

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**TESIS**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES QUE  
ASISTEN AL PUESTO DE SALUD ACHAYA 2017**

**PRESENTADA POR:**

**YULI LORENA FLORES PAREDES**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**MAGISTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA  
MENCIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**PUNO, PERÚ**

**2018**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD ACHAYA 2017

PRESENTADA POR:

YULI LORENA FLORES PAREDES

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGISTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA  
MENCIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE



Dra. TITA FLORES DE QUISPE

PRIMER MIEMBRO



M.Sc. NELVA ENRIQUETA CHIRINOS GALLEGOS

SEGUNDO MIEMBRO



M.Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

ASESOR DE TESIS



Dra. HAYDEE CELIA PINEDA CHAIÑA

Puno, 21 de noviembre de 2018

ÁREA: Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

TEMA: Vigilancia nutricional.

LÍNEA: Salud de grupos poblacionales específicos.

## DEDICATORIA

### **A Dios:**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A mis padres:**

Ana y Raúl por haberme apoyado en todo momento, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

### **A mi Hija:**

Por ser la razón de mí existir sin ella la fuerza de levantarme cada día para ser mejor persona no sería una realidad, gracias **MAHAL ARABELA** por existir. Y por todas las veces que no pudo tener una mamá a tiempo completo.

## AGRADECIMIENTOS

- A mi Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano, por darnos la oportunidad de forjarnos.
- A la Escuela de Posgrado, Maestría en Salud Pública, a la plana Docente por la enseñanza que imparte en la formación de maestros al servicio de la sociedad.
- Con profundo reconocimiento a los miembros del jurado calificador Dra. Tita Flores de Quispe, M. Sc Nelva Chirinos Gallegos, M. Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo, por su apoyo, orientación y tiempo para la culminación del presente trabajo de investigación.
- Con mucho cariño, aprecio y respeto a la Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña, por su dirección y asesoría, por las constantes orientaciones, apoyo moral durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación

**ÍNDICE GENERAL**

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1

**CAPÍTULO I****REVISIÓN DE LITERATURA**

1.1	Marco teórico	3
1.1.1	Funcionalidad familiar	3
1.1.2	Tipos de familia según el modelo Circumplejo de Olson.	6
1.1.2.1	Tipos de cohesión familiar	7
1.1.2.2	Tipos de Adaptabilidad Familiar.	8
1.1.3	Familias del modelo Circumplejo de Olson	9
1.1.3.1	Familias equilibradas y/o balanceadas.	10
1.1.3.2	Familias intermedias o moderadas	11
1.1.3.3	Familias extremas	11
1.1.4	Calificación de las dos dimensiones estudiadas por Olson según factores.	11
1.1.5	Adherencia	14
1.1.6	No adherencia al tratamiento	16
1.1.7	Anemia	18
1.1.7.1	Definición	18
1.1.7.2	Anemia ferropénica	18
1.1.8	Funcionamiento familiar y adherencia	20
1.2	Antecedentes	21
1.2.1	A nivel internacional	21
1.2.2	A nivel nacional	26
1.2.3	A nivel local	27
		iii

**CAPÍTULO II****PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

2.1	Identificación del problema	29
2.2	Enunciados del problema	31
2.3	Justificación	31
2.4	Objetivos	32
2.4.1	Objetivo general	32
2.4.2	Objetivos específicos	32
2.5	Hipótesis	33
2.5.1	Hipótesis general	33
2.5.2	Hipótesis específica	33

**CAPÍTULO III****MATERIALES Y MÉTODOS**

3.1	Lugar de estudio	34
3.2	Población y muestra	35
3.2.1	Criterios de inclusión	35
3.3	Método de investigación	35
3.4	Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	36
3.4.1	Objetivo específico N° 1	36
3.4.2	Objetivo específico n° 2	36
3.5	Técnicas e instrumentos	37

**CAPÍTULO IV****RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1	Análisis de resultados	39
	CONCLUSIONES	48
	RECOMENDACIONES	49
	BIBLIOGRAFÍA	51
	ANEXOS	54

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
1. Relación entre funcionalidad familiar (cohesión) y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017	39
2. Relación entre funcionalidad familiar (adaptabilidad) y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses de asisten al puesto de salud Achaya 2017	42
3. Relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017	44
4. Funcionalidad familiar en términos de cohesión en madres de niños de 6-18 meses que asisten al Puesto de Salud Achaya 2017	61
5. Funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad en madres de niños de 6-18 meses que asisten al Puesto de Salud Achaya 2017	61
6. Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica de niños de 6-18 meses que asisten al Puesto de Salud Achaya 2017	61

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
1. Modelo circumplejo de Olson	9
2. Relación entre funcionalidad familiar (cohesión) y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017	39
3. Relación entre funcionalidad familiar (adaptabilidad) y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses de asisten al puesto de salud Achaya 2017	42
4. Relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017	45

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
1. Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)	55
2. Adherencia al tratamiento cuestionario dirigido a la madre del niño de 6 a 18 meses -adherencia al tratamiento	57
3. Modelo Circumplejo de Olson para determinar funcionalidad familiar según dimensiones de cohesión y adaptabilidad	58
4. Operacionalización de variables	59
5. Otros resultados	61

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la funcionalidad familiar y su relación con la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica de madres de niños de 6 a 18 meses que asistieron al puesto de salud de Achaya el 2017. La investigación fue de tipo descriptivo con diseño correlacional y corte transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por 30 madres de niños de 6 a 18 meses de edad. El instrumento que se utilizó para medir la funcionalidad familiar fué FACES III y para medir la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica se aplicó un cuestionario dirigido a madres de niños de 6 a 18 meses. Para la comprobación de las hipótesis se utilizó la prueba de Chi Cuadrada. Los resultados obtenidos en cuanto a funcionalidad familiar en términos de cohesión son, el 56.7% de familias pertenecen al tipo de cohesión desprendida y un 30% cohesión separada, esto significa que no hay un adecuado vínculo emocional entre los miembros de la familia. Respecto a la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad el 53.3% corresponde a adaptabilidad flexible, y un 40% a adaptabilidad estructurada, significa que las madres tienen buen grado de respuesta a situaciones de estrés. En relación al tipo de cohesión-adaptabilidad y adherencia al tratamiento de anemia el 56.7% corresponde a no adherencia-desprendida (cohesión) y un 46.7% a no adherencia flexible (adaptabilidad). Al establecer la relación a través de la prueba estadística Chi Cuadrada se muestra que hay relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de la anemia  $p(0.045) < \alpha(0.05)$ ; por lo que, se asume que la familia juega un rol importante en relación a la adherencia y sobre todo cuando en el seno familiar hay un infante.

**Palabras claves:** adaptabilidad, adherencia, anemia, cohesión, funcionalidad familiar y tratamiento.

## ABSTRACT

The purpose of this research is to determine the family functionality and its relationship with the adherence to the treatment of the iron-deficiency anaemia of mothers of children in the age range of 6 – 18 months that attended to the local health center of Achaya in 2017. The research made was descriptive with a correlational design and cross-sectional analysis. The sample of this research was formed by 30 mothers of children in the age range of 6 – 8 months. The instrument used to measure the family functionality was FACES III and to measure the adherence to the treatment of the iron-deficiency anaemia was a survey directed to the mothers of children in the age range of 6 – 8 months. The Chi-square test was used for the verification of the thesis. The results obtained regarding the family functionality in terms of cohesion are as follows: 56.7% of the families belong to the type of detached cohesion and a 30% to separate cohesion which means that there is a suitable emotional bond among the members of the family unit. Regarding family functionality in terms of adaptability, 53.3% correspond to flexible adaptability, and 40% to structured adaptability, it means that mothers have a good response to stress conditions. In relation to the kind of adaptability-cohesion and the adherence to the treatment of the iron-deficiency anaemia, 56.7% correspond to no adhesion-detached (Cohesion) and a 46.7% to no flexible adhesion (adaptability). By setting the relationship through the Chi-square test, it is found that there is a relationship between the family functionality and the adherence to the treatment of the iron-deficiency anaemia; therefore, it is assumed that the family unit plays an important role in regard to adhesion and especially when there is a child in the family.

**Keywords:** Adaptability, adhesion, anaemia, cohesion, family functionality and treatment.

## INTRODUCCIÓN

La familia es considerada como el primer eslabón de apoyo social y psicológico que posee el ser humano durante toda su vida, ejerce una función protectora ante las diversas tensiones de la cotidianidad. El apoyo que se brinden entre los integrantes de una familia, se convertirá en uno de los principales recursos al momento de prevenir daños físicos y psicológicos de sus miembros, siendo la orientadora en los cambios y conflictos que se den a lo largo de su ciclo vital. (38)

Cuando existen eventos de desequilibrio dentro del sistema familiar, tales como la no adherencia al tratamiento (incumplimiento), se torna habitual que los miembros de la familia, consideren que los otros no cumplen con sus funciones y/u obligaciones, observando como efecto la disfuncionalidad familiar expresada en coaliciones, triangulaciones y escasa comunicación familiar, situaciones que obligan a pensar en; ¿qué es una adecuada funcionalidad familiar?, pues ésta parece ser muy importante en el desarrollo social, físico y psicológico de todos los que constituyen a la familia. (10)

La no adherencia al tratamiento es un problema complejo y latente que afecta a todo el mundo, incluso a países desarrollados, se sabe que uno de los más grandes obstáculos es el desconocimiento exacto del tratamiento por parte de la madre, padre y/o cuidador principal quienes consideran únicamente el cumplimiento de la medicación, sin darle tanta importancia a aspectos más integrales como los cambios conductuales en el estilo de vida lo que resulta de vital importancia para el bienestar de los lactantes. La no adherencia o su baja presencia va privar al lactante de obtener buenos resultados, por ende, aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones tales como la anemia<sup>12</sup> que es considerado como un problema de salud pública, que prevalece sobre todo en lactantes y niños menores de 35 meses, según la ENDES 2016 el 43.6% presenta el problema, en nuestra región de puno durante 2 años se ha mantenido la cifra de 75.9% se sabe que la anemia trae consigo consecuencias tanto para la salud como para el desarrollo social y económico del país ello como resultado de la no adherencia al tratamiento (incumplimiento) y falta de cohesión y adaptabilidad de la familia, ya que pese a la intervención multisectorial el problema persiste. (14)

De aquí la necesidad de investigar la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica entendiendo que existe un vínculo entre ambas variables, se pretende aportar un insumo que permita la implementación de diversas actividades que

garanticen la prevención y reforzamiento de toma de conciencia de las familias. Se espera apertura también de nuevas líneas de investigación, donde la adherencia al tratamiento sea la principal variable de estudio. El presente estudio titulado Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017 es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño correlacional y corte transversal.

La presente investigación está estructurada por 4 capítulos los cuales se detallan a continuación: capítulo I revisión de literatura, capítulo II planteamiento del problema, capítulo III materiales y métodos y finalmente el capítulo IV Resultados y discusión, además de las conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO I

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 1.1 Marco teórico

##### 1.1.1 Funcionalidad familiar

###### a) La Familia

La familia, unidad básica de la sociedad, base importante para el desarrollo humano, es definida como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.<sup>1</sup>

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.<sup>2</sup>

A partir de la década del 60, uno de los enfoques más utilizados para estudiar o comprender la familia, parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible a sus partes, y su función es más que la simple suma de ellas. Así entonces, la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa<sup>3</sup>.

Para Engels (Engels, 1986) la familia es un elemento activo que nunca permanece estacionado, sino que se transforma a medida que la sociedad evoluciona de una forma de organización a otra.

