceptable o no aceptable sobre la administración, y concluyeron que, a pesar de recibir indicaciones sobre micronutrientes, no les enfatizaron sobre los beneficios, efectos adversos y la forma de administración, aunque pudo influir la educación de la madre. Estos estudios han demostrado como ha influido el conocimiento y la actitud de la madre, como también su educación, en la adherencia al suplemento de hierro.

Estudios nacionales también han demostrado la misma influencia de la madre en la adherencia. Lazarte (2017), encontró que factores actitudinales de las madres como la confianza en el micronutriente, el consumo sin tener anemia, temor a los efectos adversos, el olvido o dejar de darle por enfermedad fueron los factores que favorecieron la no adherencia. Por otro lado, Dolores (2017), encontró que un poco más de la mitad de las madres les dieron el suplemento de hierro a sus hijos y concluyó que hubo satisfacción media por la consejería recibida pero baja por desconocer cuándo suspender la suplementación, el esquema del suplemento y las consecuencias de la anemia. Junco (2015), encontró que la intervención educativa y comunicacional del sector salud fue insuficiente, no todas las madres participaron en las sesiones demostrativas y los obstáculos culturales y lingüísticas de las madres no favorecieron una adherencia apropiada y perenne. Estos mencionan los múltiples factores ligados a la madre que favorecen o limitan la adherencia al hierro.

El estudio concuerda con las investigaciones aludidas líneas arriba, porque ha demostrado que hubo una relación directa y significativa ( $p = 0,005 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,409) entre la Atención de control CRED y los Factores

relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro, aunque fue de intensidad moderada. Ello armoniza con lo descrito por Martín y Grau (2004), que los relaciona con las creencias del paciente y el apoyo social y familiar; aunque Ortiz y Ortiz (2007), mencionó la falta de motivación, el desconocimiento, o la baja autoestima.

Espichan (2013), también los relacionó a las redes de apoyo, la responsabilidad familiar compartida en el tratamiento y las actividades diarias relacionadas al consumo, y encontró que se relacionaron con una adherencia media. Hinostroza (2015), lo relacionó a los saberes de la madre, su disposición frente a los micronutrientes y el cumplimiento en la administración, y encontró que hubo mejor adherencia cuando el bienestar del niño era lo fundamental para la madre y hacían todo lo necesario para que estuvieran sanos. Delgado y Madrid (2016), lo relacionaron al reconocimiento de la efectividad, su complejidad, fracaso previo, temor a los efectos adversos del tratamiento, importancia del monitoreo del consumo, frecuencia de incumplimiento por olvido, la presencia de redes de apoyo y el compromiso familiar con el suplemento de hierro, y encontraron una relación con adherencia media de esta dimensión.

Ya se mencionó que, Pereira (2017), enfatizó que menos de la mitad de los niños les realizaron la prueba de hemoglobina, incumpliendo las normas técnicas impartidas por el Ministerio de Salud de Brasil, por lo que fue un factor limitante para la prevención de anemia ferropénica. Cembranel (2013), encontró una baja cobertura del Programa Nacional de Suplemento de Hierro, pero consideró que no fue problema de acceso a los servicios de salud, sino que fueron problemas de distribución y/o la falta de prescripción del suplemento por el personal de salud. Dantas (2013), también mencionó la influencia negativa de la estructura del servicio de salud con personal incompleto y deficientemente capacitado en la atención de control CRED. Estos problemas son comunes en nuestro país, y como es obvio afectaron la cobertura y la adherencia al suplemento de hierro.

En el nivel nacional, Lazarte (2017), describió como factores de riesgo para la no adherencia a los multimicronutrientes la demora en la atención y la percepción de que el personal no tuvo conocimiento suficiente sobre el uso del multimicronutrientes durante la consejería. Una de las conclusiones de Junco

(2015), fue que resultó un obstáculo la capacidad limitada del personal de salud en el procedimiento estandarizado de la prueba de hemoglobina para un diagnóstico confiable. Ocampo (2015), en su estudio de adherencia en pacientes hipertensos, consideró que uno de los factores más determinantes para la no adherencia fue el trato del personal de salud. Laveriano (2013), también mencionó la deficiente capacitación del personal en anemia y suplemento de micronutrientes, la falta de guías técnicas relacionadas al tema y problemas en la distribución del producto, que incluyó distribución inoportuna, recepción inadecuada sin registro secuencial del mismo, y almacenamiento inapropiado.

Similar a los trabajos mencionados, el estudio logró demostrar que hubo una relación directa y significativa ( $p = 0,031 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,266) entre la Atención de control CRED y los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro, aunque de intensidad baja. Aunque el resultado pudiera ser explicado porque el estudio fue dirigido al personal de salud y no al usuario, coincide con lo expresado por Martín y Grau (2004), quienes lo relacionan con la satisfacción del usuario, que incluye características como la comunicación, la percepción de la calidad y capacidad del personal de salud, e incluso las características del lugar de atención hasta las expectativas del paciente respecto al servicio.

Según Ortiz y Ortiz (2007), la adherencia está bien relacionada con la satisfacción del paciente, como reflejo de la relación prestador de salud-paciente. Espichan (2013), lo relacionó a conocimiento y adiestramiento del personal, su relación con el paciente, a los sistemas de distribución del suplemento, y la disponibilidad para el monitoreo de este, y le encontró una relación con adherencia media. Hinostroza (2015), lo relacionó a la información proporcionada por el personal y su estilo de comunicación, y a las dificultades en el recojo del suplemento, encontrando que hubo baja adherencia a pesar de recibir la información necesaria. Delgado y Madrid (2016), también lo relacionó a conocimiento y adiestramiento del personal, a los sistemas de distribución del suplemento, la disponibilidad para el monitoreo de este y en la confianza en el personal de salud, encontrando una relación con la adherencia media.

Por otro lado, Pereira (2017), encontró que las madres percibieron los efectos secundarios producto del uso del sulfato ferroso, que finalmente resultó como un factor limitante en la prevención de la anemia ferropriva, y obviamente en la adherencia al suplemento, por lo que recomendó mejorar la información sobre anemia y el uso diario del sulfato ferroso, tanto hacia las madres como al propio personal de salud. Cantero (2015), en su estudio relacionado a la adherencia y satisfacción del usuario en pacientes diabéticos adultos, encontró que una proporción importante de pacientes no recibieron información sobre efectos secundarios y contraindicaciones de la medicación, ni sobre el impacto personal, familiar, social y laboral de la enfermedad, por lo que concluyó que estuvieron peor informados en los aspectos negativos del tratamiento y los que recibieron mejor información, con un lenguaje comprensible y tiempo, presentaron mayor satisfacción y mejor adherencia al tratamiento.

Asimismo, Galindo (2014), demostró que cuando la mayoría de los niños recibieron el suplemento, los padres identificaron los efectos beneficiosos por su consumo, y lograron disminuir sustancialmente la proporción de niños con anemia y deficiencia de hierro. Abdinia (2014), reportó que cerca al 20% de madres se negaron al uso del hierro debido a los efectos secundarios y concluyó que el desconocimiento provocó poca actitud y desempeño en las madres.

En el Perú, Lazarte (2017), reportó como factores de riesgo actitudinales el temor a los efectos adversos y otras molestias asociadas al uso del hierro, pero como factor protector relacionado al mismo suplemento la percepción de los beneficios, su presentación y su textura. Medina (2017), en su estudio en gestantes, también consideró que la presencia de los efectos secundarios afectó la adherencia. Espichán (2013), encontró que los factores relacionados con el tratamiento fue uno los que más influyeron en la adherencia.

Los resultados del estudio confirman las investigaciones aludidas líneas arriba, porque ha demostrado que hubo una relación directa y significativa ( $p = 0,000 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,468) entre la Atención de control CRED y los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su Adherencia, aunque fue de intensidad moderada. Aunque Freitas (2015), en su estudio en niños diabéticos y su adherencia, no encontró asociación entre el conocimiento en diabetes del niño

y sus familias, con el buen control y la adherencia; como también fue reportado por Sezik (2015), que tampoco encontró relación entre el uso del suplemento de hierro y recibir información sobre los efectos adversos. Sin embargo, Martín y Grau (2004), lo relacionaron a la complejidad, la relación costo-beneficio y los efectos secundarios del tratamiento, igual que Ortiz y Ortiz (2007), Espichán (2013), Hinostroza (2013), y Delgado y Madrid (2016).

## **V. Conclusiones**

**Primera:**

La prueba de hipótesis general mostró que la Atención de control CRED se relacionó directa y significativamente con la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho – 2017 ( $p = 0,002 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,421), siendo la correlación positiva de intensidad moderada, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Por ello, una mejor atención de control CRED permitió una mejor adherencia al suplemento de hierro.

**Segunda:**

La prueba de la primera hipótesis específica mostró que la Atención de control CRED se relacionó directa y significativamente con los Factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho – 2017 ( $p = 0,005 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,409), siendo la correlación positiva de intensidad moderada, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Por ello, una mejor atención de control CRED permitió un mejor manejo de los Factores relacionados con la madre en la adherencia al suplemento de hierro.

**Tercera:**

La prueba de la segunda hipótesis específica mostró que la Atención de control CRED se relacionó directa y significativamente con los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro según las enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho – 2017 ( $p = 0,031 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,266), siendo la correlación positiva de intensidad baja, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Por ello, una mejor atención de control CRED permitió un mejor manejo de los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia al suplemento de hierro.

**Cuarta:**

La prueba de la tercera hipótesis específica mostró que la Atención de control CRED se relacionó directa y significativamente con los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia según las enfermeras del MINSA de San

Juan de Lurigancho – 2017 ( $p = 0,000 < 0,05$ ; Rho de Spearman = 0,468), siendo la correlación positiva de intensidad moderada, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Por ello, una mejor atención de control CRED permitió un mejor manejo de los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia.

## **VI. Recomendaciones**

**Primera:**

Respecto a la relación entre Atención de control CRED y Adherencia a suplemento de hierro, se recomienda a las autoridades de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro:

Desarrollar talleres de evaluación reflexiva, por establecimiento de salud o microrredes, con la finalidad de que el personal de salud, especialmente enfermeras, internalicen el problema revisando la información de su propio establecimiento de salud, comparando las coberturas de inmunizaciones, control CRED y suplemento de hierro, estableciendo las causas desde el punto de vista del personal de salud pero también desde el punto de vista del paciente, con capacidad autocrítica para corregir errores. Las enfermeras son las que mejor conocen el problema porque lo viven a diario, pero ocurre la falta de oportunidad de autorreflexión y de ser escuchadas, pues sus aportes podrían significar importantes avances en la solución del problema. Queda implícito que el personal deseará tener mejor conocimiento del problema para elegir las mejores alternativas de solución según el contexto de cada establecimiento, así como reconocer la necesidad de empoderar a las madres en el tema de la anemia infantil para mejorar la adherencia al suplemento de hierro.

Desarrollar talleres de capacitación regular o rotaciones a hospitales, que incluyan el tema de anemia, suplementación de hierro, adherencia al tratamiento, revisiones de tesis (en especial aquellas realizadas en su propio distrito), etc., con el propósito de que el personal responda a las expectativas de los usuarios, pero debe también incluir un sistema de monitoreo para evaluar los cambios que se producen como producto del mismo; la capacitación permanente genera mayor estímulo y compromiso en el personal de salud y debe llevar a ganar la confianza en los usuarios al ver los cambios en el desempeño de los profesionales de la salud. Este proceso, además, es parte de una buena gestión de los servicios de salud y está relacionada con la calidad de atención. La capacitación del personal debe ser obligatoria y permanente.

Mejorar las relaciones interpersonales con las usuarias, en relación a la calidad de atención, con énfasis a la atención humanizada, personalizada y enfocada a la usuaria, y a la mejora de su capacidad educadora, orientadora y

comunicadora relacionada a la prevención o tratamiento de la anemia, que pueden ser favorecidos por los dos procesos mencionados anteriormente.

Incluir permanentemente la atención integral y completa, con énfasis en los problemas de salud pública nacionales, como es el caso de la anemia, de modo que no se focalice las atenciones en CRED en inmunizaciones y evaluación de crecimiento, sino también la evaluación de desarrollo y la suplementación de hierro o tratamiento de anemia, mejorando el registro en el carné y entregando siempre las indicaciones en forma escrita, tal como lo mencionan los estudios revisados.

### **Segunda:**

Respecto a la relación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro, se recomienda a las autoridades de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro:

Desarrollar actividades de socialización de los procesos de la atención de control CRED, para que la madre usuaria conozca lo que debe recibir durante la atención CRED, de modo que, por un lado, se empodera a las madres sobre los procesos implícitos en la atención y les da la opción de solicitar o reclamar dichos procesos (tamizaje de Hb, suplemento de hierro, tratamiento de anemia, etc.), mientras que por otro lado, permite retroalimentar a las enfermeras sobre las actividades que deben de realizar siempre durante las consultas de CRED, dependiendo de la edad del niño.

Desarrollar actividades de educativas comunicacionales sobre anemia, sus causas y consecuencias, prevención y tratamiento, etc. (charlas intramuros y uso de videos y TV durante la espera de atención, charlas en la comunidad y en las escuelas, en visitas domiciliarias, spots intramuros y en los mercados, afiches, banderolas, trípticos, dípticos, etc.). Todo el personal debe estar capacitado para dar información a cualquier usuario en todo momento.

Desarrollar actividades para generar madres informadas en suplemento de hierro o tratamiento de anemia, que incluya dosis, horario, duración o tiempo a dar la medicación o suplemento, beneficios y reacciones adversas, con el objetivo de mejorar la adherencia y la confianza de la madre en la intervención. Hay que considerar el nivel de educación de la madre para establecer la forma de entregar

la información y mejorar la actitud de la madre en la intervención. Sin embargo, es necesario recalcar que se necesita que el personal confíe en el producto (multimicronutrientes y sulfato ferroso) y la intervención para generar dicha confianza. El personal que no muestra confianza en el producto ni en la intervención, no generará confianza en la madre usuaria.

Mejorar la cobertura y estilo de la consejería u orientación en anemia, lo que lleva implícito la capacitación del personal en el tema, para manejar criterios estándares y mensajes únicos, sin confundir a la madre usuaria. Recordar que no siempre puede haber tiempo para una consulta de consejería estándar, pero puede alcanzarse a realizar una sesión de orientación nutricional, por cualquier personal, pero con criterios estandarizados.

Mejorar la cobertura de Sesiones Demostrativas intramuros e implementar las Sesiones Demostrativas Comunitarias (en la casa comunal, comedor popular o casa de una madre), para aumentar las frecuencias de las sesiones demostrativas y aumentar el número de preparaciones con alimentos ricos en hierro que las madres conozcan y sepan preparar, para que tengan mayores alternativas de alimentos a usar, para cambiar los hábitos alimentarios en sus familias y los niños.