Aproximándonos a una definición que pudiera contemplar la mayor cantidad de aspectos de los diversos contextos y etapas familiares, la Organización Mundial de la Salud que indica; “la familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica...es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud”.<sup>4</sup>

#### **b) Funcionamiento familiar**

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.<sup>5</sup>

Para Olson, la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares<sup>6</sup> (adaptabilidad). Esta teoría contempla las situaciones que atraviesan la familia durante la vida y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a una mejor estabilidad para el crecimiento y desarrollo saludable del niño. Además, establece que un funcionamiento familiar balanceado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados. Muchas veces este funcionamiento puede ser adecuado, pero otras veces puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia.

7

**c) Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson**

El Modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle (1979) plantea tres dimensiones para el estudio del funcionamiento familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, que se refieren a la unión emocional, intelectual y física de los miembros de la familia, así como a la habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relaciones de rol y las reglas en dependencia de las situaciones de estrés.<sup>8</sup>

**d) Cohesión familiar**

Está definida como el vínculo emocional que entre ellos tienen los miembros de una familia, el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia (Olson y Col). La cohesión familiar está relacionada con el apego o desapego presente entre los miembros de la familia, como lo mencionan Schmidt, Barreyro, y Maglio. “la cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de una familia, esta dimensión está dividida en 4 partes estos argumentos son ampliados por Ortiz (2008) mencionando que Olson para realizar el diagnóstico de este parámetro dentro de la familia tomó en consideración lo siguiente: “los lazos emocionales/independencia, los límites/coaliciones, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones, y los intereses/recreación”. Estas consideraciones facilitan establecer los estilos familiares dentro del modelo circumplejo, así tenemos familias con estilo desligado, separado, unidas y enredadas.<sup>8</sup>

**e) Adaptabilidad familiar**

La adaptabilidad familiar está vinculada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar. Según Schmidt et al. (2010), la adaptabilidad se trata de “la magnitud de cambios en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia”. Entre las variables que se evalúan en el modelo Circumplejo de Olson al decir de Ortiz (2008) son: “la estructura del poder, los estilos de negociación, las relaciones de los roles y la retroalimentación”, las cuales ayudan caracterizar a las familias en los siguientes tipos: caótico, flexible, estructurado y rígido. El cruce de variables de cohesión y adaptabilidad permite estructurar los 16 tipos de familia

que plantea Olson en su modelo Circumplejo, dependiendo éstas del tipo predominante, en cada dimensión.

#### **f) Comunicación familiar**

La comunicación familiar es otra de las dimensiones importantes en el modelo circumplejo, esta dimensión es considerada facilitadora para las dos mencionadas anteriormente.

Según Sotomayor y Segovia (2001) comunicación viene del latín “*communis*” que significa comunidad, comunión, común-unión, partiendo de esta definición podríamos decir que la comunicación es un conjunto de relaciones e interacciones que permiten un objetivo común: la integración entre los sujetos; así la forma en la que los integrantes de la familia se comunican determinará el funcionamiento del sistema familiar, ya que ésta es considerada como el eje que atraviesa el sistema familiar, como bien menciona Watzlawick, Helmick, y Don (1985) dentro de sus axiomas de la comunicación, aludiendo la imposibilidad de no comunicar, entendiendo ésta como el conjunto de elementos digitales y analógicos de la comunicación. Dichos axiomas se detallan a continuación por ser un eje central de la teoría de la comunicación.

La comunicación familiar es considerada como un punto importante del modelo Circumplejo de Olson, al decir de Lorente, y Martínez (2003) la comunicación dentro de este modelo “es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones”, sin embargo por ser facilitadora no se encuentra graficada en el modelo de Olson, ya que si se cambia el estilo comunicacional de las familias, muy probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.<sup>8</sup>

#### **1.1.2 Tipos de familia según el modelo Circumplejo de Olson.**

Olson, y colaboradores establecen cuatro tipos posibles de familia en función a la variable cohesión y cuatro para la variable adaptabilidad las cuales desarrollamos a continuación

### 1.1.2.1 Tipos de cohesión familiar

- **Cohesión Desprendida.** Se caracteriza por su escasa vinculación familiar y una alta autonomía personal; otras características de este tipo son las siguientes: extrema separación emocional, ausencia de lealtad familiar, de compromisos intrafamiliares y de comunicación, relación vacía entre padres e hijos, preferencias por la separación física, ausencia de tiempo vivido en común e independencia en la toma de decisiones.
- **Cohesión Separada.** Sus límites externos e internos son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares. La cohesión separada supone un cierto grado de separación emocional entre los miembros de la familia, pero sin que nunca llegue a ser tan extrema como en la relación desprendida, predomina la dedicación de cada persona a cuestiones personales, aunque también haya un tiempo para vivirlo en familia.
- **Cohesión Unida.** Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos. Supone un mayor grado de unión e intimidad emocional compartida; así como lealtad y fidelidad a la relación. En cuanto al tiempo se prefiere el tiempo compartido a estar ocupados en solo cuestiones personales. Hay cierto énfasis en la unión familiar, los amigos suelen ser amigos de la familia.
- **Cohesión Enredada.** Se caracterizan por una sobre identificación de cada miembro con la familia, lo que conlleva a una vinculación familiar muy intensa y una limitada autonomía individual; otras características que definen este tipo de cohesión son las siguientes: extrema cercanía emocional, intensa exigencia de lealtad a la familia, fuerte dependencia unos de otros, ausencia de espacio privado, toma de decisiones en función a los deseos del grupo.

Se considera con mayor funcionalidad la cohesión separada y conectada ya que en ellas sus integrantes pueden ser independientes y a su vez mantienen cierto grado de conexión con sus familias, lo que permite el desarrollo de sus integrantes sin dejar de lado su comportamiento con la familia; en cambio la cohesión desprendida y enredada corresponde a los extremos de la dimensión, son los niveles de mayor disfuncionalidad familiar ya que es tal el grado de desvinculación para el caso de las desprendidas, y tal el grado de dependencia para las enredadas, que en ambos casos se termina por limitar las relaciones familiares y su desarrollo a largo plazo.

#### 1.1.2.2 Tipos de Adaptabilidad Familiar.

- **Adaptabilidad Caótica.** Se trata de un tipo de familia que se caracteriza por la una disciplina poco efectiva con consecuencias inconsistentes y poco trascendentales, decisiones impulsivas, ausencia de negociación ante problemas y roles más o menos establecidos, con cambios frecuentes en las reglas de funcionamiento familiar.
- **Adaptabilidad Flexible.** Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario.
- **Adaptabilidad Estructurada.** Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan.
- **Adaptabilidad Rígida.** Se caracteriza por un liderazgo autoritario, padres muy controladores que toman decisiones muy estrictas, ausencia de negociaciones roles muy definidos fijos y tradicionales, disciplina rígida sin opción de cambios

En cuanto a la dimensión de adaptabilidad, su atención se centra en como los sistemas familiares cambian su estructura para intentar mantenerse estables frente a una crisis, por lo tanto, para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El

desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad familiar determina también 4 niveles. Al igual que en la dimensión de la cohesión, en la adaptabilidad familiar, los niveles centrales como son la adaptabilidad estructurada y flexible conducen al buen funcionamiento familiar, asimismo los extremos, dígase los rígidos y caóticos resultan más problemáticos para las familias

### 1.1.3 Familias del modelo Circumplejo de Olson

Las características de familia puntualizadas en este modelo, son el resultado de entrecruzar las posibles categorías de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La matriz de 4x4, configura 16 celdillas, cada una de ellas a una característica de familia en particular

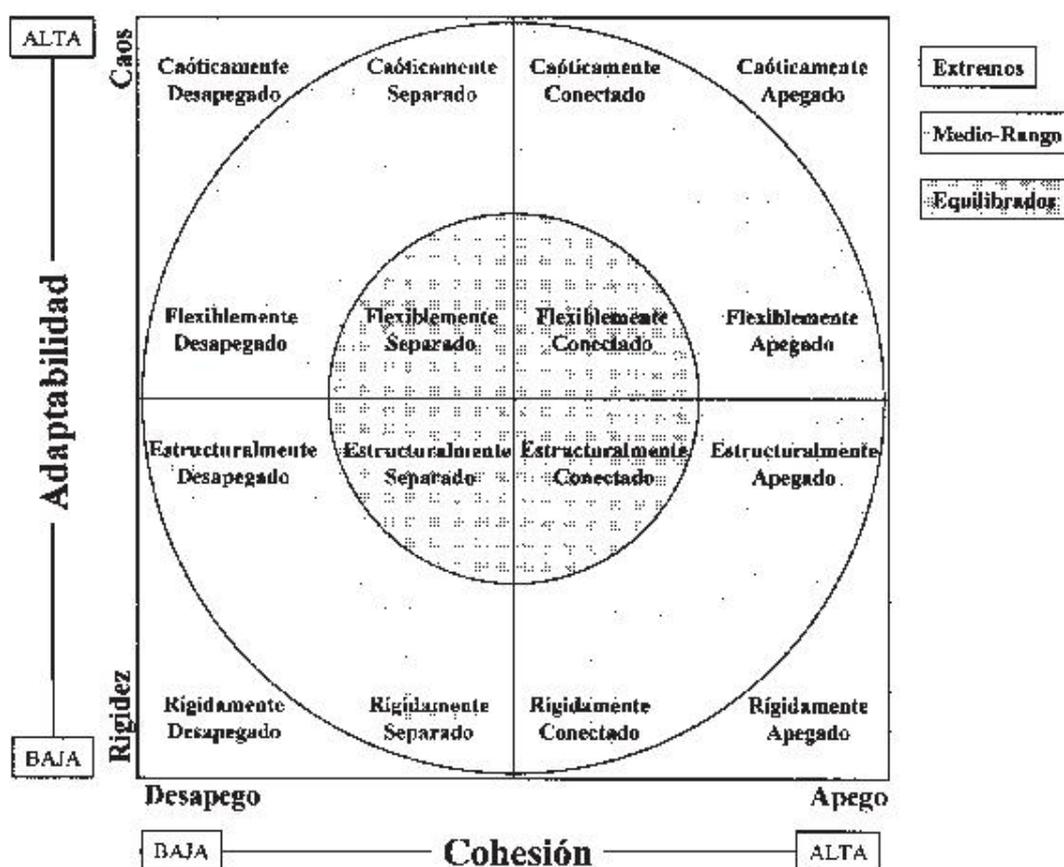


Figura 1. Modelo circumplejo de Olson  
Fuente: David Olson

Los cuatro tipos del área central (que corresponden con los cuadros centrales con el fondo blanco con puntos grises dentro de la circunferencia) reflejan familias con características equilibradas y en ambas dimensiones (cohesión y

adaptabilidad) y representan niveles de funcionamiento moderado. Esto suelen ser también los más funcionales para el desarrollo individual y familiar.

Por otro lado, los cuatro de tipos extremos (que corresponden con los extremos fuera de la circunferencia) muestran los niveles de funcionamiento máximo o mínimo en ambas dimensiones. Estos son los tipos de familia más disfuncionales tanto para el desarrollo individual como familiar.

El resto con familias con características intermedias para ambas dimensiones (cohesión y adaptabilidad)

Sin embargo, si este patrón de relación llega a ser de estilo predominante a lo largo de varios estadios del ciclo familiar, talvez en algún momento puede tornarse problemático para alguno o para todos los miembros de la familia.

#### **1.1.3.1 Familias equilibradas y/o balanceadas.**

De acuerdo al modelo circunflejo es el más adecuado para el funcionamiento familiar y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de cohesión y adaptabilidad, los 4 tipos de familias en categoría funcional son los siguientes:

- a) Separado-flexible
- b) Unido-flexible
- c) Separado- estructurado
- d) Unido- estructurado

El modelo es dinámico, es decir, asume que pueden ocurrir cambios en el modo de funcionamiento de una familia a lo largo del ciclo vital. Las familias suelen funcionar de modo adaptativo, en función de la situación por esta razón cambia su tipo de dinámica.

Ninguno de los 4 puede calificarse como optimo o ideal, pero no cabe duda es que los cuatro son más funcionales que los tipos extremos.

### 1.1.3.2 Familias intermedias o moderadas

Corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión:

- a) Caótico-separado
- b) Caótico-unido
- c) Flexible-desprendida
- d) Flexible enredado
- e) Estructurado-desprendido
- f) Estructurado-enredado
- g) Rígido-separado
- h) Rígido-unido

### 1.1.3.3 Familias extremas

Es el menos adecuado para la funcionalidad familiar, según el modelo circunflejo. Los cuatro tipos de familias ubicados fuera del círculo mayor, son los menos funcionales es decir disfuncionales para el desarrollo del individuo<sup>10</sup> y la familia y son los siguientes:

- a) Desprendido-caótico
- b) Enredado- caótico
- c) Desprendido-rígido
- d) Enredado-rígido

### 1.1.4 Calificación de las dos dimensiones estudiadas por Olson según factores.

<b>COHESIÓN</b>	Enredada	36 – 40
	Unida	32 – 35
	Separada	27 – 31

Desprendida 8 – 26

<b>ADAPTABILIDAD</b>	Caótica	33 – 40
	Flexible	25 – 32
	Estructurada	17 - 24
	Rígida	8 - 16

### **DIMENSIONES:**

#### **FACTOR I: Acerca de los hijos (ítems 2,4,10,12)**

Puntuación:

4-9 Límites Generacionales inamovibles (relación impermeable)

10-13 Límites Generacionales claros; hay una proximidad entre padres e hijos.

14-17 Clara separación generacional con proximidad padres e hijos.

18-20 Falta de límite Generacional (relación difusa)

#### **FACTOR II: UNIDAD AFECTIVA (ítems 11,7,19)**

Puntuación:

3-11 Separación Emocional extrema. Ausencia de fidelidad familiar.

12-13 Separación Emocional; acercamiento limitado. Fidelidad familiar ocasional.

14-15 Proximidad emocional. Alguna separación, se espera la fidelidad familiar

#### **FACTOR III: COMPROMISO FAMILIAR (ítems 5,1,3,6,17)**

Puntuación:

5-14 Compromiso e interacción familiar muy baja. Sensibilidad afectiva infrecuente.

15-17 Compromiso aceptable, aunque se prefiere la distancia personal.

18-20 Compromiso personal tan enfatizado como permite la distancia. Se alientan y prefieren las interacciones afectivas.

21-25 Compromiso muy alto. Fusión y sobre dependencia. Gran interés y control afectivo.

**FACTOR IV: CREATIVIDAD FAMILIAR** (ítems 16,15,9)

Puntuación:

4-7 Negociaciones limitadas. Decisiones impuestas por los padres

8-10 Negociaciones estructuradas. Decisiones buscadas por los padres.

11-13 Negociaciones Flexibles. Acuerdos sobre las decisiones.

14-15 Negociaciones inacabables y decisiones impulsivas. Frecuentes cambios de normas que tienen una aplicación inconsistente.

**FACTOR V: RESPONSABILIDAD FAMILIAR** (ítems 18, 20)

Puntuación:

2-3 Repertorio de roles limitado. Roles impuestos por los padres.

4-5 Roles estables, pero pueden ser compartidos.

6-7 Roles compartidos y elaborados. Cambios fluidos de Roles

8-10 Falta de claridad en los roles, alteración y cambios frecuentes.

**FACTOR VI: ADAPTACION A LOS PROBLEMAS** (ítems 13,8,14)

Puntuación

3-5 Liderazgo Autoritario. Padres autoritarios, disciplina rígida y no permisiva

6-8 Liderazgo primariamente autoritario, pero con ciertos rasgos de igualdad.

9-11 Liderazgo autoritario, con cambios fluidos.

12-15 Liderazgo limitado y/o errático. Control paterno rechazado e infructuoso.

Disciplina muy permisiva.<sup>8</sup>

### 1.1.5 Adherencia

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia como el cumplimiento a un tratamiento; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado.

Para DiMatteo y DiNicola (1998). Es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y de sus características psicológicas y sociales.<sup>11</sup>

Para (Epsein y Cluss) la adherencia o el cumplimiento es “La coincidencia entre el comportamiento de una persona, los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”.

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los PS, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico; Además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancias (ej.: el paciente se adhiere bien a la recomendación de no consumir alcohol cuando está en casa pero los fines de semana la incumple), o a ciertas prescripciones o recomendación pero no a otras (ej.: un diabético insulino dependiente se puede adherir bien a las inyecciones de insulina pero no a la dieta prescrita). Por lo tanto, al hablar de la adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen (tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo...), y complejo porque se puede dar en un momento, pero no en otro, en unas circunstancias, pero no en otras y a una parte del tratamiento, pero no a otras.<sup>12</sup>

Aunque tradicionalmente se ha utilizado el término «cumplimiento» para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido puesto en cuestión, ya que parece implicar que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito. Asimismo, el término «incumplimiento» culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. Actualmente se prefiere el término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.<sup>13</sup>

En síntesis, con respecto a la adherencia al tratamiento, este elemento depende en gran medida de la educación que reciba el paciente para el conocimiento y manejo de su enfermedad, adquiriendo especial importancia en el paciente infantil quien depende de la orientación de sus padres o cuidadores que influyen en el manejo que el niño/ niña le dé a su enfermedad y las conductas de adhesión que siga. Por tanto, resulta importante que la medicina cada vez más tenga en cuenta el ámbito familiar del niño/(a) enfermo, y no conciba al paciente como una unidad individual de tratamiento, separado de su núcleo familiar y de las prácticas de crianza de la familia.

El tratamiento de anemia es a través del sulfato ferroso y un soporte nutricional rico en hierro. La dosis recomendada es de 3 mg/kg/día de Fe<sup>+</sup> elemental en una o dos tomas. La solubilidad de las sales de hierro es la condición indispensable para que el hierro se absorba adecuadamente, siendo mejor la absorción en la forma ferrosa que en la férrica. Su porcentaje de absorción disminuye progresivamente en relación de la dosis empleada, de ahí la recomendación de administrar la dosis diaria en una o dos tomas.

El soporte nutricional incluirá un alimento rico en hierro dos veces al día, teniendo como principales a los alimentos que más hierro biodisponible presentan como es el caso de los productos de origen animal: bazo, hígado, sangrecita de pollo, carne. Las menestras y vegetales que tiene menor biodisponibilidad deberán ser acompañados de cítricos como la naranja, limón.

Aunque el tratamiento puede iniciarse tomando la medicación con las comidas, para una absorción máxima debe tomarse, si se puede, por lo menos una o dos horas después de las comidas. La toma junto con vitamina C, como la contenida en el zumo de naranja, aumenta su absorción. El té, el café, los mates disminuye la adsorción del hierro, los síntomas más frecuentes son nauseas, molestias abdominales, pigmentación dentaria, vómitos, diarrea, estreñimiento. Menos frecuente puede haber reacciones alérgicas, la hemoglobina debe incrementarse en forma significativa en 3 o 4 semanas y se debe alcanzar una cifra mayor (11 gr/dl) en 2 o 4 meses. Para medir la efectividad del tratamiento se debe realizar un tamizaje al mes de iniciado el tratamiento, una vez alcanzado los valores normales de hemoglobina, se debe continuar con el tratamiento con hierro oral durante dos meses mas

Cumplir el tratamiento a cabalidad evitará que el niño presente retraso en el crecimiento y desarrollo motor, además de alteraciones de la conducta. A largo plazo impedirá el bajo rendimiento preescolar y escolar asociado a esta enfermedad. La extensión y persistencia de la afectación cerebral parece depender de la edad en que se desarrolla la anemia, su intensidad y duración.<sup>14</sup>

#### **1.1.6 No adherencia al tratamiento**

Según (German y Esmeralda) Se define como “no adherencia” a la falta de cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. A menudo la decisión de si la paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores:

- ✓ Que tan alta es la prioridad de tomar la medicación.
- ✓ La percepción de gravedad de la enfermedad.
- ✓ La credibilidad en la eficacia de la medicación.
- ✓ Aceptación personal de los cambios recomendados.<sup>12</sup>

Se considera que la “no adherencia” a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente y/o cuidador para nuestro caso.

Sin embargo, la complejidad del fenómeno de no adherencia a la terapia, requiere de un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente médico - sistema de salud.<sup>15</sup>

La frecuencia de no adherencia al tratamiento puede variar, inclusive a un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con las otras indicaciones. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etcétera.

El hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Los pacientes podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o los cuidadores podrán preservar la calidad de vida de aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exigen para su buena evolución. El tratamiento queda bajo la responsabilidad del paciente o el cuidador, teniendo la autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo posible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de atención sanitaria.<sup>16</sup>

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, puesto que está determinado por la acción recíproca de factores. La creencia común de que los pacientes tienen como deber sólo tomar sus medicamentos es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores

afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento<sup>14,15,17</sup>

### **1.1.7 Anemia**

#### **1.1.7.1 Definición**

La anemia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la condición en la cual el contenido de hemoglobina en la sangre se encuentra debajo de lo normal, (disminución de la masa de glóbulos rojos) para determinada edad, sexo y estado fisiológico, debido a la carencia de uno o más nutrientes esenciales, entre ellos el hierro, ácido fólico, zinc, vitamina B12 y proteínas.<sup>18</sup>

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para el Niño y Adolescente, 90% de todos los tipos de anemia en el mundo son debido a la deficiencia de hierro. En América del Sur, así como a nivel mundial, la anemia por deficiencia de hierro se ha caracterizado como un grave problema de salud pública,<sup>19</sup> Esta deficiencia afecta fundamentalmente a los grupos en los que las necesidades fisiológicas están aumentadas como son los niños, en especial los lactantes.<sup>20</sup>

#### **1.1.7.2 Anemia ferropénica**

Es el tipo de anemia más común que existe en países del tercer mundo, se caracteriza por una deficiencia de hierro que es la causa más frecuente de anemia en el niño. Prevalece mayormente en la primera infancia, en especial entre los 6 y 35 meses de edad.<sup>20</sup> Esta afección tiene tres estadios:

- 1) la depleción de hierro, que está caracterizada por la disminución de las reservas de hierro del organismo.
- 2) la deficiencia de hierro con disminución de la eritropoyesis, que se observa cuando hay depleción de las reservas de hierro y simultáneamente una insuficiente absorción alimentaria, de manera que no se logra contrarrestar las pérdidas corporales normales y se ve afectada la síntesis de hemoglobina y

3) la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro), que es el caso más grave y se caracteriza por la reducción de la síntesis de hemoglobina.<sup>21</sup>

Por sus características químicas, el hierro tiene como función principal el transporte de oxígeno, su almacenamiento, el metabolismo oxidativo, la proliferación celular y muchos otros procesos fisiológicos<sup>22</sup>. Para Haas y Brownlie (2001), la importancia del hierro en el organismo se debe a su papel en la producción de energía. Por su parte, Beard (2001) proporciona evidencia de la importancia del hierro para el buen funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema nervioso y también en la producción de energía y el metabolismo. En este sentido, la deficiencia de hierro, principal causante de la anemia, así como la anemia en sí, son factores de riesgo en la salud individual y en el desarrollo a largo plazo en más de una forma.