Fomentar la participación del padre y la familia, informándoles sobre anemia y su prevención o control, para generar el apoyo familiar y la adherencia al suplemento o tratamiento, enfatizando en el bienestar del niño y los beneficios que implica en su futuro el asegurar la participación en la intervención de prevención y control de anemia.

### **Tercera:**

Respecto a la relación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro, se recomienda a las autoridades de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro:

Mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería de control CRED, evaluando si con uno o dos consultorios por día podría lograr alcanzar la cobertura de su población asignada en el establecimiento, lo que puede explicar la baja cobertura. Una alternativa sería ampliar de manera efectiva el número de personal de salud que indica la suplementación de hierro con: el personal de

inmunizaciones (cuando existe consultorio PAI independiente de CRED), personal del consultorio de nutrición, otro personal de salud disponible (incluso por horas pre establecidas durante los turnos de mañana/tarde o durante la semana) que solo registre e indique el suplemento de hierro, o implementar en todos los establecimientos de salud los consultorios de PAI independientes que a la vez también se responsabilicen de la suplementación de micronutrientes, considerando que es una atención mensual a todos los niños durante una año y usualmente para entrega del suplemento de hierro y las orientaciones necesarias, tarea muy similar a la de inmunizaciones.

Mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería de control CRED, dotando del material, equipos y recursos necesarios, especialmente para el tamizaje de hemoglobina, considerando que en el país la mitad y en Lima un tercio de los niños requieren tratamiento de anemia y no solo suplementación.

Evaluar y asegurar la prescripción del suplemento de hierro o tratamiento de anemia al niño por el personal de salud, disminuyendo las oportunidades perdidas, durante la consulta de control CRED o durante la visita al establecimiento de salud, si todo el personal está involucrado en la intervención.

Evaluar si el número de personal de enfermería es suficiente y está suficientemente capacitado, ya que los estudios indican que la percepción de la madre usuaria de que el profesional de la salud no tiene conocimiento suficiente fue un factor de riesgo para la adherencia.

Evaluar los tiempos de espera en atención de control CRED, y si es necesario aumentar el número de consultorios (consultorio PAI, consultorio de nutrición, etc.) y/o redistribuir la carga de pacientes para atención por suplemento de hierro. Ello incluye los tiempos de espera en Laboratorio (por tamizaje de hemoglobina) y farmacia (recepción de multimicronutrientes o sulfato ferroso). Por tanto, asegurar una distribución oportuna de insumos (de laboratorio, suplemento y tratamiento), su registro y monitoreo apropiado, así como un almacenamiento apropiado.

Mejorar el trato de la madre usuaria, así como considerar las expectativas de ella en el servicio brindado y su satisfacción final, como reflejo de la relación prestador de salud-paciente.

**Cuarta:**

Respecto a la relación entre Atención de control CRED y los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su Adherencia, se recomienda a las autoridades de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro:

Mejorar la información sobre los factores relacionados con el suplemento de hierro porque se ha demostrado que es uno de los que más influye en la adherencia, lo que se debe informar a la madre: duración, dosis, horarios, alimentos que favorecen o disminuyen la absorción, etc., relacionados al uso del suplemento.

Mejorar la información sobre los efectos secundarios, considerando que es el factor de riesgo más importante en la adherencia en esta dimensión, dirigido a los profesionales de la salud y las madres usuarias, con la finalidad de mejorar la actitud a la suplementación. Puede ser útil el uso de guías clínicas para el tema.

Mejorar la información e identificación de los beneficios del uso del suplemento de hierro o tratamiento de anemia, sobre el impacto en la salud del niño en el presente y en el futuro, considerando que es el mejor factor protector de la intervención. Si la madre establece claramente los beneficios de la intervención, mejorará su actitud al mismo, mostrará mayor satisfacción y habrá mayor adherencia al suplemento de hierro o tratamiento de anemia.

**Quinta:**

Se recomienda a las autoridades de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro:

Establecer políticas públicas en el ámbito local y mejorar las actividades intersectoriales, en especial con los gobiernos locales, las organizaciones privadas y las organizaciones de base, para mejorar el acceso a los alimentos ricos en hierro, estableciendo coordinaciones para la disponibilidad, acceso y uso de las vísceras sólidas y la sangre como fuentes de hierro en niños y gestantes, ya que el

suplemento está asociado a efectos secundarios que no favorecen su consumo o adherencia a periodos largos de seis a doce meses.

Establecer políticas claras en las líneas de investigación en el ámbito de su jurisdicción, estableciendo convenios con las Universidades, priorizando temas de investigación que le son de interés y que están relacionados a temas de salud pública actuales y con impacto en la población y en los servicios de salud, como encuestas de satisfacción, encuestas de exploración de conocimientos y creencias de las usuarias, relacionadas a la atención en CRED, a la suplementación, a inmunizaciones, etc., en que la institución brinde todas las facilidades para que se lleven a cabo en el periodo más breve y se socialice los resultados para la toma de decisiones.

**Sexta:**

Se recomienda a las enfermeras de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, especialmente en el distrito de San Juan de Lurigancho:

Realizar una evaluación personal del problema de la anemia, suplementación de hierro, adherencia, seguimiento, monitoreo, participación e involucramiento de la madre, etc., con la información que tienen registrada y con la experiencia que tienen de vivir con el problema, y continuar con una autoevaluación en qué forma o modo, qué estrategia se puede usar, con el personal disponible, para iniciar un cambio en este problema, recordando que no existen recetas únicas de soluciones, sino la aplicación de nuestra mejor opinión a nuestra realidad y contexto concreto, que tenemos en nuestro establecimiento y que no es igual a ningún otro.

## **VII. Referencias Bibliográficas**

- Abdinia, B. (2014). Maternal Knowledge and Performance about Use of Iron and Multivitamin Supplements in Children in Northwest of Iran. *International Journal of Pediatrics*, 2(2.2), 119-123. Doi: 10.22038/ijp.2014.2438
- Abeya E, Del Pino M, Di Candia A, Fano V, Krupitzky S, Fernández M y Orazi V. (2004). El desarrollo del niño. Una definición para la reflexión y la acción. *Arch. Argent. pediatr*, 102(3), 312-313.
- Abos E, Cortés M, Franco E, García S, Giraldo P, Giralt M... Solano V. (2004). *Guía Clínica de actuación diagnóstica y terapéutica en la anemia ferropénica*. Zaragoza, España: Departamento de Salud y Consumo - Gobierno de Aragón.
- Aixalá M, Basack N, Deana A, Depaula S, Donato H, Eandi S, et al. (2012). *Anemias*. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Argentina de Hematología.
- Arantes R. (2014). *Avaliação da assistência pré-natal: em foco a estrutura e o processo assistencial, 2014* (Tesis de Maestría). Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil.
- Baena G. (2014). *Metodología de investigación: Serie integral por competencias*. México DF, México: Grupo Editorial Patria SA de CV.
- Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y Enfermería*, 7(2): 19-25.
- Behar D. (2008). *Metodología de investigación*. Tucumán, Argentina: Grupo Editorial Shalom SRL.
- Benavente B, Gallegos A. (2016). *Factores relacionados a la deserción del control de crecimiento y desarrollo niños menores de 4 años C.S. Ampliación Paucarpata 2015* (Tesis de titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Arequipa, Perú.
- Bogas S. (2013). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Viseu, Portugal.
- Boza R, Solano E. (2017). *Percepción de la calidad que tienen los usuarios sobre la atención que brinda la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital*

*Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, durante febrero y marzo del año 2016* (Tesis de Maestría). Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica.

Brito de Carvalho E., and Wanick Sarinho S. (2016). The nursing consultation in monitoring child growth and development in the family health strategy. *J Nurs UFPE on line. Recife*, 10(Suppl. 6):4804-12. Doi: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201612

Bueno E. (2003). *La investigación científica: Teoría y metodología*. Zacatecas, México: Unidad Académica de Ciencias Sociales.

Cantero A. (2015). *Percepción y cumplimiento del derecho de información a pacientes diabéticos en Atención Primaria: su relación con la adherencia y la satisfacción del usuario* (Tesis de doctorado). Universidad de Murcia. Murcia, España.

Carrasco S. (2009). *Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima, Perú: Editorial San Marcos.

Castro S. (2016). *Nivel de satisfacción de las madres de niños y niñas menores de 1 año sobre la calidad de atención brindada por la enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo de la Microred Yugoslavia Nuevo Chimbote 2016* (Tesis de pos grado). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

Cembranel F, Corso A, González-Chica D. (2013). Coverage and adequacy of ferrous sulfate supplementation in the prevention of anemia among children treated at health centers of Florianopolis, Santa Catarina. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(3), 315-323. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000300007>

Cornejo CP. (2016). *Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Corral Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33): 228-247.
- Crosby B. (1980). *Quality is free: the art of making quality certain*. New York, USA. McGraw-Hill.
- Cubillos M, Rozo D. (2009). El concepto de calidad: historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista Universidad de La Salle*, N° 48, 80-99. <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/1260>
- Cullanco D. (2015). *Satisfacción de las madres respecto al cuidado que brinda la enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud de Lince - Lima 2015* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Cusminsky M. (1990). *Control del niño al alcance del pediatra general*. En: Meneghello J. (Ed). *Diálogos en Pediatría I*. (pp. 28-44). Santiago de Chile, Chile. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.
- Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R, Martell M, Fescina R. (1986). *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*. Washington D. C., EEUU: Organización Panamericana de la Salud.
- Dantas AC, Figueroa D. (2013). Child growth monitoring in Family Health Basic Units in the municipality of Queimadas, Paraíba, Brazil. *Texto & Contexto Enfermagem*. 22(4):1169-1178. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/36.pdf>
- De Barros SF, Cardoso MA. (2016). Adherence to and acceptability of home fortification with vitamins and minerals in children aged 6 to 23 months: a systematic review. *BMC Public Health* 16:299. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2978-0>
- De Benoist B., McLean E., Egli I., Cogswell M. (Ed.), (2008). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia*. Geneva, Switzerland: WHO. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf)

- De Paz R, Canales M, y Hernández F. (2006). Anemia Ferropénica. *Med Clin (Barc)*, 127(3):100-103
- Delgado M, Madrid D. (2016). *Factores de adherencia a la suplementación con Nutromix en niños de 6 a 36 meses, que asisten al Centro de Salud Corrales - Tumbes, 2016* (Tesis de titulación). Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes, Perú.
- Deming W. (1950). *Some Theory of Sampling*. New York, USA. Dover Publications, INC.
- Deming W. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge, Mass. USA. MIT, Center for Advanced Educational Services.
- Dolores G. (2017). *Nivel de satisfacción materna sobre la atención del personal de salud responsable de la suplementación con hierro en menores de tres años en el Centro Materno Infantil "Sureños", Puente Piedra - Lima* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Donabedian A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. En: Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. I. (pp. 1-163). Ann Arbor. Michigan. Health Administration Press.
- Donabedian A. (1988). Veinte años de investigación en torno a la calidad de atención médica, 1964-1984. *Salud Publica de México*, 30: 202-215.
- Donabedian A. (1992). *Evaluación de la calidad de la atención médica*. En Kerr W. (Ed.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (pp. 382-404). Washington, D.C. E.U.A. Organización Panamericana de la Salud.
- Drake I. y Bernztein R. (2009). Costo-beneficio de un programa preventivo y terapéutico para reducir la deficiencia de hierro en Argentina. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 25(1), 39-46.
- Espichán P. (2013). *Factores de adherencia a la suplementación con sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, de asentamientos humanos del Distrito de San Martín de Porres* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Espinoza M. (2015). *Percepción de la madre de niños sobre el cuidado de enfermería en su dimensión nutricional-Piura, 2014* (Tesis de maestría). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, Piura, Perú.
- Fernández N, Aguirrezabalaga B. (2006). Anemias en la infancia. Anemia ferropénica. *Bol Pediatr*, 46(Supl.2):311-317. [https://www.sccalp.org/boletin/46\\_supl2/BolPediatr2006\\_46\\_supl2\\_311-317.pdf](https://www.sccalp.org/boletin/46_supl2/BolPediatr2006_46_supl2_311-317.pdf)
- Fernández R. (2017). *Opinión sobre la imagen del profesional de enfermería de las madres de familia que acuden al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Zárate 2016* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Flehmg I. (1988). *Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y tratamientos tempranos*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Foy H, Layrisse M, Mofidi M, Ramalingaswami V, Vilter R, Woodruff W. (1959). *Anemia Ferropénica*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Freitas B. (2015). *Restrição do crescimento extrauterino, amamentação e avaliação da adesão e influência da suplementação com micronutrientes nas prevalências de deficiências de ferro, zinco e vitamina A em prematuros* (Tesis de doctorado). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
- Fuentes CA, Mauricio E, Juárez JO. (2013). *Conocimientos y prácticas sobre administración de micronutrientes (vitamina a, hierro y zinc) que tienen las madres de los niños menores de 5 años de edad que acuden a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Francisco Gotera, Morazán; Estanzuelas, Usulután; Huisquil, La Unión. Año 2013* (Tesis de doctorado). Universidad de El Salvador, San Miguel, El Salvador, Centro América.
- Galindo M. (2014). *Efecto de la fortificación casera con micronutrientes en polvo, como una estrategia de intervención contra la deficiencia de*

*micronutrientes en población infantil de 12 hasta 59 meses, de cuatro municipios del departamento de Atlántico, pertenecientes a programas de complementación alimentaria Año 2013* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Gómez S. (2012). *Metodología de la investigación*. México, México: Red Tercer Milenio.

Grad E, Segal L, Celestino J, Pedra C, Díaz A, Ranierí F. (2004). *Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años. Módulo 1: 1° año de vida*. Buenos Aires, Argentina: Programa Materno Infantil.

Guevara S. (2013). *Percepción de las madres acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el consultorio de CRED de la red de EsSalud "San José" - 2012* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Guinea M. (2016). *Percepción de los padres de niños (as) menores de 5 años sobre la atención humanizada de la enfermera en el servicio de CRED en el Centro de Salud Mirones - 2016* (Tesis de pos grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Harris-Wehling J. (1990). *Defining Quality of Care*. En: Lohr K. (Ed). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume II*. Washington, DC. US. National Academy Press.

Hernández F, Alcántara A, Contreras H. (2012). *Niveles de evaluación de la calidad*. En: Alcántara A. (Ed). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp. 47-58). México, México. Secretaría de Salud.

Hernández M, Oropeza M, Rábago M y Solano T. (2010). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro*. México DF, México: Secretaría de Salud.

Hernández R, Fernández C, y Baptista M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.