En cuanto al desarrollo cognitivo de los niños, diversos autores (Stoltzfus, Mullany y Black 2004, Ross y Horton 1998, Walter 2003, Lozoff *et al.* 2006) muestran que la anemia provoca deficiencias en el desarrollo cognitivo de los niños, en especial en sus habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización. Lozoff *et al.* (1998) hallan en una muestra de niños de Costa Rica que los niños con deficiencia de hierro tienen menos capacidad de atención, son más tímidos y dubitativos, menos perseverantes, menos alegres y desarrollan menos sus habilidades motrices

La deficiencia de hierro ocasionada por su consumo inadecuado en la dieta. Se agrava en los grupos vulnerables, como las niñas, niños y mujeres gestantes, debido a sus elevados requerimientos de hierro provocados por la alta velocidad del crecimiento infantil, las necesidades del feto y la placenta.<sup>23</sup>

La dieta de nuestra población también es deficiente en otros micronutrientes, lo que contribuye a producir anemia y elevar el riesgo de enfermedad. Por ejemplo, existe deficiencia de ácido fólico, zinc, vitamina A, vitamina C. En algunas zonas del país la parasitosis intestinal, la diarrea y la malaria agravan el problema de anemia. En la mujer en edad fértil, las

pérdidas menstruales y los múltiples embarazos contribuyen a la alta prevalencia de anemia.<sup>24</sup>

Además, el hierro es un nutriente esencial para todos los agentes patógenos conocidos, y en su forma libre, el hierro puede aumentar su virulencia en gran medida. Por consiguiente, no es sorprendente que el cuerpo humano tenga procesos estrictamente regulados para la absorción, el transporte y el almacenamiento de hierro. Estos aseguran que exista un suministro adecuado para el crecimiento y el funcionamiento celular. Al mismo tiempo, estos procesos limitan su participación en las reacciones generadoras de radicales libres potencialmente tóxicas.<sup>25</sup>

En síntesis, la anemia ferropénica se define como la disminución de la concentración de Hemoglobina en sangre. La mayor parte del hierro del cuerpo se encuentra en la hemoglobina. El hierro es un nutriente esencial que lo requiere cada célula humana. Es importante entender los mecanismos básicos del metabolismo de hierro ya que esto es fundamental para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia. La anemia es habitual encontrarla en los niños de entre 6 meses y 2 años de edad, sobre todo en niños que no han recibido prevención con hierro ya sea a través de una alimentación complementaria con alimentos fortificados con hierro o con suplementos medicamentosos indicados oportunamente por profesionales de salud.<sup>26</sup>

### **1.1.8 Funcionamiento familiar y adherencia**

La familia es la responsable del cumplimiento del tratamiento (Adherencia). Cuando la familia es funcional e integrada al tratamiento la adherencia y los controles mejoran notablemente, por el contrario, si la familia no es funcional todo el plan puede fallar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tratamiento, su adherencia y su rehabilitación<sup>27</sup>

La efectividad de la funcionalidad familiar es la forma como se organiza el sistema efectivamente a las demandas de cada miembro y del entorno, y lograr las metas

a través de la dimensiones, permitiendo a cada integrante sentirse satisfecho con su grupo familiar y manejar la ansiedad generada por los requerimientos; es así que las familias son funcionales cuando reciben apoyo, ánimo y comprensión entre sus miembros, lo que le permite progresar a estadios normales de crecimiento y desarrollo; donde es común observar que posean comunicación clara y directa; definición de roles, autonomía, habilidad para resolver problemas, cohesión y solidaridad entre los integrantes<sup>28</sup>

## 1.2 Antecedentes

Se hizo una búsqueda intensa de investigaciones relacionadas con el problema de investigación, encontrándose antecedentes realizados a nivel Latinoamericano.

### 1.2.1 A nivel internacional

Quinto, F. (2016) En este estudio se plantea como objetivo: determinar la influencia que ejerce la cohesión familiar en la adherencia al tratamiento por vía oral en pacientes diagnosticados de DM2 que acuden al Centro de Salud la Concordia. Materiales y métodos Se realiza un estudio analítico descriptivo transversal en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden a consulta externa del centro de salud La Concordia. Para valorar cohesión familiar se utilizó la escala Faces III que consta de un cuestionario de veinte preguntas, de las que diez (impares) valoran cohesión familiar y diez (pares) valoran adaptabilidad familiar. Para la evaluación de adherencia al tratamiento se utilizó el test de Morisky-Green Levine que consta de cuatro preguntas. Se realizó un estudio de corte transversal y los resultados se analizaron con el programa SPSS versión libre para la asociación de variables. Resultados El setenta y seis por ciento de pacientes estudiados corresponden al sexo femenino, el sesenta por ciento corresponde a la edad entre cincuenta y cinco a sesenta y cinco años, el cincuenta y cuatro por ciento es de familias nucleares, el cuarenta y cinco por ciento se encuentra en el rango de familias de entre cuatro a seis integrantes, las familias conectadas tienen el sesenta y dos por ciento, la no adherencia al tratamiento presenta el sesenta y siete por ciento. Se encontró  $p < 0,05$  en relación a cohesión familiar y adherencia al tratamiento vía oral Conclusiones El estudio demostró que las mujeres y pacientes comprendidos entre los cincuenta y cinco a sesenta y cinco años se afectan con mayor frecuencia de diabetes, sesenta y siete

por ciento de los participantes en el estudio no se encuentra adherido al tratamiento, las familias nucleares y conectadas hacen mayoría. Se encontró relación entre adherencia terapéutica y cohesión familiar con un valor de  $p$  estadísticamente significativo<sup>29</sup>

Morales, A, (2014), estudio la funcionalidad familiar en mujeres con infecciones del virus del papiloma humano, realizo un estudio de tipo descriptivo, donde se aplicó el instrumento de evaluación FACES 111, y una encuesta para variables sociodemográficas a una población de 76 mujeres de entre 20 a 56 años de edad. Este estudio al explorar la disfunción familiar se encontró que un 82.9% disfuncionales y 17.1% funcionales; evidenciándose que la disfuncionalidad se presenta en más de la mitad de las pacientes con infección de virus de papiloma humano, condición importante ya que la familia puede ser generadora de salud o enfermedad, por lo que el autor recomienda la necesidad de realizar estudios que permitan medir la asociación de esta variable como factor de riesgo.<sup>30</sup>

Pérez, M. (2014), estudio la funcionalidad en pacientes adultos con enfermedad crónica ingresados a un programa de diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar 75 del instituto mexicano de seguridad social, estudio descriptivo, transversal y observacional; cuyo objetivo fue determinar la funcionalidad familiar en el grupo de estudio en mención; tuvo como población a 71 pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad renal, donde aplico el test de funcionamiento familiar obteniendo como resultado que un 43.7% corresponde a familias funcionales, un 43.7% a familias moderadamente funcionales y el 12.6% corresponde a familias disfuncionales. Concluye que la enfermedad renal crónica es un padecimiento que conlleva una elevada carga de implicaciones dentro de la dinámica familiar en cada uno de los pacientes que la integran. Da muestras que el problema existe al interior de las familias y por lo tanto requiere de medidas de intervención por parte del equipo multidisciplinario de salud.<sup>31</sup>

Olivera, S. (2014), realizo un estudio de tipo descriptivo correlacional en 152 pacientes con hipertensión arterial para evaluar si existe asociación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar de los pacientes, aplico una escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos y la escala de efectividad de funcionamiento familiar,

obteniendo como resultado que un 72.1% de la población con hipertensión arterial que acude a la consulta externa del instituto nacional de cardiología tiene una alta adherencia terapéutica y un 71.4% está en una familia funcional. El estudio concluye que las familias son funcionales ya que mantienen el bienestar del paciente con hipertensión logrando la congruencia, la estabilidad familia y personal y responden de manera favorable a los tratamientos propuestos por el personal de salud.<sup>32</sup>

Urquidi, C. y colaboradores (2005), realizaron una investigación titulada “Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso micro encapsulado”; el objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento de la anemia. El tipo de estudio realizado fue un ensayo clínico aleatorio controlado, para lo cual los niños fueron asignados aleatoriamente a dos grupos; al grupo fumarato ferroso (experimental) y sulfato ferroso (control), participando 144 niños entre las edades de 6 a 24 meses. Se realizó monitoreo a través del examen de hemoglobina y un cuestionario a los padres para evaluar la aceptación del tratamiento. Los resultados obtenidos en el grupo control fue que “escupieron el suplemento”, los niños mantenían la boca cerrada, lloraban y hacían gestos de desaprobación, el efecto adverso que más presentaron fue estreñimiento, pareciéndole a las madres un tratamiento difícil de dar. En el grupo experimental, como reacción adversa se presentaron deposiciones líquidas, pero la administración fue más fácil debido a que el hierro estaba encapsulado y el sabor metálico que normalmente tiene no se sentía. La investigación nos muestra la adherencia para dos tipos de tratamiento, el del sulfato ferroso, enfocando en la adherencia al tratamiento, sólo el punto de vista del sabor y la reacción adversa que causa, sin estudiar otros factores contribuyentes en la adherencia como es la información requerida sobre el tratamiento del menor, entre otros.<sup>33</sup>

En Cali, Colombia en el año 2009 RUIZ Ana y colaboradores realizaron una investigación titulada “Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH”, el objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento. El tipo de estudio realizado es no experimental con un diseño transversal descriptivo, llevándose a cabo una investigación basada en paradigmas cuantitativos para determinar el nivel de adherencia, siendo medido por una herramienta de tipo cualitativo: entrevista semi estructurada para niños y el cuidador. La primera conformada por

36 ítems, distribuidos en tres categorías: datos sociodemográficos, comportamiento de adherencia y variables asociadas a la adherencia. La segunda se dividió en 10 categorías: adherencia a las recomendaciones farmacológicas, adherencia a la realización de exámenes de control, aspectos emocionales del niño, autocuidado, relación y aspectos del cuidador, apoyo de otros familiares, aspectos del niño, tratamiento antirretroviral, recomendaciones médicas y relación del profesional con el niño o cuidador. La muestra estuvo conformada por 1 niño y 5 niñas, diagnosticados con VIH, y su respectivo cuidador. Se puede concluir que el acompañamiento del cuidador en los diferentes ámbitos de la vida del niño es importante e influye sobremanera en la adherencia del tratamiento, recomendándose realizar más estudios en el ámbito pediátrico.<sup>34</sup>

Los autores dividen la adherencia a las recomendaciones farmacológicas y a la realización de exámenes de control, evaluando factores importantes como la relación del profesional de la Salud con el niño y cuidador, así como las recomendaciones médicas tratando de enfocar todos los puntos que predisponen a la adherencia al tratamiento. Los autores sugieren la importancia de realizar investigaciones a nivel pediátrico, siendo los cuidadores los responsables del tratamiento de los menores niños.

En España en el año 2008, NOVOA Mónica y colaboradores realizaron una investigación titulada “Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil”, el objetivo fue identificar la relación que existe entre la conducta parental y la adherencia al tratamiento. El tipo de estudio realizado es cuantitativo, de diseño no experimental de tipo transversal descriptivo correlacional, utilizando un cuestionario sobre conductas parentales y un cuestionario para las actividades de cuidado para pacientes diabéticos. La muestra fue de niños con Diabetes tipo I, entre 8 y 11 años de edad, con un tiempo desde el diagnóstico de entre uno y tres años que reciben tratamiento en la Asociación Colombiana de Diabetes. Se puede concluir que los comportamientos e interacciones existentes entre padres e hijos están altamente correlacionados con el comportamiento de los niños y las prescripciones sobre la diabetes que han recibido, recalando que depende de la información que haya recibido el padre, para que muestre una conducta positiva y se adhiera al tratamiento de su menor hijo.<sup>35</sup>

La investigación divide sus variables en edad, sexo, estrato socioeconómico, establecimiento de reglas, monitoreo, comunicación afectiva y manejo de contingencia, cubriendo los factores que conllevan la adherencia al tratamiento con VIH, priorizando los padres la comunicación, sin priorizar la importancia del monitoreo en el tratamiento de una enfermedad, enfatizando que depende de los padres y de la educación que reciban, el que los niños continúen con su tratamiento.