- Hinostroza M. (2015). *Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, Cercado de Lima* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Honorato J. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico. *Medicina respiratoria*, 8 (1): 47-52.
- Illingworth R. (1989). *El niño normal. Los problemas de los primeros años de vida y su tratamiento*. México, México. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- INEI. (2017). *Perú, Encuesta nacional demográfica y de salud familiar 2016 Nacional y Regional*. ENDES. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- INEI. (2017). *Perú, Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2011-2016. Encuesta nacional demográfica y de salud familiar (Resultados Preliminares)*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- IOS. (1989). *Quality: terms and definitions*. Geneva, Switzerland. International Organization for Standardization.
- IOS. (2015). *ISO 9000 International Standard. Quality management systems - Fundamentals and vocabulary*. Geneva, Switzerland. International Organization for Standardization. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es>
- Ishikawa K. (1986). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Bogotá, Colombia. Grupo Editorial Norma.
- Jiménez V. (2016). *Calidad de atención de enfermería en pacientes postquirúrgicas servicio gineco-obstétrico Hospital General Provincial Docente Ambato, periodo julio a septiembre 2015* (Tesis de Maestría). Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.
- Jimmy B, Jose J. (2011). Adherencia de la medicación del paciente: medidas en la práctica diaria. *Omán Med J*, 26(3): 155-159.

- Juárez D, Madueño A. (2016). *Factores socioculturales y su relación con la adherencia al suplemento de multimicronutrientes en madres que acuden al Centro de Salud Santa Fe, Callao 2016* (Tesis de titulación). Universidad Nacional del Callao, Callao, Perú.
- Junco JE. (2015). *Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Juran J, Blanton A. (1998). *Juran's Quality Handbook*. New York, USA. McGraw-Hill.
- Laveriano EP, Tarazona CE. (2013). *Factores que intervienen en el proceso del programa de suplementación con multimicronutrientes a nivel de establecimientos de salud y madres de familia de la provincia de Vilcashuamán* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Laws R., Campbell K. J., van der Pligt P., Ball K., Lynch J., Russell G., Taylor R. and Denney-Wilson E. (2015). Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. *BMC Nursing* 14:26. Doi: 10.1186/s12912-015-0077-7
- Lazarte A. (2017). *Factores relacionados a la no adherencia del consumo de multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis-2016* (Tesis de maestría). Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú.
- Lenis C. (2013). *Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- López B. (2015). *Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa Lima - Perú,*

- 2014 (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- López L, Romero S, Parra D, Rojas L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. Salud*, 21(1): 117-137.
- López O. (2013). *Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo febrero- abril 2013* (Tesis de posgrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(4): Recuperado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Martín L, Bayarre H, Grau J. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*, 34(1): Recuperado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Martín L, Grau J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1): 89-99
- Martín L, Grau J, Espinosa A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cubana Salud Pública*, 40(2):225-238. Recuperado en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu07214.pdf>
- Martins J y Ramallo M. (2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(6), 1097-1104. DOI: 10.1590/0104-1169.0462.2654
- Medina M. (2017). *Factores que influyen en la adherencia a la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola, Arequipa, 2016* (Tesis de maestría). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.

- Mendizábal S. (2015). *Satisfacción de la madre del niño menor de 1 año sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Señor de los Milagros - Chosica 2014* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Minsa. (2006). *Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de la Niña y el Niño*. Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA. Ministerio de Salud. Recuperado de: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/trans\\_econ/segui\\_acci/documentos/RM292\\_2006.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/trans_econ/segui_acci/documentos/RM292_2006.pdf)
- Minsa. (2017). *Documento Técnico Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*. Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA. Ministerio de Salud. Recuperado de: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM\\_249-2017-MINSA.PDF](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF)
- Minsa. (2017). *Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA. Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/convenios.asp?cboPeriodo=2017&cboDocumentos=2>
- Minsa. (2017). *Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA. Ministerio de Salud. Recuperado de: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM\\_250-2017-MINSA.PDF](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSA.PDF)
- Moreno E, Gil J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>

- Needlman R. (1997). *Resumen y valoración de la variabilidad*. En: Behrman R, Kliegman R, Arvin A. (Ed). *Nelson Tratado de Pediatría* (pp. 35-39). Madrid, España. McGraw Hill - Interamericana de España.
- Ocampo P. (2015). *Factores influyentes sobre el estado de la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
- Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. (2013). Child care consultations held by nurses within the Family Health Strategy. *Rev Rene*. 14(4):694-703. Recuperado de: [http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/183/pdf\\_1](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/183/pdf_1)
- Ortiz M, Ortiz E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*, 135(5): 647-652
- Ortiz Z. (Ed.), (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf)
- Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. (2014). Uso e preenchiemento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. *Rev Esc Enferm USP*, 48(Esp):60-7. Doi: 10.1590/S0080-623420140000600009
- Paredes M. (2015). *Significados en las madres sobre el crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años y el cuidado de enfermería, Magdalena Nueva, Chimbote 2010* (Tesis de maestría). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, Chimbote, Perú.
- Peláez M. (2016). *El niño con diabetes, su familia y la adherencia al tratamiento* (Tesis de doctorado). Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

- Pereira N. (2017). *Prevenção da anemia ferropriva em crianças: foco na adesão ao uso do sulfato ferroso* (Tesis de maestría). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Pérez B, Lorente A, González C, Malillos P, Miranda C, Salcedo E. (2011). *Ferropenia en lactantes y niños pequeños. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha. Guías Conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica de Atención Primaria-Especializada - Gastro-Suroeste*. Madrid, España  
Recuperado en: [http://mcmpediatria.org/protocolos\\_gastro](http://mcmpediatria.org/protocolos_gastro)
- Piaget J, Inhelder B. (1997). *Psicología del niño*. Madrid, España: Ediciones Morata, S.L. Decimocuarta edición.
- Puche R, Orozco M, Orozco B, Correa M, y Corporación niñez y conocimiento. (2009). *Desarrollo infantil y competencias en la primera infancia*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Educación Nacional.
- Quincho C. (2015). *Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en enfermeras de los servicios de control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención en el año 2015* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Quispe M, Ramos W. (2017). *Satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería y deserción al control de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años, Centro de Salud Mariscal Castilla, Arequipa 2016* (Tesis de titulación). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Arequipa, Perú.
- Ramos L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vasculat*, 16 (2): 175-189.
- Reyes L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa Duranguense*, 2(7): 66-77.
- Rodriguez L. (2017). *Estudio para evaluar la satisfacción y adherencia del tratamiento en pacientes que por su dislipemia puedan requerir tratamiento con pitavastatina* (Tesis de doctorado). Universidad de León. León, España.

- Román Y, Rodríguez Y, Gutiérrez E, Aparco JP, Gómez-Sánchez I, Fiestas F. (2015). *Anemia en la población infantil del Perú: Aspectos clave para su afronte*. Lima, Perú: INS-UNAGESP.
- Rosenstock I. (1992). Por qué la gente utiliza los servicios de salud. En White K. (Ed.), *Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una antología* (pp. 405-424). Washington DC, EEUU: OPS.
- Sabaté, E. (Ed). (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Ginebra, Suiza. OMS.
- Sammartino G. (2008). Representaciones culturales acerca de la aceptación y rechazo de la suplementación de hierro. *Arch Argent Pediatr*, 108(5):401-408. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n5/v108n5a05.pdf>
- Sánchez H, Reyes C. (2002). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima, Perú. Editorial Universitaria URP.
- Santisteban C, Valdiviezo A. (2017). *Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 36 meses del Centro de Salud San Martín Lambayeque - 2016* (Tesis de titulación). Universidad Señor de Sipán, Pimentel, Lambayeque, Perú.
- Sezik, HA, Can, H., Kurnaz, MA, Atún, M., y Ay, Z. (2015). Use of iron supplements in children aged 1-2 years with iron deficiency anemia: A cross-sectional study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31 (5), 1227 - 1232. <http://doi.org/10.12669/pjms.315.7334>
- Sinisterra O. et al. (2006). *Evaluación del programa de suplementación con hierro en Panamá*. En Alfaro E., Murillo S. (Ed.), *Avances en investigación en seguridad alimentaria y nutricional (SAN)*. (pp. 58-67). San José, Costa Rica: INCAO/OPS.
- Torres, A. (2002). Crecimiento y Desarrollo. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14(2-4), 54-57. Recuperado de: [http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2\\_4f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2_4f.pdf)

WHO. (2001). *Iron Deficiency Anaemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

## **Anexos**

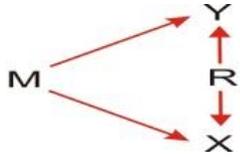
## **Anexo A**

### **Matriz de consistencia**

### Apéndice A: Matriz de consistencia

<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>						
<b>TÍTULO: Atención de control CRED y Adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho - 2017</b>						
AUTOR: Br. Guillermo Luis Gómez Guizado						
<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES E INDICADORES</b>			
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Qué relación existe entre la atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b></p> <p><b>Problema específico 1</b> ¿Qué relación existe entre la atención de control CRED y los factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017?</p> <p><b>Problema específico 2</b> ¿Qué relación existe entre la atención de control CRED y los factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar la relación entre la atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p><b>Objetivo específico 1</b> Determinar la relación entre la atención de control CRED y los factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</p> <p><b>Objetivo específico 2</b> Determinar la relación entre la atención de control CRED y los factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL:</b> La atención de control CRED se relaciona directa y significativamente con la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS:</b></p> <p><b>Hipótesis específica 1</b> La atención de control CRED se relaciona directa y significativamente con los factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</p> <p><b>Hipótesis específica 2</b> La atención de control CRED se relaciona directa y significativamente con los factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</p>	<b>VARIABLE 1: Atención de Control CRED</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala y valores</b>
			D1 Evaluación de crecimiento y desarrollo	1.1 Evaluación de crecimiento 1.2 Evaluación de desarrollo 1.3 Estimulación temprana	1,2,3, 4,5,6, 7,8,9,	5. Muy de acuerdo, 4. De acuerdo, 3. A veces, 2. En Desacuerdo, 1. En Completo desacuerdo.
			D2 Evaluación de enfermedades	2.1 Detección de IRA/EDA 2.2 Tamizaje de parasitosis 2.3 Detección de problemas de salud bucal 2.4 Detección de problemas visuales/auditivos	10,11,12, 13,14, 15,16,17, 18,19,	
			D3 Suplemento de micronutrientes	3.1 Tamizaje de Hemoglobina 3.2 Suplemento de Hierro 3.3 Suplemento de Vitamina A	20,21, 22,23, 24,	
D4 Consejería	4.1 Consejería	25, 26, 27				

Problema específico 3	Objetivo específico 3	Hipótesis específica 3	VARIABLE 2: Adherencia a Suplemento de Hierro			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores
¿Qué relación existe entre la atención de control CRED y los factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017?	Determinar la relación entre la atención de control CRED y los factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017	La atención de control CRED se relaciona directa y significativamente con los factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017	Factores relacionados con la madre	1.1 Saberes de la madre 1.2 Disposición de la madre a los MMN 1.3 Cumplimiento de la madre sobre la administración de MMN 1.4 Participación de la madre en sesión demostrativa	1, 2, 3,  4, 5, 6,  7, 8,  9,10,11,	5. Siempre, 4. Casi siempre, 3. A veces, 2. Casi nunca, 1. Nunca.
			Factores relacionados con la asistencia sanitaria	2.1 Tiempo de espera para control de CRED 2.2 Número de Cupos en control CRED 2.3 Demora en la Atención de farmacia 2.4 Dificultad para el Tamizaje de hemoglobina	12, 13,14, 15,16,17, 18,19,20,	
			Factores relacionados con el suplemento de hierro	3.1 Tiempo de duración del suplemento 3.2 Presencia de efectos adversos 3.3 Percepción de efectos beneficiosos del suplemento	21,22,23,  24,25,  26,27.	

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL									
<p><b>TIPO:</b> El tipo de estudio fue Básico, porque la investigación contribuyó a la búsqueda del conocimiento (Baena, 2014, p.11). Según Hernández (2014), fue descriptiva correlacional, ya que detalló y evaluó características de las variables, para describir el grado de relación entre la atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</p> <p><b>DISEÑO:</b> Por el diseño fue no experimental porque estuvo basado solo en la observación de los hechos, sin la intervención del investigador. Es transversal porque se trabajó en un momento único. Hernández et al (2014), definió los Diseños no experimentales como aquellos que se efectúan sin la manipulación intencional de las variables (p, 152). El diseño correlacional se resume del siguiente modo:</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph LR     M --&gt; X     M --&gt; Y     X &lt;--&gt; Y     subgraph R     X     Y     end             </pre> </div> <p>Dónde: M : Muestra de Estudio X : Atención de control CRED Y : Suplementación de hierro R : Correlación</p>	<p><b>POBLACIÓN:</b> La población estuvo conformada por 104 Enfermeras/os, en cualquier condición laboral, con más de tres meses en Control CRED, en establecimientos de salud del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017.</p> <p><b>TIPO DE MUESTRA:</b> La Muestra fue probabilística, y se trabajó con 82 Enfermeras/os en establecimientos de salud del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</p> <p style="text-align: center;">Tabla <i>Muestra del estudio</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">San Juan de L.</th> <th style="text-align: left;">Enferm</th> <th style="text-align: left;">Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermeras/os del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017</td> <td style="text-align: center;">82</td> <td style="text-align: center;">104</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td style="text-align: center;"><b>82</b></td> <td style="text-align: center;"><b>104</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Nota: La lista de enfermeras/os fue entregada por la Oficina de Estadística de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro 2017.</small></p>	San Juan de L.	Enferm	Total	Enfermeras/os del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017	82	104	<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>104</b>	<p>Variable 1: <b>Atención de control CRED:</b> Instrumento: Se aplicó un cuestionario</p> <p>Variable 2: <b>Adherencia a Suplemento de hierro</b> Instrumento: Se aplicó un cuestionario</p> <p>Autor(a): Br. Guillermo Luis Gómez Guizado</p> <p><b>Técnica:</b> La técnica que se utilizó fue la encuesta.</p> <p><b>Escala de los instrumentos:</b> Tipo Likert</p> <p>Siempre: 5 Casi siempre: 4 A veces: 3 Casi nunca: 2 Nunca: 1</p>	<p>Para el tratamiento de los datos de la muestra, se procesó en el programa estadístico SPSS versión 21.0, donde se elaboró tablas de contingencia para el análisis descriptivo, de las variables y dimensiones.</p> <p>En lo referente a la contrastación de las hipótesis, se utilizó el estadístico de correlación de Spearman para determinar la relación entre las dos variables, con un nivel de confianza de 95% y una significancia bilateral de 5% = 0.05.</p> <p>Los resultados son obtenidos a partir de la muestra estadística constituida por 87 enfermeros.</p>
San Juan de L.	Enferm	Total										
Enfermeras/os del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017	82	104										
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>104</b>										

## **Anexo B**

### **Instrumentos de medición de las variables**

**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO**  
**ESCUELA DE POSGRADO**

**CUESTIONARIO: ATENCIÓN DE CONTROL CRED**

Estimada(o) Enfermera(o):

Esta vez solicito su valioso aporte respondiendo a la presente encuesta anónima que tiene por finalidad realizar un estudio sobre la Atención en Control CRED (Crecimiento y Desarrollo). Para ello recurro a su valiosa colaboración con el objetivo de obtener esta información que será de gran valor para la gestión en los servicios de salud nacional, no dudo de la veracidad de sus respuestas y agradezco su participación.

ESCALA VALORATIVA

CÓDIGO	CATEGORÍA	
MA	Muy de acuerdo	5
DA	De acuerdo	4
CA	Casi de acuerdo	3
ED	En desacuerdo	2
ECD	En completo desacuerdo	1

VARIABLE 1: ATENCIÓN DE CONTROL CRED						
	DIMENSION: EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	2	3	4	5
	<b>1.1 Evaluación de crecimiento</b>					
1	¿Considera usted que la evaluación de crecimiento en la atención de control CRED ocurre en todas las atenciones?					
2	¿Percibe que la evaluación antropométrica en la atención de control CRED es considerada importante por las madres de familia?					
3	¿Usted opina que la evaluación antropométrica en la atención de control CRED es necesaria?					
	<b>1.2 Evaluación de Desarrollo</b>					
4	¿Considera usted que las pruebas de desarrollo se realizan en casi todas las atenciones de controles CRED?					
5	¿Opina que las madres creen que la evaluación de desarrollo es necesaria para sus hijos?					
6	¿Usted opina que las pruebas de evaluación de desarrollo en la atención de control CRED son necesarias?					
	<b>1.3 Estimulación temprana</b>					

7	¿Considera usted que la estimulación temprana en la atención de control CRED se realiza con frecuencia?					
8	¿Considera que las madres esperan se realice estimulación temprana en la atención de control CRED?					
9	¿Usted estima que la estimulación temprana es una actividad necesaria en la atención de control CRED?					
	<b>DIMENSION: EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>2.1 Detección de IRA/EDA</b>					
10	¿Considera usted que la detección de IRA/EDA es una actividad frecuente en la atención de control CRED?					
11	¿Estima que las madres que acuden a la atención de control CRED esperan la detección de IRA/EDA?					
12	¿Usted percibe que la detección de IRA/EDA en la atención de control CRED es necesaria?					
	<b>2.2 Tamizaje de parasitosis</b>					
13	¿Opina que las madres en la atención de control CRED esperan que les realicen el tamizaje de parasitosis a sus hijos?					
14	¿Usted considera que el tamizaje de parasitosis en la atención de control CRED es una actividad necesaria?					
	<b>2.3 Detección de Problemas de salud bucal</b>					
15	¿Usted percibe que la detección de problemas de salud bucal en la atención de control CRED es una actividad frecuente?					
16	¿Estima que las madres en la atención de control CRED esperan la detección de problemas de salud bucal?					
17	¿Considera usted que la detección de problemas de salud bucal es necesaria en todas las atenciones de controles CRED?					
	<b>2.4 Detección de problemas visuales/auditivos</b>					
18	¿En su opinión, la detección de problemas visuales/auditivos son actividades que se realizan con frecuencia en la atención de control CRED?					
19	¿Usted percibe como necesaria la detección de problemas visuales/auditivos en la atención de control CRED?					
	<b>DIMENSION: SUPLEMENTO DE MICRONUTRIENTES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>3.1 Tamizaje de hemoglobina</b>					
20	¿En su opinión, el tamizaje de hemoglobina en los niños es una actividad frecuente, cuando corresponde, en las atenciones de control CRED?					
21	¿Usted considera necesaria que en la atención de control CRED se solicite el tamizaje de hemoglobina a los niños?					
	<b>3.2 Suplemento de hierro</b>					
22	¿Considera usted que el suplemento de hierro es una actividad que se realiza en las atenciones de control CRED, cuando corresponde por la edad del niño?					
23	¿Usted considera necesaria que en la atención de control CRED se prescriba el suplemento de hierro?					
	<b>3.3 Suplemento de vitamina A</b>					
24	¿Usted opina que el suplemento de Vitamina A es necesario prescribir en la atención de control CRED, cuando corresponda a la edad del niño?					

	<b>DIMENSION: CONSEJERIA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>4.1 Consejerías</b>					
25	¿Considera usted que la Consejería en general es una intervención poco frecuente en la atención de control CRED?					
26	¿Cree que la Consejería Nutricional es una intervención que se realiza poco en las atenciones de control CRED?					
27	¿Usted opina que la Consejería Nutricional es una actividad poco frecuente en la atención de control CRED?					

¡Muchas gracias!

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO  
ESCUELA DE POSGRADO

**CUESTIONARIO ADHERENCIA A SUPLEMENTO DE HIERRO**

Estimada(o) Enfermera(o):

Esta vez solicito su valioso aporte respondiendo a la presente encuesta anónima que tiene por finalidad realizar un estudio sobre la Adherencia a suplemento de hierro. Para ello recurro a su valiosa colaboración con el objetivo de obtener esta información que será de gran valor para la gestión en los servicios de salud nacional, no dudo de la veracidad de sus respuestas y agradezco su participación.

Marque con una (X) la alternativa que considera pertinente en cada caso.

ESCALA VALORATIVA

CÓDIGO	CATEGORÍA	
S	Siempre	5
CS	Casi siempre	4
AV	A veces	3
CN	Casi nunca	2
N	Nunca	1

VARIABLE 2: ADHERENCIA A SUPLEMENTO DE HIERRO						
	DIMENSION FACTORES RELACIONADOS CON LA MADRE	1	2	3	4	5
	<b>1.1 Saberes de la madre</b>					
1	¿Opina que la madre que asiste regularmente a la atención de control CRED desconoce en qué consiste el suplemento de hierro?					
2	¿Percibe que la madre que asiste regularmente a la atención de control CRED desconoce por qué necesita que su hijo reciba suplemento de hierro?					
3	¿Usted considera que la madre recibe información sobre el suplemento de hierro en la atención de control CRED?					
	<b>1.2 Disposición de la madre a los multimicronutrientes (MMN)</b>					
4	En los niños sin anemia ¿Considera que la disposición de la madre a los MMN no es buena?					
5	¿Cree que la disposición de la madre a los MMN no es buena a pesar de que su niño tiene anemia?					
6	¿En su opinión, la disposición de la madre a los MMN sería favorable si confiará en dichos MMN?					

	<b>1.3 Cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN</b>					
7	¿Opina que el cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN depende de ella?					
8	¿Opina que en el cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN depende en cierta medida de la información brindada en el establecimiento de salud?					
	<b>1.4 Participación de la madre en sesión demostrativa</b>					
9	¿Considera que la participación de la madre en Sesión Demostrativa en cierta medida apoya al suplemento de hierro?					
10	¿Estima que la participación de la madre en Sesión Demostrativa favorece de alguna manera el consumo de alimentos ricos en hierro?					
11	¿Cree que la participación de la madre en Sesión Demostrativa favorece en cierta medida el cambio en las costumbres alimentarias de la familia, en especial del niño?					
	<b>DIMENSION FACTORES RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>2.1 Tiempo de espera en control CRED</b>					
12	¿Considera que el tiempo de espera en la atención de control CRED es prolongado?					
	<b>2.2 Número de cupos en control CRED</b>					
13	¿Opina que el número de cupos en la atención de control CRED está limitado por la insuficiente cantidad de consultorios CRED?					
14	¿Opina que el número de cupos en la atención de control CRED está limitado por escasez de personal en los servicios de salud?					
	<b>2.3 Demora en la atención de farmacia</b>					
15	¿Estima que hay demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN?					
16	¿Opina que la demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN se produce por inadecuada estrategia de atención?					
17	¿Opina que la demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN no favorece el cumplimiento de las coberturas del suplemento?					
	<b>2.4 Dificultad para el tamizaje de hemoglobina</b>					
18	¿Estima que hay dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud?					
19	¿Opina que la dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud se produce por inadecuada estrategia de atención?					
20	¿Opina que la dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud no favorece el cumplimiento de las coberturas del suplemento?					
	<b>DIMENSION FACTORES RELACIONADOS CON EL SUPLEMENTO DE HIERRO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>3.1 Tiempo de duración del Suplemento de hierro</b>					
21	¿En su opinión, para las madres es una dificultad el tiempo de duración de un año del suplemento de hierro?					
22	¿Opina que el tiempo de duración del suplemento de hierro no se considera un obstáculo en la madre bien informada?					

23	¿Usted opina que el tiempo de duración del suplemento de hierro de un año se informa en la atención de control CRED?					
	<b>3.2 Presencia de eventos adversos por el Suplemento</b>					
24	¿En su opinión, las madres conocen la presencia de eventos adversos por el suplemento de hierro?					
25	¿Usted considera que la presencia de eventos adversos por el suplemento de hierro disminuye la continuidad del suplemento?					
	<b>3.3 Percepción de efectos beneficiosos del suplemento</b>					
26	¿En su opinión, la mayoría de las madres a pesar de tener percepción de efectos beneficiosos del suplemento de hierro no continúan el mismo por los eventos adversos?					
27	¿Usted considera que la percepción adecuada de efectos beneficiosos del suplemento de hierro favorece la continuidad del suplemento?					

**¡Muchas gracias!**

## **Anexo C**

### **Base de datos de la prueba piloto**

### Variable 1: Atención de Control CRED

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
1	5	5	5	5	5	5	3	5	5	2	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	5	5	1	3	2	2	
2	2	5	5	5	5	5	4	4	5	3	2	4	4	5	2	3	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	3	
3	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	3	
4	3	4	4	3	4	4	3	2	4	4	4	4	2	4	2	2	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	3	
5	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	3	4	4	2	3	5	5	3	4	5	3	3	3	
6	4	4	4	3	4	4	4	3	4	2	2	2	4	4	3	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	2	2	2
7	3	5	5	4	3	5	1	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5	4	3	4	5	5	4	5	5	3	3	
8	4	5	5	4	4	5	3	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	
9	2	4	4	4	4	4	4	5	4	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	
10	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	1	1	
11	4	5	5	4	3	4	2	3	4	2	2	5	4	5	2	2	5	2	5	4	5	4	5	5	2	2	4	
12	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	3	3	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	
13	3	4	5	4	5	4	2	3	4	3	3	4	4	5	4	3	5	5	5	5	5	3	5	5	4	3	2	
14	2	4	4	3	2	4	2	2	3	5	4	3	4	5	3	2	3	2	4	4	4	2	4	5	2	5	2	
15	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	3	5	4	5	4	3	5	2	5	5	5	5	5	5	5	3	4	
16	2	5	5	1	5	5	2	4	3	1	3	1	4	4	1	3	3	2	4	4	4	4	4	3	3	2	3	3
17	5	5	4	5	4	4	4	3	5	2	3	4	4	5	3	3	4	3	5	5	4	5	5	4	1	1	1	
18	2	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	4	5	4	5	
19	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	
20	4	4	5	4	3	5	4	4	4	4	3	5	3	3	3	4	5	4	4	5	5	4	5	5	3	5	5	

### Variable 2: Adherencia a Suplemento de hierro

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
1	3	3	5	3	2	5	5	5	5	5	5	3	1	1	1	1	1	2	2	2	5	5	5	5	5	4	5	
2	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	2	5	3	2	2	4	2	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5
3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	4	3	3	4	4	
4	4	3	4	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	
5	3	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	3	1	1	1	1	2	3	3	3	4	2	4	4	3	3	4	
6	2	2	4	2	3	4	4	4	4	4	4	3	2	3	1	1	1	1	1	1	3	2	4	4	4	4	2	3
7	4	4	5	3	3	4	4	3	4	4	5	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	
8	3	3	3	3	4	4	5	5	4	4	4	2	4	5	1	2	2	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	
9	2	1	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	3	4	4	3	3	1	1	3	3	3	4	4	4	3	3	3
10	4	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	5	3	5	3	5	
11	5	4	5	3	3	3	3	5	5	3	5	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	5	
12	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	2	2	1	2	2	3	2	1	3	2	2	4	3	3	3	
13	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	2	3	1	3	3	1	1	3	5	1	1	4	5	
14	5	4	4	3	4	3	2	5	3	4	5	5	5	3	5	3	5	5	3	4	5	2	5	3	5	5	5	
15	5	4	4	2	2	3	3	5	5	5	5	3	2	5	2	2	2	2	2	2	2	5	4	3	4	4	4	
16	3	5	5	2	3	5	4	4	4	4	4	5	5	4	2	2	3	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	
17	2	2	2	3	2	4	5	3	5	4	5	2	4	4	1	2	2	4	2	2	3	3	5	2	4	4	3	
18	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	2	2	1	2	4	4	4	2	3	
19	3	3	4	3	5	5	5	4	3	3	3	3	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	4	1	1	2	5	
20	5	4	4	3	3	5	5	5	4	5	5	2	3	2	2	4	2	2	3	2	3	1	5	3	2	2	5	

## **Anexo D**

### **Base de datos de la muestra**

**Base de datos de la Variable 1:  
Atención de control CRED**

VARIABLE: ATENCION DE CONTROL CRED																													
N°	DIMENSIONES																											Total	
	EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO									EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES									SUPLEMENTO DE MICRONUTRIENTES					CONSEJERÍA					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		
1	4	3	5	2	3	5	4	3	4	3	3	4	2	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4	4	4	5	4	103
2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	104
3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	103
4	4	5	5	3	5	5	4	5	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	116
5	4	5	5	4	4	5	3	1	5	4	4	4	3	5	4	3	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	114
6	5	5	5	4	5	5	3	2	5	5	4	5	4	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	121
7	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	120
8	3	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	3	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	121
9	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	2	2	2	5	5	5	5	5	5	3	4	4	4	4	118
10	4	5	5	3	3	5	4	4	4	2	3	3	4	5	2	2	3	2	2	5	5	5	5	4	4	4	4	4	101
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	108
12	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	3	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	3	4	4	4	118
13	4	5	5	3	3	5	4	5	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	114
14	4	5	5	4	5	5	3	3	5	4	4	4	3	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	3	113
15	4	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	3	4	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	122
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	109
17	5	5	5	3	3	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	1	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	115
18	3	5	5	3	4	5	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3	4	3	4	3	3	3	3	3	94