Sigüenza, W. (2015) La familia se ha convertido en objeto de estudio de los enfoques más diversos de la psicología actual, ya sea por su complejidad de entendimiento o por su influencia a nivel social. En este sentido, ésta investigación tuvo como propósito u objetivo general: “Determinar el funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson a través de los componentes de cohesión y adaptabilidad que existe en niños”, empleando una metodología cuantitativa en un estudio descriptivo de corte transversal, pues hace un acercamiento riguroso en cuanto a describir características objetivas del funcionamiento familiar en niños de la “Unidad Educativa Octavio Cordero Palacios” de la ciudad de Cuenca-Ecuador. La población de estudio fue de: 153 padres de familia y 24 estudiantes, del primero al séptimo año de básica, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Para la recolección de información se utilizó la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), destinada a los padres de familia, y la técnica grupo focal reservada para los estudiantes. El análisis de los datos fue descriptivo, mediante el programa estadístico SPSS versión 21 y la generación de los gráficos estadísticos se elaboró con el programa Microsoft Office Excel 2010, obteniendo como principales resultados desde una visión cuantitativa que el 52.3% de las familias presentan una Adaptabilidad alta, lo que significa una tipología familiar Caótica, y una Cohesión media del 40.5% considerada como familias Unidas. Desde un análisis cualitativo obtenido de los grupos focales, los resultados coinciden pues las familias presentan una adaptabilidad alta, siendo los padres quienes ejercen las relaciones de poder, imponiendo y estableciendo las reglas familiares, y una cohesión media, pues los lazos emocionales entre sus integrantes se ven reflejados en la preocupación constante de los padres por los conflictos de sus hijos,

compartiendo el tiempo libre entre ellos. Finalmente, el tipo de familia común entre los evaluados (153 padres de familia) es la “Caótica- Unida” con el 26%.<sup>36</sup>

### 1.2.2 A nivel nacional

Condori. S, Cruz, G. (2017) El estudio titulado Funcionalidad familiar y Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, Pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017, tuvo como objetivo principal determinar la existencia de una relación entre las variables. La muestra estuvo conformada por 194 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudían por consultorio externo de endocrinología, obtenida por calculo probabilístico. La investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño correlacional y corte transversal. Para la recolección de datos, se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos se utilizaron un formulario de caracterización de la población en estudio seguido por dos cuestionarios: Test de APGAR familiar y el cuestionario MBG. El valor obtenido al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado fue de ( $p= 0.000$ ), lo que indica que existe una relación altamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, comprobándose la hipótesis general de la presente investigación, por lo que se afirma que a mejor funcionalidad familiar mejor adherencia al tratamiento. El funcionamiento familiar que perciben los pacientes fue de disfunción leve en un (29.4%). La adherencia al tratamiento de los pacientes es parcial en un (73.2%)<sup>37</sup>.

Baquerizo, M. (2017) La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación existente entre cohesión y adaptabilidad familiar y el rendimiento académico de los estudiantes de primer ciclo de la Escuela Profesional de Medicina Veterinaria de la Universidad Alas Peruanas. El tipo de estudio fue básico de nivel descriptivo correlacional, la muestra la constituyeron 101 alumnos matriculados en el primer ciclo de la Escuela Profesional de Medicina Veterinaria que presentaban entre 16 y 20 años de edad y que contestaron voluntariamente el cuestionario de evaluación de funcionabilidad familiar (Faces III) elaborado por Davis Olson y colaboradores. Los resultados indican que el 32,67% los alumnos evaluados consideraban a sus familias dispersas de acuerdo al tipo de cohesión, mientras que un 34,7% de estudiantes consideraron a sus familias con

adaptabilidad familiar del tipo estructurada; con relación a la variable cohesión y la adaptabilidad familiar la evaluación de los alumnos determina que sus familias son rango medio o regulares en la funcionabilidad familiar; con relación al rendimiento académico el 53,5% (54 alumnos) se encuentra con logro en proceso de acuerdo a la valoración de los aprendizajes. La investigación concluye que no hay relación entre la cohesión y la adaptabilidad familiar con el rendimiento académico en los alumnos de primer ciclo de la escuela de Medicina Veterinaria de la Universidad Alas Peruanas.<sup>38</sup>

Camacho P. (2009) en el Perú, el funcionamiento familiar es preocupante desde el ámbito de la formación de las familias tanto en la nuclear como en la extensa se puede dar la ausencia física de uno o ambos progenitores, implicando la falta de figuras necesarias en el desempeño de acciones vitales para el grupo familiar, donde la violencia y los conflictos paterno-filiales son frecuentes así como también la falta de autoridad eficiente para normar a los hijos, lo cual produce desestabilización que unida al proceso de cambios y transformaciones por los que atraviesa el adolescente, le acarrea confusiones, objetivo determinar el funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes, estudio tipo descriptivo de corte transversal en la I. E. N° 2053 francisco Bolognesi Cervantes del distrito de independencia Lima. La población de estudio fue de 223 adolescentes, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Para la recolección de datos se utilizó la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES 111). Resultados el 54.71% presento funcionamiento familiar de rango medio, según cohesión el 50.22% presento rango bajo y según adaptabilidad el 55.61% presento rango alto. Conclusiones: más de la mitad representa a la familia con funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad, con extrema separación emocional y poco involucramiento entre sus miembros, siendo que los roles de cada miembro no son claros causando frecuentes cambios en las reglas y las decisiones parentales.<sup>39</sup>

### **1.2.3 A nivel local**

Mamani, H. (2010) La presente investigación se realizó con el objetivo de Determinar el tipo de funcionalidad familiar que se relaciona con el desarrollo psicomotor de niños menores de 2 y 3 años con desnutrición crónica que asisten

al Programa Nacional Wawa Wasi, Juliaca 2010. La investigación fue de tipo analítico transversal de diseño correlacional con metodología cuantitativa. La muestra de estudio estuvo conformada por 85 niños y niñas. El instrumento utilizado para medir la funcionalidad familiar fue el FACES III y para medir el desarrollo psicomotor se usó el TEPSI. Para la comprobación de las hipótesis se utilizó la prueba de Chi cuadrado. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: El 58.82% de niños con desnutrición Crónica, tienen desarrollo psicomotor normal, respecto a la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad el 57.6% de familias presenta una adaptabilidad estructurada y un 40% adaptabilidad flexible significando que tienen buen grado de respuestas a situaciones estresantes. En relación al tipo de cohesión y adaptabilidad con el grado de desarrollo psicomotor el 37.6% se encuentra en la categoría normal - estructurado (adaptabilidad) y un 28.2% se encontró en la categoría normal- unida (cohesión). Al establecer la relación a través de la prueba Chi cuadrada encontramos que no existe relación entre la funcionalidad familiar y el desarrollo psicomotor como parámetros generales, sin embargo, existe alta relación de significancia entre el tipo de cohesión y el desarrollo en el área de motricidad; y de adaptabilidad y desarrollo psicomotor en solamente alguno de sus tipos.<sup>40</sup>

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 2.1 Identificación del problema

La familia es para el niño, el contexto en donde se dan las primeras condiciones para su desarrollo favorable y saludable. Es la encargada de brindar los cuidados básicos y de salud a sus miembros. Para el logro de este papel, la familia debe cumplir adecuadamente con sus funciones, a lo que se le denomina funcionamiento familiar <sup>41</sup>.

En la actualidad se ha incrementado la disfunción familiar, partiendo principalmente de la poca presencia de los padres en el hogar, del poco tiempo que disponen para con su familia, niños desprotegidos por la ausencia de los padres, hermanos mayores con responsabilidades del cuidado de los menores, en este contexto la adherencia al tratamiento de la anemia se ve afectada, Más aun si la familia todavía no logra empoderarse de las consecuencias que trae consigo la anemia las mismas que se verán reflejadas a lo largo del crecimiento y desarrollo del niño<sup>42</sup>

La no adherencia al tratamiento es un problema complejo y latente que afecta a todo el mundo, incluso a países desarrollados, se sabe que uno de los más grandes obstáculos es el desconocimiento exacto del tratamiento por parte de la madre, padre y/o cuidador principal quienes consideran únicamente el cumplimiento de la medicación, sin darle tanta importancia a aspectos más integrales como los cambios conductuales en el estilo de vida lo que resulta de vital importancia para el bienestar del lactante. La no adherencia o su baja presencia va privar al lactante de obtener buenos resultados, por ende, aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones tales como la anemia.

La Anemia es un problema de salud a nivel mundial, afecta tanto a países desarrollados como aquellos en “vías de desarrollo”, trayendo consigo consecuencias severas tanto para la salud como para el desarrollo social y económico.<sup>1</sup> En el Perú es considerado como un problema severo de salud pública, Ya que es uno de los principales problemas nutricionales que prevalece sobre todo en lactantes y niños menores de 35 meses, debido a que en esta etapa los requerimientos para su crecimiento y desarrollo cerebral son mayores.<sup>2</sup> Según la ENDES 2016, El 43.6% de niños menores de 35 meses tiene anemia y en zonas rurales o de pobreza del Perú este promedio es mayor, en nuestra región de Puno el problema se ha mantenido de un 75.9% en el 2015 a un 75.9% que actualmente presentan el problema.<sup>43</sup>

Se ha demostrado que las causas de la anemia son multifactoriales, pero la principal es la anemia es por deficiencia de hierro<sup>44</sup>. Esto debido a la baja ingestión de alimentos con fuentes adecuadas de hierro en cantidad y calidad. Este tipo de deficiencia se presenta cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales; la exposición a una deficiencia prolongada conduce a la anemia<sup>45</sup>.

La mayor prevalencia de la anemia por carencia de hierro ocurre entre los 6 y 35 meses de edad, lo que coincide con el crecimiento rápido del cerebro y con una explosión de habilidades cognitivas y motoras del niño<sup>24</sup>. Al nacer, el bebé lleva una pequeña reserva de hierro, que le es transmitida por la madre, para compensar la cantidad aportada por la leche en los primeros meses de vida. A partir de los 6 meses de vida el niño depende de la dieta para mantener un balance adecuado de hierro<sup>46</sup>. Por lo tanto, en la mayoría de los casos la anemia ferropénica en el lactante y en la primera infancia está determinada por una dieta insuficiente o mal balanceada. Atribuidos a los hábitos inadecuados en la alimentación. La anemia no ha descendido en su proporción, por lo que el Ministerio de Salud a través del Programa Articulado Nutricional plantea estrategias con un enfoque de carácter promocional, preventivo y de tratamiento de anemia ferropénica a través de la administración de sulfato ferroso en gotas a lactantes desde los 4 meses y a partir de los 6 meses multimicronutrientes (chispitas) y la administración del sulfato ferroso.<sup>47</sup> He aquí la participación de la familia pues el lactante se encuentra bajo el cuidado del padre, madre y/o cuidador principal quien es responsable de administrar el tratamiento contra la anemia ferropénica (sulfato ferroso); como corresponde según las indicaciones del profesional de la salud (adherencia); sin embargo hoy en día es muy frecuente que los padres dediquen más horas de su tiempo al trabajo que al cuidado y atención de sus hijos.