19	4	3	4	2	3	5	2	3	5	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	4	5	4	101
20	2	3	5	2	3	5	2	3	5	3	3	4	2	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	102
21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	125
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	2	2	2	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	118
23	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	3	5	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	4	4	4	115
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	132
25	4	4	5	4	4	5	4	5	5	3	3	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	120
26	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	126
27	5	4	5	4	4	4	3	2	3	3	2	3	3	4	3	2	3	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	102
28	3	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	126
29	3	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	129
30	4	5	5	3	2	5	1	1	4	4	4	5	2	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	3	4	4	4	105
31	4	4	4	4	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	95
32	4	4	5	3	3	5	4	5	5	2	3	4	4	5	4	4	4	1	3	5	5	5	5	4	4	4	4	108
33	4	5	5	2	2	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	1	4	4	4	5	3	5	3	5	4	4	5	109
34	3	4	5	4	4	5	4	5	5	3	4	4	2	5	4	4	5	1	5	3	5	3	5	3	4	4	5	108
35	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	116
36	5	3	4	3	4	5	4	4	5	3	5	5	4	5	3	4	3	4	5	5	5	5	4	3	3	4	4	111
37	4	4	5	4	3	4	4	5	5	2	2	5	5	5	3	2	3	2	2	5	5	3	3	2	5	4	4	100
38	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	109
39	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4	108
40	5	5	5	4	4	4	4	3	5	4	4	4	3	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	117
41	4	5	4	4	3	5	4	4	4	5	4	5	3	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	115
42	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	130
43	4	3	5	4	3	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	1	5	5	5	5	5	5	4	4	4	116
44	4	5	5	3	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	120
45	5	5	5	3	5	3	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	115
46	4	5	5	4	4	5	5	4	5	4	4	3	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	117
47	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	105

48	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120		
49	2	2	4	2	2	5	4	5	5	3	3	4	3	5	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	3	4	4	104	
50	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	4	5	3	5	5	4	3	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	123	
51	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	131	
52	5	4	5	5	5	4	5	4	5	3	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	123	
53	4	5	5	4	5	5	4	4	5	3	3	4	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	2	4	4	115	
54	5	5	5	5	3	5	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	4	4	114
55	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	94	
56	3	3	3	3	2	4	4	3	4	3	4	3	4	5	4	4	5	4	4	3	3	3	5	4	4	4	4	99	
57	4	5	5	2	4	5	1	3	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	3	5	3	5	5	4	4	5	114
58	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	110
59	5	5	5	4	4	5	1	3	2	3	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	117	
60	4	5	5	5	5	5	4	5	5	2	3	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	5	5	1	4	4	4	109	
61	4	5	5	5	5	5	4	4	5	2	3	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	4	115	
62	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	4	4	110	
63	3	4	4	3	4	4	3	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	2	3	4	4	96	
64	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	3	4	4	2	3	5	5	3	4	5	3	4	4	109	
65	5	5	5	3	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	3	5	5	4	4	4	123	
66	4	4	4	3	4	4	4	3	4	2	2	2	4	4	3	4	3	4	4	2	4	4	4	4	3	4	4	95	
67	3	5	5	4	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	3	4	5	5	4	5	5	4	4	120	
68	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	123	
69	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3	3	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	112	
70	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	129	
71	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	106	
72	4	5	5	4	3	4	2	3	4	2	2	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	3	4	4	108	
73	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	3	3	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	115	
74	3	4	5	4	5	4	2	3	4	2	3	4	4	5	4	4	5	5	5	5	3	5	5	4	4	5	111		
75	4	4	4	3	2	4	2	2	3	5	4	3	4	5	3	2	3	3	4	4	4	2	4	5	3	4	4	94	
76	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	124	

77	4	5	5	4	5	5	3	3	5	3	3	3	5	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	2	3	4	107
78	4	5	5	1	5	5	4	4	3	1	3	1	4	4	1	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	93
79	5	5	4	5	4	4	4	3	5	4	4	4	4	5	3	4	4	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	115
80	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	4	2	3	3	81
81	4	2	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	108
82	4	5	4	4	5	4	5	2	5	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	5	5	5	5	3	3	4	4	109

**Base de datos de la Variable 2:  
Adherencia a suplemento de hierro**

VARIABLE: ADHERENCIA A SUPLEMENTO DE HIERRO																												
N°	DIMENSIONES																											Total
	FACTORES RELACIONADOS CON LA MADRE											FACTORES RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA										FACTORES RELACIONADOS CON EL SUPLEMENTO DE HIERRO						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
1	5	5	4	3	4	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	3	5	4	3	4	3	3	1	112
2	4	4	4	2	2	4	5	4	4	4	4	4	2	2	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	107
3	3	3	4	2	4	4	3	4	4	4	4	5	3	3	4	5	5	3	5	5	5	4	4	3	2	4	4	103
4	4	3	4	2	2	4	4	3	4	4	4	3	3	3	2	2	2	5	5	5	5	4	4	3	2	4	4	94
5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	126
6	2	2	5	2	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	3	4	4	5	5	4	5	4	5	113
7	3	3	4	4	4	5	3	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	3	5	5	4	5	5	4	4	4	5	116
8	5	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	3	4	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	120
9	3	4	5	4	4	5	5	4	3	3	3	5	3	3	4	4	4	4	3	5	4	4	5	4	5	5	4	109
10	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	108
11	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	87
12	4	3	5	3	3	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	117
13	4	3	5	3	3	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	116
14	4	4	5	3	3	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	4	4	5	119
15	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	5	5	5	4	4	4	4	115
16	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	5	3	5	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	119
17	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	3	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	125
18	3	4	3	3	4	4	3	3	4	3	4	3	2	2	3	3	3	5	5	3	5	4	3	2	2	4	3	90
19	4	3	4	3	4	4	5	5	4	4	4	4	3	5	4	5	4	3	5	3	2	3	3	4	4	3	2	101
20	5	5	4	3	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	3	5	4	3	4	3	3	1	113

21	4	4	5	4	4	2	3	5	5	5	5	5	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	111	
22	4	4	5	4	4	2	3	5	5	5	5	5	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	111	
23	4	5	5	4	4	2	3	5	5	5	5	2	1	3	5	5	4	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	106	
24	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	3	4	5	117	
25	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	3	3	3	4	3	3	4	4	5	116	
26	4	5	5	4	5	3	5	3	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	121	
27	5	5	5	3	2	4	5	5	4	5	5	2	3	3	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	118	
28	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	5	127	
29	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	5	127	
30	4	4	4	4	4	5	3	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	3	4	4	5	4	119	
31	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5	4	4	5	3	3	3	4	3	2	3	4	5	109	
32	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	2	2	2	2	2	2	4	5	4	3	2	5	4	105	
33	2	2	5	4	1	5	5	4	5	5	5	5	4	3	4	4	4	5	4	5	4	5	5	1	5	3	3	107	
34	3	3	5	4	4	5	3	5	3	4	5	5	5	4	4	4	5	3	5	5	4	5	4	4	4	4	5	114	
35	4	3	5	4	4	5	5	4	5	5	3	4	3	5	4	5	4	4	3	5	4	4	5	3	3	5	5	113	
36	3	3	4	5	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	3	4	5	4	3	4	4	3	3	105	
37	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	2	3	3	3	3	97	
38	4	3	5	4	4	5	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	5	5	3	4	4	5	5	3	3	102	
39	3	3	5	4	4	5	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	5	5	3	4	4	5	5	3	3	3	101	
40	5	2	2	2	4	4	5	3	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	5	2	4	4	3	105	
41	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	91	
42	4	4	4	5	1	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	3	3	4	4	4	5	4	5	5	5	114	
43	3	3	4	5	3	4	4	4	3	3	3	3	5	4	3	4	4	3	3	3	5	4	4	4	4	4	4	3	99
44	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	5	5	3	4	3	5	5	4	4	4	120	
45	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	108	
46	4	4	4	5	4	5	3	5	4	4	5	5	3	5	4	4	5	3	3	5	3	3	5	4	5	4	5	113	
47	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	100	
48	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	3	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	107	
49	3	3	4	3	4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	1	3	3	3	3	88	



79	5	5	2	3	2	4	5	3	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	3	3	5	4	4	4	3	110
80	5	5	4	4	4	4	4	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	2	3	109
81	4	3	4	4	4	5	5	4	3	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	5	97
82	2	5	5	4	1	5	4	5	5	5	5	3	5	4	5	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	4	108

## **Anexo E:**

**Carta de presentación de la UCV y respuesta de la  
Institución donde se efectuó el estudio**

## Carta de presentación de la UCV



### *Escuela de Posgrado*

*"Año del Buen Servicio al Ciudadano"*

25 de Noviembre de 2017

Carta P. 057 – 2017 EPG – UCV ATE

Señor(a)

**Mg. Christian León Porras**  
**Director General**  
**Dirección De Redes Integradas De Salud Lima Centro**

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **GÓMEZ GUIZADO GUILLERMO LUIS**, identificado con DNI N.º 09199983 y código de matrícula N.º 7001112771 ; estudiante del Programa de **Maestría en Gestión De Los Servicios De La Salud** quién se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

**"Atención de Control CRED y suplementación de hierro según enfermeras en establecimientos de salud de San Juan De Lurigancho 2017 "**

En ese sentido, solicito a su persona otorgar el permiso y brindar las facilidades a nuestro estudiante, a fin de que pueda desarrollar su trabajo de investigación en la institución que usted representa. Los resultados de la presente investigación serán alcanzados a su despacho, luego de finalizar la misma.

Con este motivo, le saluda atentamente,

**Mg. Consuelo Del Pilar Clemente Castillo**  
 Secretaria Académica – ATE  
 Universidad César Vallejo

## Constancia de aprobación por Comité de Ética



# CONSTANCIA

La Presidenta del Comité Institucional de Ética (CIE) del Hospital San Juan de Lurigancho hace constar que el Comité de Ética Institucional aprobó el proyecto de investigación señalado a continuación.

**Título del Proyecto : "ATENCIÓN DE CONTROL CRED Y SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO SEGÚN ENFERMERAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SAN JUAN DE LURIGANCHO - 2017"**

**Investigador Principal : GÓMEZ GUIZADO, GUILLERMO LUIS**

La **aprobación**, corresponde a los siguientes documentos:

1. Protocolo de investigación.
2. Consentimiento Informado

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares y lineamientos científicos y éticos, el balance de riesgo/beneficio, confiabilidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 21 de Noviembre del 2018.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

San Juan de Lurigancho, 22 de Noviembre del 2017.

LIC. FLÓR BLAS BERGARA

Presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación  
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Hospital San Juan De Lurigancho

## Documento de respuesta de la Institución



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

### CONSTANCIA N°009-2017 AUTORIZACION DE INICIO Y TERMINO DE PROYECTO DE INVESTIGACION

**ACTA N°001-2017-COM.INV-DIRIS-LC**

**EXPEDIENTE N° 7599**

El que suscribe, Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, hace constar que:

#### **GUILLERMO LUIS GOMEZ GUIZADO**

Autora del proyecto de investigación ATENCION DE CONTROL CRED Y SUPLEMENTACION DE HIERRO SEGÚN ENFERMERAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SAN JUAN DE LURIGANCHO 2017, ha concluido satisfactoriamente el proceso correspondiente con la aprobación del Comité de Investigación de Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, AUTORIZANDO el inicio del desarrollo del proyecto de investigación.

La presente tendrá una vigencia para el inicio a partir del 02 de Enero del 2018 y de término el 31 de Marzo del 2018. Se desarrollará en los 33 establecimientos de salud en el distrito de San Juan de Lurigancho pertenecientes a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.

Asimismo hacemos de su conocimiento, que es importante para nuestra institución contar con el informe final, así como las conclusiones y recomendaciones del estudio, para su consideración por la Dirección Ejecutiva de Monitoreo y Gestión Sanitaria, quien realizará el monitoreo del respectivo proyecto a través de la Oficina de Desarrollo de Recurso Humanos y por medio de las estrategias sanitarias correspondientes de la Oficina de Gestión Sanitaria. De no cumplir con el presente informe, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia a fin de tomar acciones correspondientes.

Lima, 29 de Diciembre del 2017

WAZT/AZT/Odrrhh

## **Anexo F:**

**Certificados de validez de contenido de los instrumentos**

### JUEZ VALIDADOR: DR. HUGO MEZARINA ESQUIVEL

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ATENCIÓN DE CONTROL CRED

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Evaluación de crecimiento y desarrollo</b>								
1	¿Considera usted que la evaluación de crecimiento en la atención de control CRED ocurre en todas las atenciones?	/		/		/		
2	¿Percibe que la evaluación antropométrica en la atención de control CRED es considerada importante por las madres de familia?	/		/		/		
3	¿Usted opina que la evaluación antropométrica en la atención de control CRED es necesaria?	/		/		/		
4	¿Considera usted que las pruebas de desarrollo se realizan en casi todas las atenciones de controles CRED?	/		/		/		
5	¿Opina que las madres creen que la evaluación de desarrollo es necesaria para sus hijos?	/		/		/		
6	¿Usted opina que las pruebas de evaluación de desarrollo en la atención de control CRED son necesarias?	/		/		/		
7	¿Considera usted que la estimulación temprana en la atención de control CRED se realiza con frecuencia?	/		/		/		
8	¿Considera que las madres esperan se realice estimulación temprana en la atención de control CRED?	/		/		/		
9	¿Usted estima que la estimulación temprana es una actividad necesaria en la atención de control CRED?	/		/		/		
<b>DIMENSIÓN 2: Evaluación de enfermedades</b>								
10	¿Considera usted que la detección de IRAVEDA es una actividad frecuente en la atención de control CRED?	/		/		/		
11	¿Estima que las madres que acuden a la atención de control CRED esperan la detección de IRAVEDA?	/		/		/		
12	¿Usted percibe que la detección de IRAVEDA en la atención de control CRED es necesaria?	/		/		/		
13	¿Opina que las madres en la atención de control CRED esperan que les realicen el tamizaje de parasitosis a sus hijos?	/		/		/		
14	¿Usted considera que el tamizaje de parasitosis en la atención de control CRED es una actividad necesaria?	/		/		/		
15	¿Usted percibe que la detección de problemas de salud bucal en la atención de control CRED es una actividad frecuente?	/		/		/		
16	¿Estima que las madres en la atención de control CRED esperan la detección de problemas de salud bucal?	/		/		/		
17	¿Considera usted que la detección de problemas de salud bucal es necesaria en todas las atenciones de controles CRED?	/		/		/		
18	¿En su opinión, la detección de problemas visuales/auditivos son actividades que se realizan con frecuencia en la atención de control CRED?	/		/		/		
19	¿Usted percibe como necesaria la detección de problemas visuales/auditivos en la atención de control CRED?	/		/		/		

DIMENSIÓN 3: Suplemento de micronutrientes		Si	No	Si	No	Si	No
20	¿En su opinión, el tamizaje de hemoglobina en los niños es una actividad frecuente, cuando corresponde, en las atenciones de control CRED?	/		/		/	
21	¿Usted considera necesaria que en la atención de control CRED se solicite el tamizaje de hemoglobina a los niños?	/		/		/	
22	¿Considera usted que el suplemento de hierro es una actividad que se realiza en las atenciones de control CRED, cuando corresponde por la edad del niño?	/		/		/	
23	¿Usted considera necesaria que en la atención de control CRED se prescriba el suplemento de hierro?	/		/		/	
24	¿Usted opina que el suplemento de Vitamina A es necesario prescribir en la atención de control CRED, cuando corresponda a la edad del niño?	/		/		/	
DIMENSIÓN 4: Consejería		Si	No	Si	No	Si	No
25	¿Considera usted que la Consejería en general es una intervención poco frecuente en la atención de control CRED?	/		/		/	
26	¿Cree que la Consejería Nutricional es una intervención que se realiza poco en las atenciones de control CRED?	/		/		/	
27	¿Usted opina que la Consejería Nutricional es una actividad poco frecuente en la atención de control CRED?	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir     No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador (Dr./Mg): Nevo Nozariu Espinal    DNI: 08419116  
 Especialidad del validador: Pediatría

02 de 02 del 2018

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: 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.