Además, se observa que tanto la madre como el padre tienen poca disposición para atenderlos, sobre todo en las zonas rurales donde todavía está presente el machismo y es la madre quien tiene toda la responsabilidad del cuidado del niño por lo que se asume que la familia no estaría cumpliendo su rol.

En el estudio realizado sobre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes hipertensos concluye que las familias son funcionales ya que mantienen el bienestar del paciente con hipertensión logrando la congruencia, la estabilidad familiar y personal y responden de manera favorable a los tratamientos propuestos por el personal de salud.<sup>30</sup>

Otra investigación referente al funcionamiento familiar concluye la familia puede ser generadora de salud o enfermedad, por lo que el autor recomienda la necesidad de realizar estudios que permitan medir la asociación de esta variable como factor de riesgo.<sup>31</sup>

El interés por estudiar en forma sistemática y científica a la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud enfermedad. Con este enfoque el miembro de la familia deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y los factores psicológicos y sociales cobran interés, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma la salud de este<sup>49</sup>. Tal es el caso de la adherencia terapéutica al hierro la familia con insuficiente adaptabilidad y cohesión, ve al niño aparentemente normal y deja de cumplir con las indicaciones dadas por el personal de salud por lo tanto no afronta el problema como tal, lo que se quiere es lograr que la familia sea parte de este proceso de recuperación de su hijo.

La experiencia de trabajo con padres de niños con anemia, la no adherencia al tratamiento pese al conocimiento, la problemática propia de nuestra región son situaciones que motivan al desarrollo de la investigación para lo cual se plantea la siguiente interrogante.

## **2.2 Enunciados del problema**

¿Cuál es la relación de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños de 6 a 18 meses de edad que asisten al Puesto de Salud Achaya 2017?

## **2.3 Justificación**

Actualmente en nuestro medio, se observa que las familias tanto de la zona rural como urbana no consideran a la anemia como un problema que aqueja a la sociedad, sin embargo, la cifra de niños con anemia va en aumento y sobre todo en nuestra región Puno

8 de cada 10 niños tienen anemia. Se sabe que la anemia trae consigo consecuencias tanto para la salud como para el desarrollo social y económico del país, lo que se quiere es lograr la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica, pero ¿cómo se lograría esto sin el apoyo de la familia?, sabiendo que el infante se encuentra bajo el cuidado y atención de un adulto, madre padre o cuidador principal quien asume la responsabilidad de contribuir o limitar la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica. Por otro lado, se evidencia en la actualidad un sin número de familias que muchas veces no saben adaptarse a su rol, ni propician cohesión entre los miembros que permita cumplir sus funciones para cuidar a su hijo, sea por la falta de conocimientos, problemas de afrontamiento o por falta de recursos económicos, generando familias disfuncionales.

El presente estudio a través de los resultados hará posible proponer estrategias para el trabajo multidisciplinario, así mismo es pertinente ya que la interacción del estudio no solo será con la familia responsable del cuidado del niño sino también con la comunidad, trabajar con las personas en el proceso de salud enfermedad teniendo intervención en ambiente preventivo de tratamiento y recuperación.

Finalmente, el estudio tiene relevancia social ya que el MINSA, MIDIS y las ONGs que trabajan en beneficio de la salud infantil, podrán utilizar los resultados en la intervención a las familias a través de la estrategia salud Familiar y lograr la superación del problema de la no adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica.

## **2.4 Objetivos**

### **2.4.1 Objetivo general**

Determinar la funcionalidad familiar y su relación con la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 18 meses que asisten al puesto de Salud de Achaya 2017.

### **2.4.2 Objetivos específicos**

- Establecer la relación de la funcionalidad familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica, en madres de niños de 6 a 18 meses de edad.

- Establecer la relación de la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica, en madres de niños de 6-18 meses de edad.

## 2.5 Hipótesis

### 2.5.1 Hipótesis general

Las madres de niños de 6-18 meses de familias funcionales tienen adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica.

### 2.5.2 Hipótesis específica

H<sub>1</sub> Las madres de niños de 6 -18 meses con familias que manifiestan cohesión demuestran mayor adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica.

H<sub>2</sub> Las madres de niños de 6 -18 meses con familias que manifiestan adaptabilidad demuestran mayor adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica.

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1 Lugar de estudio

El presente estudio de investigación se realizó en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Achaya, ubicado en el distrito de Achaya en la provincia de Azángaro, perteneciente a la micro red Juliaca Red de Salud San Román.

Es un establecimiento de salud de primer nivel de atención categoría I-2, ofrece atención diaria en los servicios de medicina general, enfermería y obstetricia. El área de enfermería tiene a cargo diversas estrategias tales como. Estrategia de prevención y control de la tuberculosis, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo del niño, adolescente, promoción de la salud, enfermedades metabólicas, adulto mayor, etc.

El consultorio de crecimiento y desarrollo del niño está a cargo de 2 enfermeras las cuales brindan atención en el servicio, durante el turno de la mañana y 2 o 5 veces al mes en el turno de la tarde respectivamente durante la semana.

El servicio permite que la enfermera desempeñe todas sus funciones. En las funciones relacionadas al problema de anemia, la enfermera participa en el diagnóstico y tratamiento al detectar signos de anemia, por norma realiza el tamizaje de anemia a todos los niños mayores de 6 meses y aquellos que presenten riesgo nutricional, se da la consejería nutricional sobre el tratamiento dietético, así como las pautas para el tratamiento farmacológico. Participa en la recuperación del niño, al realizar visitas domiciliarias a fin de verificar que el tratamiento está llevándose de manera óptima.

### 3.2 Población y muestra

La población lo constituyo el total de madres de niños de 6-18 meses de edad que presentan el diagnóstico de anemia. Se apelará al muestreo no probabilístico a conveniencia. Las madres serán captadas en el consultorio de CRED, del puesto de salud Achaya, según Estadística de la RSR:

GRUPO ETAREO	TOTAL
6-18 meses	30

#### 3.2.1 Criterios de inclusión

- ✓ Madres de niños con diagnóstico de anemia.
- ✓ Madres de niños que se encuentren dentro del rango de edad de 6 a 18 meses de edad que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño.
- ✓ Madres de niños con diagnóstico de anemia que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

### 3.3 Método de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo- Transversal cuya información ha sido recogida en un solo momento (corte trasversal)

Se aplicó el diseño correlacional con metodología cuantitativa porque permitirá obtener información acerca de la relación que existe entre la funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses.

El diseño del diagrama es el siguiente:

O<sub>1</sub>  
M     r  
O

### 3.4 Descripción detallada de métodos por objetivos específicos

#### 3.4.1 Objetivo específico N° 1

- ✓ Identificar la relación de la cohesión y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica, de madres de niños de 6 a 18 meses de edad que asisten al puesto de Salud Achaya 2017.

##### a) Diseño de muestreo.

Muestreo no probabilístico por conveniencia, diseño correlacional

##### b) Descripción del uso de materiales equipos, insumos entre otros.

Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)

Cuestionario para determinar adherencia al tratamiento

Consentimiento informado.

Lapicero

Cámara fotográfica

##### c) Descripción de variables a ser analizados en el objetivo específico

V1 Cohesión familiar

V2 Adherencia al tratamiento de la anemia

##### d) Aplicación de prueba estadísticas

$$r_{xy} = \frac{\hat{S}_{xy}}{\hat{S}_x \hat{S}_y} = \frac{\sum_{i=1}^n Z_{X_i} Z_{Y_i}}{n - 1}$$

#### 3.4.2 Objetivo específico n° 2

- ✓ Identificar la relación de la adaptabilidad familiar y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica de niños de 6-18 meses de edad que asisten al puesto de salud Achaya 2017.

**a) Diseño de muestreo**

Muestreo no probabilístico por conveniencia, diseño correlacional

**b) Descripción detallada del uso de materiales, equipos, insumos, entre otros.**

Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES 111)

Cuestionario para determinar adherencia al tratamiento (dirigido a la madre)

Consentimiento informado.

Lapicero

Cámara fotográfica

**c) Descripción de variables a ser utilizados en el objetivo específico**

V1 Adaptabilidad familiar

V2 Adherencia al tratamiento de la anemia

**d) Aplicación de pruebas estadísticas**

$$r_{xy} = \frac{\hat{S}_{xy}}{\hat{S}_x \hat{S}_y} = \frac{\sum_{i=1}^n Z_{X_i} Z_{Y_i}}{n - 1}$$

**3.5 Técnicas e instrumentos**

**Técnica:** La técnica que se utilizó fue la entrevista, la cual consiste en recabar información sobre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica.

**Instrumento:** Para la evaluación a las madres variable Funcionalidad Familiar se utilizó un cuestionario de 20 ítems los cuales para su interpretación han sido agrupados en 6 factores de combinación a los cuales se les asignan puntuaciones relativas a las dos dimensiones de funcionamiento familiar. Debe hacerse aquí una advertencia, puesto que en el análisis factorial, los ítems cuyo contenido se refieren a los hijos se han acumulado independientemente. Así la cohesión puede calcularse con el factor II (Unidad Afectiva)

y el factor III (Compromiso Familiar), mientras que la adaptación se calcula con el factor IV (Creatividad Familiar), Factor V (Responsabilidad Familiar) y el Factor VI (Adaptación a los problemas)

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

<b>COHESION</b>	Enredada	36 – 40
	Unida	32 – 35
	Separada	27 – 31
	Desprendida	8 – 26
<b>ADAPTABILIDAD</b>	Caótica	33 – 40
	Flexible	25 – 32
	Estructurada	17 - 24
	Rígida	8 - 16

FACES III es de fácil administración y muy sencillo de corregir, los indicadores psicométricos de esta escala son buenos: el nivel de confiabilidad es alto, el cuestionario fue sometido a estudios de validación realizados por Polaino-Lorente y Martínez Cano estos fueron agrupados en seis factores de análisis mencionados anteriormente.

Para la recolección de datos de la variable adherencia al tratamiento de la anemia se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario que consta de 13 ítems, el cual fue aplicado de forma personal a cada madre de familia que acudió con su niño al establecimiento de salud Achaya. Su calificación será de 0= incorrecto y 1= correcto. Se considerará adherente cuando llegue a un 92% de afirmación.

Este instrumento fue sometido a validez mediante el Juicio de Expertos, que fue conformado por Licenciadas en Enfermería con experiencia en el área de Pediatría, Salud Pública e Investigación. Los puntajes fueron procesados en una Tabla de Concordancia de Jueces Expertos para determinar la validez mediante la Prueba Binomial, en donde si  $p > 0.05$  la concordancia es significativa. La confiabilidad se determinó a través de una prueba piloto utilizando la formula estadística Kuder- Richardson.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Análisis de resultados

Tabla 1

*Relación entre funcionalidad familiar (cohesión) y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017*

COHESION	DESPRENDIDA		SEPARADA		UNIDA		ENREDADA		TOTAL	
ADHERENCIA AL TTO DE LA ANEMIA	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADHERENTE	0	0	0	0	3	10	1	3.3	4	13.3
NO ADHERENTE	17	56.7	9	30	0	0	0	0	26	86.7
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>56.7</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Construcción Propia En Base A Los Instrumentos Procesado En SPSS

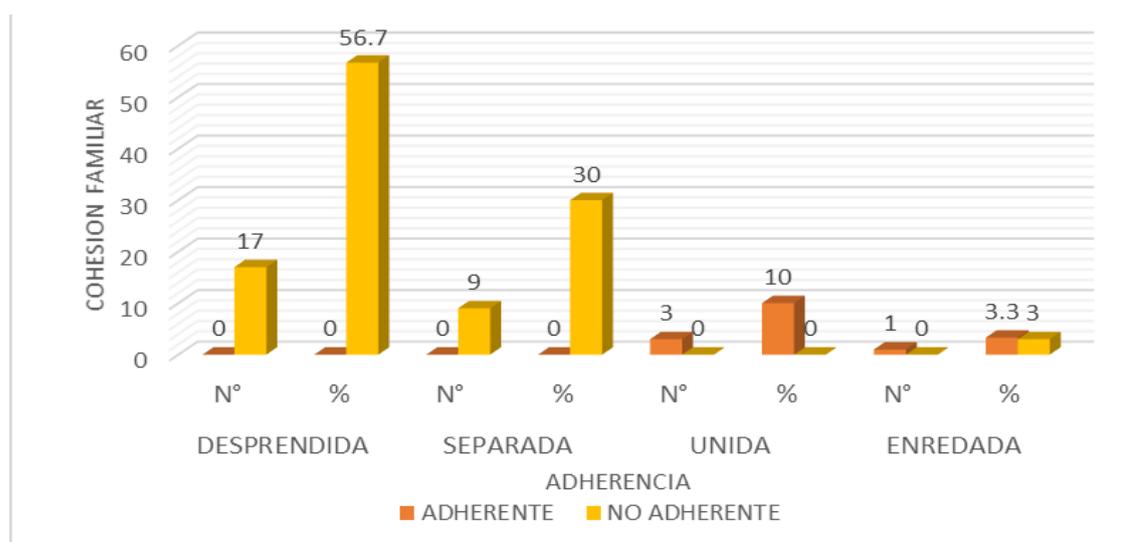


Figura 2. Relación entre funcionalidad familiar (cohesión) y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017

La presente tabla y grafico muestran la relación entre la cohesión y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica, respecto a la cohesión desprendida se tiene un 56.7% de madres de niños y niñas no adherentes al tratamiento de anemia ferropénica.

Respecto a la cohesión separada se tiene un 30% de madres de niños y niñas no adherentes al tratamiento de la anemia ferropénica.

Respecto a la cohesión unida un 10% de madres de niños y niñas son adherentes al tratamiento de anemia ferropénica, finalmente cohesión enredada 3.3% adherente al tratamiento de la anemia ferropénica.

El funcionamiento familiar comprende los aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros están ligados a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, resolución de conflictos, toma de decisiones y las funciones esenciales de sus miembros.

La cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros están conectados o separados de ella, el ambiente familiar influye en el individuo ya sea favoreciendo o inhibiendo su desarrollo, si la familia enferma se habla de disfuncionalidad, se hace ineficiente y no realiza sus funciones. <sup>49</sup>

Una adecuada adherencia terapéutica se logrará cuando exista el compromiso de la familia para con el afectado, al proporcionarle apoyo, brindarle seguridad afecto, confianza, La madre que también es modelo a seguir, además es la fuente de afecto, cariño protección y amor incondicional, es la cuidadora de la familia, la que está pendiente de todos los detalles y actividades que la familia necesita para su bienestar, por lo tanto se le debe disminuir la carga de responsabilidad, haciéndole ver que todos están a su lado y se preocupan por su seguridad y la del lactante, buscando disminuir el estrés que produce al saber que su hijo presenta anemia.

En el centro de la dimensión se sitúan dos modos de cohesión equilibrados la cohesión separada y unida ya que en ellas sus integrantes pueden ser independientes y a su vez mantienen cierto grado de conexión con sus familias, lo que permite el desarrollo de sus integrantes sin dejar de lado su comportamiento con la familia; algunas diferencias entre la cohesión separada y unida, la separada supone un cierto grado de separación emocional entre los miembros de la familia, pero sin que nunca llegue a ser tan extrema como en la

cohesión desprendida. Por lo que respecta al empleo del tiempo, predomina la dedicación de cada persona a cuestiones personales. Las actividades y los intereses son, por lo general, individuales, aunque también hay algunos que son comunes. En cambio, la cohesión desprendida y enredada corresponde a los extremos de la dimensión, son los niveles de mayor disfuncionalidad familiar ya que es tal el grado de desvinculación para el caso de las desprendidas, y tal el grado de dependencia para las enredadas, que en ambos casos se termina por limitar las relaciones familiares y su desarrollo a largo plazo.

Al realizar la prueba de hipótesis se halló que la chi cuadrada es igual a  $p(0.000) < \alpha(0.05)$  con 3 grados de libertad por lo que se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ), no existe relación y se acepta la hipótesis alterna ( $H_a$ ) existe relación entre la cohesión y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses.

En un estudio realizado sobre la influencia de la cohesión familiar en la adherencia al tratamiento vía oral en pacientes con diabetes mellitus, realizado en el centro de salud la concordia (Ecuador) concluye que el 77% de los participantes no se encuentra adherido al tratamiento, las familias de tipos conectadas y nucleares hacen la mayoría. Se encontró relación entre adherencia terapéutica y cohesión familiar con un valor de  $p$  estadísticamente significativo.<sup>29</sup>

En otra investigación Funcionalidad familiar y Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, Pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017, concluye que, a mayor funcionalidad familiar, mayor adherencia al tratamiento tal como se indica estadísticamente el valor obtenido al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado fue de ( $p=0.000$ ), lo que indica que existe una relación altamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento

En comparación con la presente investigación funcionalidad familiar en términos de cohesión, estadísticamente los resultados son iguales ya que el valor de  $P=0,000$  lo que significa relación altamente significativa.<sup>37</sup>

Los resultados observados evidencian que al realizar la prueba estadística entre el funcionamiento familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica existe una relación significativa es decir que en las familias de tipo desprendida, separada y su relación con la no adherencia al tratamiento de anemia ferropénica es significativa ya que el vínculo familiar, los lazos emocionales entre los

miembros de la familia juegan un papel muy importante en cuanto a la adherencia al tratamiento, se considera que el infante depende íntegramente de su familia.

Tabla 2

*Relación entre funcionalidad familiar (adaptabilidad) y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses de asisten al puesto de salud Achaya 2017*

ADAPTABILIDAD	CAOTICA		FLEXIBLE		ESTRUCTURADA		RIGIDO		TOTAL	
ADHERENCIA AL TTO DE LA ANEMIA	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADHERENTE	1	3.33	2	6.7	1	3.33	0	0	4	13.3
NO ADHERENTE	0	0	14	46.7	11	36.7	1	3	26	86.7
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>3.33</b>	<b>16</b>	<b>53.3</b>	<b>12</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Construcción Propia En Base A Los Instrumentos Procesado En SPSS

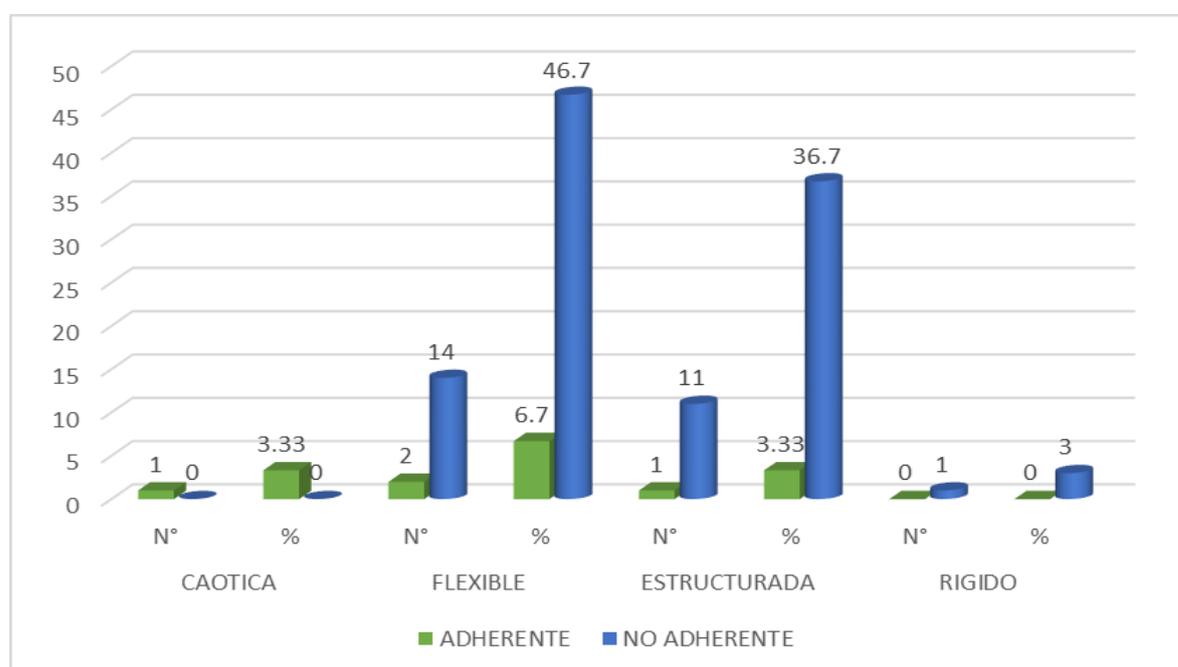


Figura 3. Relación entre funcionalidad familiar (adaptabilidad) y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses de asisten al puesto de salud Achaya 2017

La presente tabla y grafico muestran la relación entre la adaptabilidad y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses, respecto a la adaptabilidad flexible se tiene un 46.7% de madres de niños y niñas no adherentes al tratamiento de anemia ferropénica, seguido de un 6.7% de madres de niños y niñas adherentes al tratamiento de anemia ferropénica.

Respecto al tipo de adaptabilidad estructurada, se tiene un 36.7% de madres de niños y niñas no adherentes al tratamiento de la anemia ferropénica. Seguido de un 3.3% de madres de niños y niñas adherentes al tratamiento de anemia ferropénica.

La adaptabilidad familiar es la capacidad de la familia de cambiar sus reglas sus pautas de funcionamiento en respuestas a situaciones de estrés, también tiene la capacidad de identificar y de solucionar problemas de la propia estructura familiar.

La función de la familia como tal no cambia pues se mantiene el sentido de protección, afecto, provisión de recursos, procreación, con o sin la convivencia de un enfermo en el seno familiar, pero la estructura y funcionalidad familiar se afectan. La estructura familiar cuando uno de los miembros presenta algún problema, sufrirá cambios, tanto en los roles, reglas y costumbres cotidianas, lo cual debe ser asumido por todos los miembros de la familia sin excepción sean adultos o niños. La funcionalidad familiar que es la dinámica entre la estructura y función por tanto se debe trabajar en mejorar la estructura y funcionalidad familiar para aumentar los niveles de adherencia terapéutica.

En cuanto a la dimensión de adaptabilidad, su atención se centra en como los sistemas familiares cambian su estructura para intentar mantenerse estables frente a una crisis, por lo tanto, para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre morfogénesis (cambios) y morfostasis (estabilidad). El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad familiar determina también 4 niveles. Al igual que en la dimensión de la cohesión, en la adaptabilidad familiar, los niveles centrales como son la adaptabilidad estructurada y flexible conducen al buen funcionamiento familiar, asimismo los extremos, dígase los rígidos y caóticos resultan más problemáticos para las familias

La adaptabilidad que más se ha encontrado en la presente investigación es la flexible, seguido de la adaptabilidad estructurada, el primero se caracteriza por ser una familia democrática, donde existe liderazgo distribuido, apoyo en el pensamiento autónomo de los miembros, la otra se caracteriza por ser organizada y centrada, el liderazgo es de los padres las responsabilidades y las normas son definidas.

Al realizar la prueba de hipótesis se halló que la chi cuadrada  $p(0.074) > \alpha(0.05)$  con 3 grados de libertad por lo que se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) no existe relación y se rechaza la hipótesis alterna ( $H_a$ ) existe relación entre la adaptabilidad y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses.