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ADHERENCIA A SUPLEMENTO DE HIERRO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Factores relacionados con la madre</b>								
1	¿Opina que la madre que asiste regularmente a la atención de control CRED desconoce en qué consiste el suplemento de hierro?	/		/		/		
2	¿Percibe que la madre que asiste regularmente a la atención de control CRED desconoce por qué necesita que su hijo reciba suplemento de hierro?	/		/		/		
3	¿Usted considera que la madre recibe información sobre el suplemento de hierro en la atención de control CRED?	/		/		/		
4	En los niños sin anemia ¿Considera que la disposición de la madre a los MMN no es buena?	/		/		/		
5	¿Cree que la disposición de la madre a los MMN no es buena a pesar de que su niño tiene anemia?	/		/		/		
6	¿En su opinión, la disposición de la madre a los MMN sería favorable si confiará en dichos MMN?	/		/		/		
7	¿Opina que el cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN depende de ella?	/		/		/		
8	¿Opina que en el cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN depende en cierta medida de la información brindada en el establecimiento de salud?	/		/		/		
9	¿Considera que la participación de la madre en Sesión Demostrativa en cierta medida apoya al suplemento de hierro?	/		/		/		
10	¿Estima que la participación de la madre en Sesión Demostrativa favorece de alguna manera el consumo de alimentos ricos en hierro?	/		/		/		
11	¿Cree que la participación de la madre en Sesión Demostrativa favorece en cierta medida el cambio en las costumbres alimentarias de la familia, en especial del niño?	/		/		/		
<b>DIMENSIÓN 2: Factores relacionados con la asistencia sanitaria</b>								
12	¿Considera que el tiempo de espera en la atención de control CRED es prolongado?	/		/		/		
13	¿Opina que el número de cupos en la atención de control CRED está limitado por la insuficiente cantidad de consultorios CRED?	/		/		/		
14	¿Opina que el número de cupos en la atención de control CRED está limitado por escasez de personal en los servicios de salud?	/		/		/		
15	¿Estima que hay demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN?	/		/		/		
16	¿Opina que la demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN se produce por inadecuada estrategia de atención?	/		/		/		
17	¿Opina que la demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN no favorece el cumplimiento de las coberturas del suplemento?	/		/		/		

18	¿Estima que hay dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud?	/		/		/	
19	¿Opina que la dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud se produce por inadecuada estrategia de atención?	/		/		/	
20	¿Opina que la dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud no favorece el cumplimiento de las coberturas del suplemento?	/		/		/	
<b>DIMENSIÓN 3: Factores relacionados con el Suplemento de hierro</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
21	¿En su opinión, para las madres es una dificultad el tiempo de duración de un año del suplemento de hierro?	/		/		/	
22	¿Opina que el tiempo de duración del suplemento de hierro no se considera un obstáculo en la madre bien informada?	/		/		/	
23	¿Usted opina que el tiempo de duración del suplemento de hierro de un año se informa en la atención de control CRED?	/		/		/	
24	¿En su opinión, las madres conocen la presencia de eventos adversos por el suplemento de hierro?	/		/		/	
25	¿Usted considera que la presencia de eventos adversos por el suplemento de hierro disminuye la continuidad del suplemento?	/		/		/	
26	¿En su opinión, la mayoría de las madres a pesar de tener percepción de efectos beneficiosos del suplemento de hierro no continúan el mismo por los eventos adversos?	/		/		/	
27	¿Usted considera que la percepción adecuada de efectos beneficiosos del suplemento de hierro favorece la continuidad del suplemento?	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

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

Apellidos y nombres del juez validador: D<sup>o</sup> Mg. Lucy Rosalina Espinoza    DNI: 01428184

Especialidad del validador: Pediatra

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
 \*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
 \*Claridad: 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

02 de 02 del 2011

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Experto Informante.

JUEZ VALIDADOR: DR. OSCAR MUNARES GARCÍA

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ATENCIÓN DE CONTROL CRED

  
**Oscar Munares Garcia**  
 OBSTETRA COP. 15161  
 MAGISTER EN CIENCIAS DE LA SALUD  
 MAGISTER EN SALUD PUBLICA

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Evaluación de crecimiento y desarrollo</b>								
1	¿Considera usted que la evaluación de crecimiento en la atención de control CRED ocurre en todas las atenciones?	X		X		X		
2	¿Percibe que la evaluación antropométrica en la atención de control CRED es considerada importante por las madres de familia?	X		X		X		
3	¿Usted opina que la evaluación antropométrica en la atención de control CRED es necesaria?	X		X		X		
4	¿Considera usted que las pruebas de desarrollo se realizan en casi todas las atenciones de controles CRED?	X		X		X		
5	¿Opina que las madres creen que la evaluación de desarrollo es necesaria para sus hijos?	X		X		X		
6	¿Usted opina que las pruebas de evaluación de desarrollo en la atención de control CRED son necesarias?	X		X		X		
7	¿Considera usted que la estimulación temprana en la atención de control CRED se realiza con frecuencia?	X		X		X		
8	¿Considera que las madres esperan se realice estimulación temprana en la atención de control CRED?	X		X		X		
9	¿Usted estima que la estimulación temprana es una actividad necesaria en la atención de control CRED?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: Evaluación de enfermedades</b>								
10	¿Considera usted que la detección de IRA/EDA es una actividad frecuente en la atención de control CRED?	X		X		X		
11	¿Estima que las madres que acuden a la atención de control CRED esperan la detección de IRA/EDA?	X		X		X		
12	¿Usted percibe que la detección de IRA/EDA en la atención de control CRED es necesaria?	X		X		X		
13	¿Opina que las madres en la atención de control CRED esperan que les realicen el tamizaje de parasitosis a sus hijos?	X		X		X		
14	¿Usted considera que el tamizaje de parasitosis en la atención de control CRED es una actividad necesaria?	X		X		X		
15	¿Usted percibe que la detección de problemas de salud bucal en la atención de control CRED es una actividad frecuente?	X		X		X		
16	¿Estima que las madres en la atención de control CRED esperan la detección de problemas de salud bucal?	X		X		X		
17	¿Considera usted que la detección de problemas de salud bucal es necesaria en todas las atenciones de controles CRED?	X		X		X		
18	¿En su opinión, la detección de problemas visuales/auditivos son actividades que se realizan con frecuencia en la atención de control CRED?	X		X		X		
19	¿Usted percibe como necesaria la detección de problemas visuales/auditivos en la atención de control CRED?	X		X		X		

	<b>DIMENSIÓN 3: Suplemento de micronutrientes</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
20	¿En su opinión, el tamizaje de hemoglobina en los niños es una actividad frecuente, cuando corresponde, en las atenciones de control CRED?	X		X		X		
21	¿Usted considera necesaria que en la atención de control CRED se solicite el tamizaje de hemoglobina a los niños?	X		X		X		
22	¿Considera usted que el suplemento de hierro es una actividad que se realiza en las atenciones de control CRED, cuando corresponde por la edad del niño?	X		X		X		
23	¿Usted considera necesaria que en la atención de control CRED se prescriba el suplemento de hierro?	X		X		X		
24	¿Usted opina que el suplemento de Vitamina A es necesario prescribir en la atención de control CRED, cuando corresponda a la edad del niño?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4: Consejería</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
25	¿Considera usted que la Consejería en general es una intervención poco frecuente en la atención de control CRED?	X		X		X		
26	¿Cree que la Consejería Nutricional es una intervención que se realiza poco en las atenciones de control CRED?	X		X		X		
27	¿Usted opina que la Consejería Nutricional es una actividad poco frecuente en la atención de control CRED?	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. OSCAR MUNARES GARCÍA            DNI: 07493051

Especialidad del validador: DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>**Claridad:** 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

Lima, 08 de febrero del 2018



Firma del Experto Informante.

*Oscar Munares García*  
 OBSTETRA COP. 15161  
 DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD  
 MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ADHERENCIA A SUPLEMENTO DE HIERRO**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Factores relacionados con la madre</b>							
1	¿Opina que la madre que asiste regularmente a la atención de control CRED desconoce en qué consiste el suplemento de hierro?	X		X		X		
2	¿Percibe que la madre que asiste regularmente a la atención de control CRED desconoce por qué necesita que su hijo reciba suplemento de hierro?	X		X		X		
3	¿Usted considera que la madre recibe información sobre el suplemento de hierro en la atención de control CRED?	X		X		X		
4	En los niños sin anemia ¿Considera que la disposición de la madre a los MMN no es buena?	X		X		X		
5	¿Cree que la disposición de la madre a los MMN no es buena a pesar de que su niño tiene anemia?	X		X		X		
6	¿En su opinión, la disposición de la madre a los MMN sería favorable si confiará en dichos MMN?	X		X		X		
7	¿Opina que el cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN depende de ella?	X		X		X		
8	¿Opina que en el cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN depende en cierta medida de la información brindada en el establecimiento de salud?	X		X		X		
9	¿Considera que la participación de la madre en Sesión Demostrativa en cierta medida apoya al suplemento de hierro?	X		X		X		
10	¿Estima que la participación de la madre en Sesión Demostrativa favorece de alguna manera el consumo de alimentos ricos en hierro?	X		X		X		
11	¿Cree que la participación de la madre en Sesión Demostrativa favorece en cierta medida el cambio en las costumbres alimentarias de la familia, en especial del niño?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2: Factores relacionados con la asistencia sanitaria</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
12	¿Considera que el tiempo de espera en la atención de control CRED es prolongado?	X		X		X		
13	¿Opina que el número de cupos en la atención de control CRED está limitado por la insuficiente cantidad de consultorios CRED?	X		X		X		
14	¿Opina que el número de cupos en la atención de control CRED está limitado por escasez de personal en los servicios de salud?	X		X		X		
15	¿Estima que hay demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN?	X		X		X		
16	¿Opina que la demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN se produce por inadecuada estrategia de atención?	X		X		X		
17	¿Opina que la demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN no favorece el cumplimiento de las coberturas del suplemento?	X		X		X		

  
**Oscar Munares Garcia**  
 OBSTETRA COP. 15161  
 DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD  
 MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

18	¿Estima que hay dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud?	X		X		X	
19	¿Opina que la dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud se produce por inadecuada estrategia de atención?	X		X		X	
20	¿Opina que la dificultad para el tamizaje de hemoglobina en los servicios de salud no favorece el cumplimiento de las coberturas del suplemento?	X		X		X	
	<b>DIMENSIÓN 3: Factores relacionados con el Suplemento de hierro</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
21	¿En su opinión, para las madres es una dificultad el tiempo de duración de un año del suplemento de hierro?	X		X		X	
22	¿Opina que el tiempo de duración del suplemento de hierro no se considera un obstáculo en la madre bien informada?	X		X		X	
23	¿Usted opina que el tiempo de duración del suplemento de hierro de un año se informa en la atención de control CRED?	X		X		X	
24	¿En su opinión, las madres conocen la presencia de eventos adversos por el suplemento de hierro?	X		X		X	
25	¿Usted considera que la presencia de eventos adversos por el suplemento de hierro disminuye la continuidad del suplemento?	X		X		X	
26	¿En su opinión, la mayoría de las madres a pesar de tener percepción de efectos beneficiosos del suplemento de hierro no continúan el mismo por los eventos adversos?	X		X		X	
27	¿Usted considera que la percepción adecuada de efectos beneficiosos del suplemento de hierro favorece la continuidad del suplemento?	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. OSCAR MUNARES GARCIA    DNI: 07493051

Especialidad del validador: DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: 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

Lima, 08 de febrero del 2018.

  
**Oscar Munares Garcia**  
 OBSTETRA COP. 15161  
 DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD  
 MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

-----  
 Firma del Experto Informante.

### JUEZ VALIDADOR: DR. FREDY OCHOA TATAJE

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ATENCIÓN DE CONTROL CRED

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Evaluación de crecimiento y desarrollo</b>							
1	¿Considera usted que la evaluación de crecimiento en la atención de control CRED ocurre en todas las atenciones?	/		/		/		
2	¿Percibe que la evaluación antropométrica en la atención de control CRED es considerada importante por las madres de familia?	/		/		/		
3	¿Usted opina que la evaluación antropométrica en la atención de control CRED es necesaria?	/		/		/		
4	¿Considera usted que las pruebas de desarrollo se realizan en casi todas las atenciones de controles CRED?	/		/		/		
5	¿Opina que las madres creen que la evaluación de desarrollo es necesaria para sus hijos?	/		/		/		
6	¿Usted opina que las pruebas de evaluación de desarrollo en la atención de control CRED son necesarias?	/		/		/		
7	¿Considera usted que la estimulación temprana en la atención de control CRED se realiza con frecuencia?	/		/		/		
8	¿Considera que las madres esperan se realice estimulación temprana en la atención de control CRED?	/		/		/		
9	¿Usted estima que la estimulación temprana es una actividad necesaria en la atención de control CRED?	/		/		/		
	<b>DIMENSIÓN 2: Evaluación de enfermedades</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿Considera usted que la detección de IRA/EDA es una actividad frecuente en la atención de control CRED?	/		/		/		
11	¿Estima que las madres que acuden a la atención de control CRED esperan la detección de IRA/EDA?	/		/		/		
12	¿Usted percibe que la detección de IRA/EDA en la atención de control CRED es necesaria?	/		/		/		
13	¿Opina que las madres en la atención de control CRED esperan que les realicen el tamizaje de parasitosis a sus hijos?	/		/		/		
14	¿Usted considera que el tamizaje de parasitosis en la atención de control CRED es una actividad necesaria?	/		/		/		
15	¿Usted percibe que la detección de problemas de salud bucal en la atención de control CRED es una actividad frecuente?	/		/		/		
16	¿Estima que las madres en la atención de control CRED esperan la detección de problemas de salud bucal?	/		/		/		
17	¿Considera usted que la detección de problemas de salud bucal es necesaria en todas las atenciones de controles CRED?	/		/		/		
18	¿En su opinión, la detección de problemas visuales/auditivos son actividades que se realizan con frecuencia en la atención de control CRED?	/		/		/		
19	¿Usted percibe como necesaria la detección de problemas visuales/auditivos en la atención de control CRED?	/		/		/		

DIMENSIÓN 3: Suplemento de micronutrientes							
	Si	No	Si	No	Si	No	
20	¿En su opinión, el tamizaje de hemoglobina en los niños es una actividad frecuente, cuando corresponde, en las atenciones de control CRED?	/		/		/	
21	¿Usted considera necesaria que en la atención de control CRED se solicite el tamizaje de hemoglobina a los niños?	/		/		/	
22	¿Considera usted que el suplemento de hierro es una actividad que se realiza en las atenciones de control CRED, cuando corresponde por la edad del niño?	/		/		/	
23	¿Usted considera necesaria que en la atención de control CRED se prescriba el suplemento de hierro?	/		/		/	
24	¿Usted opina que el suplemento de Vitamina A es necesario prescribir en la atención de control CRED, cuando corresponda a la edad del niño?	/		/		/	
DIMENSIÓN 4: Consejería							
	Si	No	Si	No	Si	No	
25	¿Considera usted que la Consejería en general es una intervención poco frecuente en la atención de control CRED?	/		/		/	
26	¿Cree que la Consejería Nutricional es una intervención que se realiza poco en las atenciones de control CRED?	/		/		/	
27	¿Usted opina que la Consejería Nutricional es una actividad poco frecuente en la atención de control CRED?	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: DR. OCHOA TATAJE FREDDY ..... DNI: 07015123 .....

Especialidad del validador: METODOLOGIA DE INVESTIGACION .....

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: 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

.....de.....del 20.....

  
 Dr. Freddy Ochoa Tataje  
 METODOLOGIA INVESTIGACION  
 Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ADHERENCIA A SUPLEMENTO DE HIERRO**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Factores relacionados con la madre</b>							
1	¿Opina que la madre que asiste regularmente a la atención de control CRED desconoce en qué consiste el suplemento de hierro?	/		/		/		
2	¿Percibe que la madre que asiste regularmente a la atención de control CRED desconoce por qué necesita que su hijo reciba suplemento de hierro?	/		/		/		
3	¿Usted considera que la madre recibe información sobre el suplemento de hierro en la atención de control CRED?	/		/		/		
4	En los niños sin anemia ¿Considera que la disposición de la madre a los MMN no es buena?	/		/		/		
5	¿Cree que la disposición de la madre a los MMN no es buena a pesar de que su niño tiene anemia?	/		/		/		
6	¿En su opinión, la disposición de la madre a los MMN sería favorable si confiará en dichos MMN?	/		/		/		
7	¿Opina que el cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN depende de ella?	/		/		/		
8	¿Opina que en el cumplimiento de la madre sobre la administración de los MMN depende en cierta medida de la información brindada en el establecimiento de salud?	/		/		/		
9	¿Considera que la participación de la madre en Sesión Demostrativa en cierta medida apoya al suplemento de hierro?	/		/		/		
10	¿Estima que la participación de la madre en Sesión Demostrativa favorece de alguna manera el consumo de alimentos ricos en hierro?	/		/		/		
11	¿Cree que la participación de la madre en Sesión Demostrativa favorece en cierta medida el cambio en las costumbres alimentarias de la familia, en especial del niño?	/		/		/		
	<b>DIMENSIÓN 2: Factores relacionados con la asistencia sanitaria</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
12	¿Considera que el tiempo de espera en la atención de control CRED es prolongado?	/		/		/		
13	¿Opina que el número de cupos en la atención de control CRED está limitado por la insuficiente cantidad de consultorios CRED?	/		/		/		
14	¿Opina que el número de cupos en la atención de control CRED está limitado por escasez de personal en los servicios de salud?	/		/		/		
15	¿Estima que hay demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN?	/		/		/		
16	¿Opina que la demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN se produce por inadecuada estrategia de atención?	/		/		/		
17	¿Opina que la demora en la atención de farmacia para la entrega del suplemento de MMN no favorece el cumplimiento de las coberturas del suplemento?	/		/		/		



**Apéndice G:**  
**Artículo Científico**



Atención de control CRED y adherencia a suplemento de  
hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de  
Lurigancho 2017

AUTOR:

Br. Guillermo Luis Gómez Guizado

Escuela de Posgrado

Universidad César Vallejo Filial Lima

### Artículo científico

**TÍTULO:** “Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017”.

**AUTOR:** Br. Guillermo Luis Gómez Guizado

**RESUMEN:** Objetivo: Se busca determinar si hay una relación entre la atención de control CRED y la adherencia a suplemento de hierro, según las enfermeras del Minsa. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental, transversal. Se aplicaron encuestas, para cada una de las variables, a 82 enfermeras, y luego se aplicaron estadísticas descriptivas y la prueba estadística de Rho de Spearman. Resultados: El estudio mostró que Atención de control CRED correlacionó de forma positiva y significativa con la Adherencia a suplemento de hierro ( $p = 0,002$ ; Rho de Spearman = 0,421), los Factores relacionados con la madre ( $p = 0,005$ ; Rho de Spearman = 0,409) y con el suplemento de hierro ( $p = 0,000$ ; Rho de Spearman = 0,468) de manera moderada y con los Factores relacionados con la asistencia sanitaria ( $p = 0,031$ ; Rho de Spearman = 0,266) de intensidad baja. Conclusiones: La Atención de control CRED se correlacionó directa y significativamente con la Adherencia a suplemento de hierro.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de la atención en salud, Servicios de salud, adherencia al tratamiento (fuente: DeCS/BIREME).

**ABSTRACT:** Objective: To determine if there is a relationship between CRED control care and adherence to iron supplementation, according to the Minsa nurses. Methodology: Quantitative approach study, descriptive correlational type, non-experimental design, transversal. Surveys were applied, for each of the variables, to 82 nurses, and then descriptive statistics and the Spearman's Rho test were applied. Results: The study showed that CRED control care correlated positively and significantly with Adherence to iron supplementation ( $p = 0.002$ , Spearman's Rho = 0.421), the factors related to the mother ( $p = 0.005$ , Spearman's Rho = 0.409) and with the iron supplement ( $p = 0.000$ ; Spearman's Rho = 0.468) moderately and with the factors related to health care ( $p = 0.031$ ; Spearman's Rho = 0.266) of low

intensity. Conclusions: CRED control care was directly and significantly correlated with Adherence to iron supplementation.

**KEYWORDS:** Quality of Health Care, Health services, Medication Adherence (source: MeSH/NLM).

**INTRODUCCIÓN:** A nivel mundial la deficiencia de hierro es muy frecuente, es la carencia nutricional más prevalente y el origen principal de la anemia en todo el mundo, afecta a más de 1500 millones de personas (De Benoist, 2008), siendo un importante problema de salud pública, especialmente en los países en desarrollo. La anemia y la deficiencia de hierro son problemas de salud pública en el Perú, y a pesar de los esfuerzos del gobierno las coberturas del suplemento de hierro se mantienen bajas y existe poco uso de este, similar a otros países (Sammartino, 2008), aun cuando se ha implementado a gran escala. El Ministerio de Salud (Minsa) ha actualizado recientemente, documentos y normas técnicas relacionadas al control y prevención de la deficiencia de hierro (Minsa, 2017) e indican que las estrategias y su implementación se centran en torno a la atención en el control de crecimiento y desarrollo (CRED) (Minsa, 2017), sin embargo, han tenido limitaciones en lograr coberturas aceptables del suplemento de hierro, así como en la adherencia al mismo, a pesar de las políticas públicas vigentes que han llevado a actualizar y prolongar el Plan Nacional para la reducción de la anemia 2017-2021 (Minsa, 2017).

Estudios previos relacionados a la satisfacción del usuario (Bogas, 2013) y la calidad (Lenis, 2013) del cuidado de enfermería, han encontrado altos niveles de satisfacción en la parte técnica, pero insatisfacción en los aspectos relacionados a la interacción con el paciente. En la atención en crecimiento y desarrollo (Brito de Carvalho, 2016), se encontró que en las evaluaciones de desarrollo de los niños ninguna fue hecha en forma completa por las enfermeras.

Sobre la adherencia a suplemento de hierro, en Brasil (Cembranel, 2013), encontró que en los servicios de salud no se cumplía con lo que indicaba el Programa Nacional de Suplementación de Hierro de dicho país.

En el Perú más del 50% de los niños menores de un año padecieron de anemia, sin embargo, la cobertura del suplemento fue menos del 50% en menores

de un año (INEI, 2017). Se ha observado mayor número de niños que inician y/o completan vacunas o completan controles CRED, que aquellos que inician o completan el esquema de suplementación de hierro, a pesar de la misma oportunidad de la intervención para todos los niños dentro del Control de CRED, desconociéndose porque no se realiza en forma completa. Las intervenciones dentro del control de CRED pueden mejorarse, si se conocen los factores que provocan esta inadecuada e inequitativa situación; la participación del personal de enfermería es susceptible de perfeccionar, ya que se ha observado un compromiso con las acciones de salud de parte de este personal.

Por ello se ha realizado el presente estudio con la finalidad de encontrar una relación entre la atención de control CRED y la adherencia al suplemento de hierro.

**METODOLOGÍA:** Es un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental, transversal. La población correspondió a 112 enfermeras de los establecimientos de salud del Minsa en el distrito de San Juan de Lurigancho, presentes al momento del estudio en diciembre de 2017, en cualquier condición laboral, incluyendo Serums con más de tres meses en la atención de control CRED. La muestra fue de 82 enfermeras, con un alfa de 0.05, nivel de confianza al 95%, considerando una prevalencia para las variables de 50% y una precisión de 0.05, empleando un muestreo aleatorio simple.

Se definió como Atención de control CRED al conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño (Minsa, 2017) y sus dimensiones fueron: Evaluación de crecimiento y desarrollo, Evaluación de enfermedades, Suplemento de micronutrientes y Consejería. Se definió como Adherencia a suplemento de hierro al grado en que el comportamiento de una persona – tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (Sabaté, 2004) y sus dimensiones fueron: Factores relacionados con la madre, Factores relacionados con la asistencia sanitaria y Factores relacionados con el suplemento de hierro.

Se usó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario para conocer la percepción de las enfermeras, para cada una de las variables, las cuales

contenían 27 preguntas cada una, y ambas utilizaron la Escala tipo Likert de cinco categorías. Los instrumentos fueron validados por Juicio de expertos con resultados de aplicable en la revisión de los tres expertos. Se aplicó una prueba piloto para el análisis de fiabilidad, a través del coeficiente Alfa de Cronbach, para las variables y sus dimensiones, encontrándose un valor de 0,854 para Atención de control CRED y un valor de 0,790 para Adherencia a suplemento de hierro.

Se solicitó a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro la autorización para la aplicación de la encuesta, que incluyó la revisión y aprobación del estudio por el Comité de Ética del Hospital San Juan de Lurigancho, y ambos fueron aprobados. Se aplicaron los instrumentos, previa firma del consentimiento informado. Se analizaron los datos obtenidos de la muestra de 82 enfermeras, a través del programa estadístico SPSS versión 21.0, y se realizaron tablas descriptivas, no se aplicó prueba de normalidad considerando que son variables ordinales, y la contrastación de hipótesis a través de la prueba estadística de Coeficiente de correlación Rho de Spearman, para establecer las relaciones entre las variables y dimensiones del estudio.

**RESULTADOS:** El 36.6% de las enfermeras consideraron la Atención de control CRED como buena y el 32.9% como regular. De modo similar, el 35.4% de las enfermeras calificaron de buena la Adherencia a suplemento de hierro y 30.5% como regular. La correlación de Spearman mostró que la Atención de control CRED relacionó significativamente con Adherencia a suplemento de hierro ( $p = 0,002$ ; Rho de Spearman = 0,421), con los Factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro ( $p = 0,005$ ; Rho de Spearman = 0,409) y con los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia ( $p = 0,000$ ; Rho de Spearman = 0,468), siendo la correlación positiva de intensidad moderada; y con los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro ( $p = 0,031$ ; Rho de Spearman = 0,266), siendo también la correlación positiva pero de intensidad baja.

**DISCUSIÓN:** Diversos estudios han mostrado que las intervenciones en todos los profesionales requieren un monitoreo porque han existido falencias. Bogas (2013), en Portugal, y Lenis (2013), en Colombia, encontraron que, aunque la satisfacción de los pacientes o la calidad del cuidado de enfermería fueron de nivel alto, no

dejaron de señalar que hubo problemas de interrelación con el paciente. Brito de Carvalho (2016) y Dantas (2013), en Brasil, encontraron en el monitoreo de CRED, que las consultas realizadas por las enfermeras no eran completas y hubo deficiencias en los servicios, concluyendo que estas deficiencias favorecieron las acciones inadecuadas del personal, y no fueron efectivos por las acciones que se dejaron de hacer, con incumplimiento de las normas técnicas establecidas por el sector salud.

Estudios nacionales, de Fernández (2017), Guinea (2016), Mendizábal (2015), Cullanco (2015), y López (2015), también evaluaron la percepción sobre la calidad de la atención durante la atención de control CRED, y coincidieron en calificarlos como medianamente satisfactorio. Las razones comunes fueron atención rutinaria, débil acción educadora o de información, omisión de aspectos valorados por los padres (trato, relación interpersonal o detallar los procesos de la consulta), no dar indicaciones escritas y deficiencias en el servicio (materiales, tiempo de espera y tiempo de consulta), pero no dejaron de reconocer los aspectos técnicos de la enfermera. Estas deficiencias afectaron la Atención de control CRED, incluyendo el tamizaje de hemoglobina, suplemento de hierro y tratamiento de anemia. El estudio coincide con estos trabajos porque ha demostrado que hubo una relación directa y significativa ( $p = 0,002$ ; Rho de Spearman = 0,421) entre la Atención de control CRED y la Adherencia a suplemento de hierro, aunque fue de intensidad moderada.

Pereira (2017), demostró que la intervención del suplemento de hierro fue irregular a lo establecido por el Ministerio de Salud de Brasil, las madres demostraron un conocimiento inespecífico sobre anemia y sus consecuencias, solo la mitad refirieron que lo estuvieron usando o lo habían usado, y percibieron las reacciones adversas con su uso, por lo que concluyó que estos fueron factores limitantes y que debían ser trabajados con las madres y el personal de salud, especialmente las enfermeras. Freitas (2015), estudiando la adhesión a micronutrientes con niños prematuros, encontró bajos niveles de ferritina a los seis meses de edad corregida en los de baja adhesión, explicado por la baja escolaridad de la madre, con 4.5 veces mayor riesgo de baja adherencia al uso del suplemento de hierro. Fuentes, Mauricio y Juárez (2013), encontraron que, aunque más de la mitad de las madres conocían los micronutrientes, casi el 80% desconocía los

efectos adversos y la mayoría tuvieron conocimiento poco aceptable o no aceptable sobre la administración, y concluyeron que, a pesar de recibir indicaciones sobre micronutrientes, no les enfatizaron sobre los beneficios, efectos adversos y la forma de administración, aunque pudo influir la educación de la madre.

En los estudios nacionales también se ha demostrado la misma influencia de la madre en la adherencia. Espichan (2013), encontró que las redes de apoyo, la responsabilidad familiar compartida en el tratamiento y las actividades diarias relacionadas al consumo se relacionaron con una adherencia media. Hinostriza (2015), lo relacionó a los saberes de la madre, su disposición frente a los micronutrientes y el cumplimiento en la administración, y demostró mejor adherencia cuando el bienestar del niño era lo fundamental para la madre. Delgado y Madrid (2016), lo relacionaron al reconocimiento de la efectividad, su complejidad, fracaso previo, temor a los efectos adversos del tratamiento, importancia del monitoreo del consumo, frecuencia de incumplimiento por olvido, la presencia de redes de apoyo y el compromiso familiar con el suplemento de hierro, y encontraron una relación con adherencia media de esta dimensión. Estos estudios mencionan los múltiples factores ligados a la madre que favorecen o limitan la adherencia al hierro. El estudio ha demostrado que hubo una relación directa y significativa ( $p = 0,005$ ; Rho de Spearman = 0,409) entre la Atención de control CRED y los Factores relacionados con la madre en la Adherencia a suplemento de hierro, aunque fue de intensidad moderada.

Cembranel (2013), encontró una baja cobertura del Programa Nacional de Suplemento de Hierro, pero consideró que no fue problema de acceso a los servicios de salud, sino que fueron problemas de distribución y/o la falta de prescripción del suplemento por el personal de salud. Dantas (2013), también mencionó la influencia negativa de la estructura del servicio de salud con personal incompleto y deficientemente capacitado en la atención de control CRED. En el nivel nacional, Lazarte (2017), describió como factores de riesgo para la no adherencia la demora en la atención y la percepción de que el personal no tuvo conocimiento suficiente sobre el uso del multimicronutrientes durante la consejería. Ocampo (2015), en su estudio de adherencia en pacientes hipertensos, consideró que uno de los factores más determinantes para la no adherencia fue el trato del personal de salud.

Laveriano (2013), también mencionó la deficiente capacitación del personal en anemia y suplemento de micronutrientes, la falta de guías técnicas relacionadas al tema y problemas en la distribución del producto, que incluyó distribución inoportuna, recepción inadecuada sin registro secuencial del mismo, y almacenamiento inapropiado. Espichan (2013), lo relacionó a conocimiento y adiestramiento del personal, su relación con el paciente, a los sistemas de distribución del suplemento, y la disponibilidad para el monitoreo de este, y le encontró una relación con adherencia media. Hinostriza (2015), lo relacionó a la información proporcionada por el personal y su estilo de comunicación, y a las dificultades en el recojo del suplemento, encontrando que hubo baja adherencia a pesar de recibir la información necesaria. Delgado y Madrid (2016), también lo relacionó a conocimiento y adiestramiento del personal, a los sistemas de distribución del suplemento, la disponibilidad para el monitoreo de este y en la confianza en el personal de salud, encontrando una relación con la adherencia media.

El estudio logró demostrar que hubo una relación directa y significativa ( $p = 0,031$ ; Rho de Spearman = 0,266) entre la Atención de control CRED y los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la Adherencia a suplemento de hierro, aunque de intensidad baja, que pudiera ser explicado porque el estudio fue dirigido al personal de salud y no al usuario.

Por otro lado, Pereira (2017), encontró que las madres percibieron los efectos secundarios producto del uso del sulfato ferroso, que resultó un factor limitante en la adherencia al suplemento, por lo que recomendó mejorar la información sobre anemia y el uso diario del sulfato ferroso, tanto hacia las madres como al propio personal de salud. Cantero (2015), en su estudio sobre adherencia y satisfacción del usuario en pacientes diabéticos adultos, concluyó que los pacientes estuvieron peor informados en los aspectos negativos del tratamiento y los que recibieron mejor información, con un lenguaje comprensible y tiempo, presentaron mayor satisfacción y mejor adherencia al tratamiento. Por otro lado, Galindo (2014), demostró que cuando la mayoría de los niños recibieron el suplemento, los padres identificaron los efectos beneficiosos por su consumo, y lograron disminuir sustancialmente la proporción de niños con anemia y deficiencia de hierro.

En el Perú, Lazarte (2017) reportó como factores de riesgo actitudinales el temor a los efectos adversos y otras molestias asociadas al uso del hierro, pero como factor protector relacionado al mismo suplemento la percepción de los beneficios, su presentación y su textura. Medina (2017), en su estudio en gestantes, también consideró que la presencia de los efectos secundarios afectó la adherencia. Espichán (2013), encontró que los factores relacionados con el tratamiento fue uno de los que más influyeron en la adherencia. Los resultados del estudio han demostrado que hubo una relación directa y significativa ( $p = 0,000$ ; Rho de Spearman = 0,468) entre la Atención de control CRED y los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su Adherencia, aunque fue de intensidad moderada. Aunque Freitas (2015), en su estudio en niños diabéticos y su adherencia, no encontró asociación entre el conocimiento en diabetes del niño y sus familias, con el buen control y la adherencia; como también fue reportado por Sezik (2015), que tampoco encontró relación entre el uso del suplemento de hierro y recibir información sobre los efectos adversos.

**CONCLUSIONES:** El estudio demostró que la Atención de control CRED relacionó positiva y significativamente con Adherencia a suplemento de hierro, con los Factores relacionados con la madre en la adherencia a suplemento de hierro, con los Factores relacionados con el suplemento de hierro en su adherencia y con los Factores relacionados con la asistencia sanitaria en la adherencia a suplemento de hierro.

#### **REFERENCIAS:**

- Bogas S. (2013). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Viseu, Portugal.
- Brito de Carvalho E., and Wanick Sarinho S. (2016). The nursing consultation in monitoring child growth and development in the family health strategy. *J Nurs UFPE on line. Recife*, 10(Suppl. 6):4804-12. Doi: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201612
- Cantero A. (2015). *Percepción y cumplimiento del derecho de información a pacientes diabéticos en Atención Primaria: su relación con la adherencia y la satisfacción del usuario* (Tesis de doctorado). Universidad de Murcia. Murcia, España.

- Cembranel F, Corso A, González-Chica D. (2013). Coverage and adequacy of ferrous sulfate supplementation in the prevention of anemia among children treated at health centers of Florianopolis, Santa Catarina. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(3), 315-323. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000300007>
- Cullanco D. (2015). *Satisfacción de las madres respecto al cuidado que brinda la enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud de Lince - Lima 2015* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Dantas AC, Figueroa D. (2013). Child growth monitoring in Family Health Basic Units in the municipality of Queimadas, Paraíba, Brazil. *Texto & Contexto Enfermagem*. 22(4):1169-1178. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/36.pdf>
- De Benoist B., McLean E., Egli I., Cogswell M. (Ed.), (2008). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia*. Geneva, Switzerland: WHO. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf)
- Delgado M, Madrid D. (2016). *Factores de adherencia a la suplementación con Nutromix en niños de 6 a 36 meses, que asisten al Centro de Salud Corrales - Tumbes, 2016* (Tesis de titulación). Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes, Perú.
- Espichán P. (2013). *Factores de adherencia a la suplementación con sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, de asentamientos humanos del Distrito de San Martín de Porres* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Fernández R. (2017). *Opinión sobre la imagen del profesional de enfermería de las madres de familia que acuden al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Zárate 2016* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Freitas B. (2015). *Restrição do crescimento extrauterino, amamentação e avaliação da adesão e influência da suplementação com micronutrientes nas prevalências de deficiências de ferro, zinco e vitamina A em prematuros* (Tesis de doctorado). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
- Fuentes CA, Mauricio E, Juárez JO. (2013). *Conocimientos y prácticas sobre administración de micronutrientes (vitamina a, hierro y zinc) que tienen las madres de los niños menores de 5 años de edad que acuden a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Francisco Gotera, Morazán; Estanzuelas, Usulután; Huisquil, La Unión. Año 2013* (Tesis de doctorado). Universidad de El Salvador, San Miguel, El Salvador, Centro América.
- Galindo M. (2014). *Efecto de la fortificación casera con micronutrientes en polvo, como una estrategia de intervención contra la deficiencia de micronutrientes en población infantil de 12 hasta 59 meses, de cuatro municipios del departamento de Atlántico, pertenecientes a programas de complementación alimentaria Año 2013* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Guinea M. (2016). *Percepción de los padres de niños (as) menores de 5 años sobre la atención humanizada de la enfermera en el servicio de CRED en el Centro de Salud Mirones - 2016* (Tesis de pos grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Hinostroza M. (2015). *Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, Cercado de Lima* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- INEI. (2017). *Perú, Encuesta nacional demográfica y de salud familiar 2016 Nacional y Regional*. ENDES. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Laveriano EP, Tarazona CE. (2013). *Factores que intervienen en el proceso del programa de suplementación con multimicronutrientes a nivel de*

- establecimientos de salud y madres de familia de la provincia de Vilcashuamán* (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Lazarte A. (2017). *Factores relacionados a la no adherencia del consumo de multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis-2016* (Tesis de maestría). Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú.
- Lenis C. (2013). *Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- López B. (2015). *Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa Lima - Perú, 2014* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Medina M. (2017). *Factores que influyen en la adherencia a la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola, Arequipa, 2016* (Tesis de maestría). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Mendizábal S. (2015). *Satisfacción de la madre del niño menor de 1 año sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Señor de los Milagros - Chosica 2014* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- MINSA. (2017). *Documento Técnico Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*. Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA. Ministerio de Salud. Recuperado de: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM\\_249-2017-MINSA.PDF](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF)

- MINSAs. (2017). *Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSAs. Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/convenios.asp?cboPeriodo=2017&cboDocumentos=2>
- MINSAs. (2017). *Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSAs. Ministerio de Salud. Recuperado de: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM\\_250-2017-MINSAs.PDF](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSAs.PDF)
- Ocampo P. (2015). *Factores influyentes sobre el estado de la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
- Pereira N. (2017). *Prevenção da anemia ferropriva em crianças: foco na adesão ao uso do sulfato ferroso* (Tesis de maestría). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Sabaté, E. (Ed). (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Ginebra, Suiza. OMS.
- Sammartino G. (2008). Representaciones culturales acerca de la aceptación y rechazo de la suplementación de hierro. *Arch Argent Pediatr*, 108(5):401-408. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n5/v108n5a05.pdf>
- Sezik, HA, Can, H., Kurnaz, MA, Atún, M., y Ay, Z. (2015). Use of iron supplements in children aged 1-2 years with iron deficiency anemia: A cross-sectional study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31 (5), 1227 - 1232. DOI: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.315.7334>

## **Apéndice H:**

**Declaración jurada de autoría y autorización para la  
publicación del artículo científico**

### **Declaración jurada de autoría y autorización para la publicación del artículo científico**

Yo, Guillermo Luis Gómez Guizado, estudiante del Programa Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI 09199983, con el artículo titulado: “Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del MINSA de San Juan de Lurigancho 2017”, declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría.
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, la publicación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima, enero del 2018

  
Guillermo Luis Gómez Guizado  
DNI 09199983



### **Acta de Aprobación de originalidad de Tesis**

Yo, Freddy Antonio Ochoa Tataje, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **"Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017"** del estudiante Guillermo Luis Gómez Guizado; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 21% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 10 de febrero del 2018



---

Dr. Freddy Antonio Ochoa Tataje

DNI: 07015123

Feedback Studio - Google Chrome

Es seguro | <https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?lang=es&to=913922850&is=1&u=1050027548>

Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Ju... -- /0 < > ?



**Atención de control CRED y adherencia a suplemento de hierro según enfermeras del Minsa de San Juan de Lurigancho 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**  
Br. Guillermo Luis Gómez Guizado

**ASESOR:**  
Dr. Freddy Antonio Ochoa Tataje

**SECCIÓN:**  
Ciencias Médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**  
Gestión de los Servicios de Salud

PERÚ - 2018

Resumen de coincidencias ✕

21 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

21	1 <a href="#">cybertesis.unmsm.edu...</a> 1% > <small>Fuente de Internet</small>
21	2 <a href="#">www.bdigital.unal.edu...</a> 1% > <small>Fuente de Internet</small>
21	3 <a href="#">www.scribd.com</a> 1% > <small>Fuente de Internet</small>
21	4 <a href="#">docplayer.es</a> 1% > <small>Fuente de Internet</small>
21	5 <a href="#">pt.scribd.com</a> 1% > <small>Fuente de Internet</small>
21	6 <a href="#">es.scribd.com</a> 1% > <small>Fuente de Internet</small>

*Handwritten signature in blue ink.*



*Handwritten signature in blue ink.*

Dr. Freddy Ochoa Tataje  
METODOLOGÍA INVESTIG. G.

Yo **GUILLERMO LUIS GÓMEZ GUIZADO**, identificado con DNI N° **09199983**, egresado del programa de **MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD** de la Universidad César Vallejo,

Autorizo (X), No autorizo ( )

la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **“ATENCIÓN DE CONTROL CRED Y ADHERENCIA A SUPLEMENTO DE HIERRO SEGÚN ENFERMERAS DEL MINSA DE SAN JUAN DE LURIGANCHO 2017”**; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

DNI: **09199983**

Ate, 22 de octubre del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DEL  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

---

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

**Br. GÓMEZ GUIZADO, GUILLERMO LUIS**

---

TESIS TITULADA:

**ATENCIÓN DE CONTROL CRED Y ADHERENCIA A SUPLEMENTO DE HIERRO SEGÚN ENFERMERAS**

---

**DEL MINSA DE SAN JUAN DE LURIGANCHO 2017**

---

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

**MAESTRO**

---

SUSTENTADO EN FECHA: **12 DE ABRIL DE 2018**

NOTA O MENCIÓN: **APROBADO POR EXCELENCIA (18)**

Dr. Freddy Ochoa Tataje  
METODOLOGÍA INVESTIG. C.

---

Dr. Freddy Antonio Ochoa Tataje