En comparación con el estudio de determinación del funcionamiento familiar en adolescentes de la universidad Cayetano Heredia según el modelo circunflejo de Olson se encontró que el porcentaje mayoritario de adolescentes tienen familias con

adaptabilidad caótica, así mismo se evidencia que los roles de los miembros no son claros y causan frecuentes cambios en las reglas.<sup>39</sup>

Esta información se contrapone con la presente investigación ya que los resultados muestran que la mayoría de familias están enmarcadas en el tipo de adaptabilidad flexible y estructurada, se asume que esto puede deberse al tipo de familias que fueron participes del estudio, la ubicación, la población, etc.

En comparación con la presente investigación los resultados son similares ya que la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad el 46.7% es flexible y 36.7% adaptabilidad estructurada lo que significa que la familia tiene la habilidad para cambiar su estructura de poder, los roles y las reglas de la relación en respuestas al estrés provocado por una situación concreta y determinada o por el desarrollo vital evolutivo de toda la familia

Los resultados observados demuestran que los niños se encuentran dentro de senos familiares adaptables, lo que significa que debería haber una adecuada adherencia al tratamiento de anemia ferropénica sin embargo al ser de familias de tipo de adaptabilidad flexible y estructurada se asume que solo un miembro de la familia es este caso la madre se encarga del cuidado íntegro del infante creando en ella la necesidad que contar con el apoyo del resto de los integrantes, así como lo menciona el factor V responsabilidad familiar para la responsabilidad estaría recayendo solo en la madre.

Tabla 3

*Relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017*

TIPOS DE FUNCIONALIDAD	EQUILIBRADA		INTERMEDIA		EXTREMA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADHERENCIA AL TTO DE ANEMIA								
NO ADHERENTE	9	30	16	53.3	1	3.3	26	86.7
ADHERENTE	3	10	0	0	1	3.3	4	13.3
TOTAL	12	40	16	53.3	2	6.7	30	100

Fuente construcción propia en base a los instrumentos procesado en SPSS

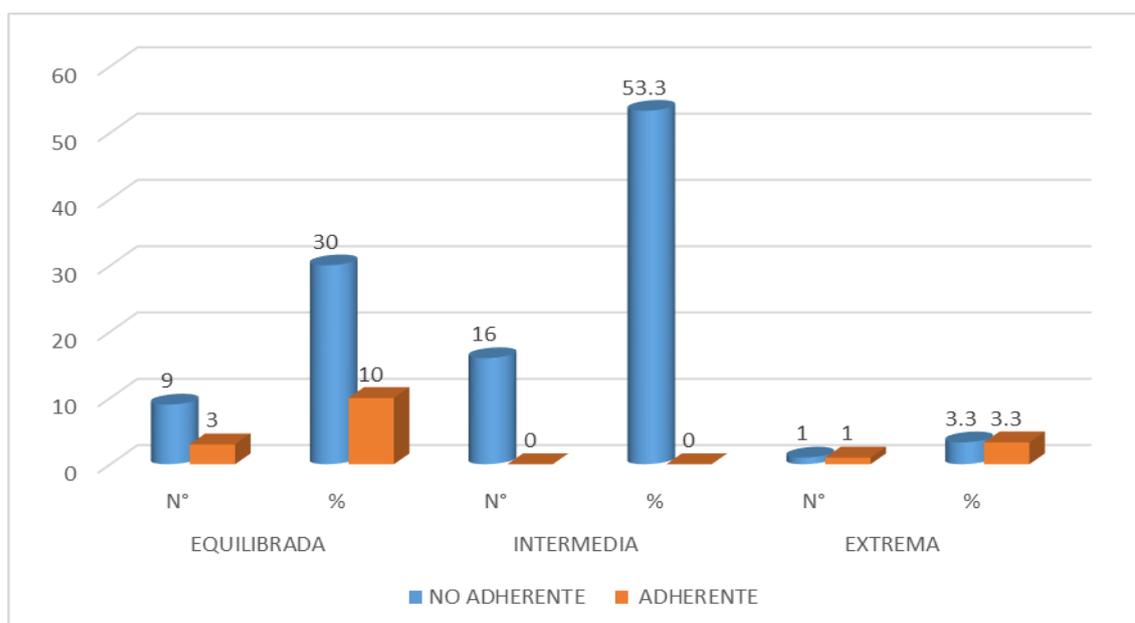


Figura 4. Relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses que asisten al puesto de salud Achaya 2017

La presente tabla y grafico muestran resultados de la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica, respecto al tipo de familia equilibrada un 30% no es adherente al tratamiento de anemia ferropénica seguido de un 10% adherente al tratamiento de anemia ferropénica.

Respecto al tipo de familia de rango medio se tiene un 53.3% no adherente al tratamiento de anemia ferropénica.

Respecto al tipo de familia extrema se tiene un 3.3% no adherente al tratamiento de anemia ferropénica, seguido de un 3.3% adherente al tratamiento de anemia ferropénica

El tipo de familias descrito, deriva de entrecruzar las posibles categorías de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, la matriz derivada 4x4 configura 16 celdillas cada una de ellas define características de familias en particular. Ello da lugar a 16 tipos de familias los cuatro del área central reflejan tipos de familia equilibradas encontrándose en las familias de estudio las siguientes (separado-flexible, unido-flexible, separado-estructurado, unido-estructurado) las familias de rango medio son 8 (desprendido-flexible, desprendido-estructurada, rígido-separado, rígido-unido, estructurado-unido, flexible-unido) y finalmente los de tipo extrema (desprendido-caótico, enredado-caótico, desprendido-rígido, enredado-rígido) (ver anexo 3)

Aunque las familias de tipo equilibrada son las más funcionales respecto al desarrollo del individuo y la familia, es posible que, a lo largo del tiempo áreas intermedias e incluso extremas también sean funcionales en determinados momentos. La cohesión extrema en una familia puede ser funcional durante un breve periodo de tiempo, después de una crisis como la pérdida de un miembro de la familia, el nacimiento de un hijo. El tipo familiar extremo enredado-rígido, por ejemplo, podría ser funcional respecto al cuidado de un bebe.

El tipo de familias de rango medio son extremas en una sola dimensión (cohesión-adaptabilidad) por lo que presenta dificultades en solo una dimensión; en el estudio se ha encontrado un 26.65% de familias desprendidas-flexibles, 26.65% de familias separada-flexibles (ver anexo 3) las cuales no son adherentes al tratamiento de anemia ferropénica.

No obstante, las familias de tipo equilibrada son las más funcionales, el modelo es dinámico, es decir, que asume que pueden ocurrir cambios en el modo de funcionamiento de una familia a lo largo del ciclo vital. Las familias suelen funcionar de modo adaptativo, en función de la situación por esta razón cambia su tipo de dinámica, en el presente estudio se ha encontrado 15% de familias separado-flexibles, 7,5% de familias separado-estructurado, 5% familias unido-flexibles y 2,5% de familias unido-estructurado (ver anexo 3) no son adherentes al tratamiento de la anemia ferropénica, 6.7% familias unido-flexible, 3.3% familias unido-estructurado, si son adherentes al tratamiento de anemia ferropénica

La familia es la responsable del cumplimiento del tratamiento (Adherencia). Cuando la familia es funcional e integrada al tratamiento la adherencia y los controles mejoran notablemente, por el contrario, si la familia no es funcional todo el plan puede fallar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tratamiento, en especial en su adherencia

La efectividad de la funcionalidad familiar es la forma como se organiza el sistema en cuanto a las demandas de cada miembro y del entorno, y lograr las metas a través de la dimensiones, permitiendo a cada integrante sentirse satisfecho con su grupo familiar y manejar la ansiedad generada por los requerimientos; es así que las familias son funcionales cuando reciben apoyo, ánimo y comprensión entre sus miembros, lo que le permite progresar a estadios normales de crecimiento y desarrollo; donde es común

observar que posean comunicación clara y directa; definición de roles, autonomía, habilidad para resolver problemas, cohesión y solidaridad entre los integrantes.

Al realizar la prueba de hipótesis se halló que la chi cuadrada  $p(0.045) < \alpha(0.05)$  con 2 grados de libertad por lo que se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) no existe relación y se acepta la hipótesis alterna ( $H_a$ ) existe relación entre la cohesión y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-18 meses.

En un estudio realizado sobre la funcionalidad familiar en mujeres con infecciones del virus del papiloma humano. Este estudio al explorar la disfunción familiar se encontró que un 82.9% disfuncionales y 17.1% funcionales; evidenciándose que la disfuncionalidad se presenta en más de la mitad de las pacientes con infección de virus de papiloma humano, condición importante ya que la familia puede ser generadora de salud o enfermedad, por lo que el autor recomienda la necesidad de realizar estudios que permitan medir la asociación de esta variable como factor de riesgo Morales, A, (2014)

En comparación con la presente investigación se contraponen los resultados ya que un 40% es funcional y un 6.7 % es disfuncional, pero se tiene un 53.3% en término medio que de acuerdo a los cambios en el sistema familiar durante el ciclo vital de la familia puede fluctuar entre lo funcional y disfuncional

Al respecto de los resultados se afirma que el tipo de funcionalidad familiar influye en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica, así mismo la comprobación estadística indica que ambas variables se relacionan, sin embargo, la dimensión que determina mayor o menor adherencia es la cohesión con respecto a familias funcionales.

## CONCLUSIONES

- Respecto al funcionamiento familiar en términos de cohesión y su relación con la adherencia más de la mitad de las familias pertenecen al tipo de cohesión desprendida, seguida de cohesión de tipo separada, por lo que se afirma que el tipo de funcionalidad que predomina es la extrema de mínima intensidad, por lo tanto, a menor cohesión menor adherencia al tratamiento de anemia ferropénica.
- Respecto a la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y su relación con la adherencia la mitad de familias pertenecen al tipo de familia flexible, seguida del tipo de familia estructurada, por lo tanto, se considera que casi el total de familias tienen adaptabilidad de tipo funcional. Sin embargo, pese a que las familias tienen una adaptabilidad óptima ello no se evidencia en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica.
- Respecto a la funcionalidad familia y su adherencia al tratamiento, el tipo de funcionalidad familiar predominante es la de rango medio con más de la mitad de familias, seguida del tipo de familias funcionales, con ello se afirma que la funcionalidad familiar influye en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica.

## RECOMENDACIONES

### a) Al programa articulado nutricional.

- ✓ Fortalecer continuamente las capacidades de la madre, padre y/o cuidador principal sobre la importancia de la adherencia al tratamiento con la finalidad de prevenir complicaciones y mejorar su cuidado.
- ✓ Trabajar de manera articulada con la estrategia de salud familiar, para que de ese modo se pueda incorporar la participación de la familia en el crecimiento y desarrollo del niño.
- ✓ Mayor seguimiento a casos vulnerables para evitar complicaciones

### b) Al Director del Establecimiento de Salud Achaya

- ✓ Identificar de manera oportuna casos de no adherencia al tratamiento para evitar complicaciones futuras.
- ✓ Promover el fortalecimiento de la funcionalidad familiar, especialmente de la cohesión en grupos de familias jóvenes con hijos pequeños.
- ✓ Desarrollar campañas de promoción de la salud, en medios de comunicación masiva abordando temas de infancia, Funcionalidad Familiar y otros.
- ✓ Promover el trabajo intersectorial, para desarrollar un seguimiento adecuado a los lactantes que se encuentren bajo su jurisdicción
- ✓ Realizar visitas domiciliarias con más frecuencia de modo que se garantice el consumo de sulfato ferroso en la dosis que corresponde.

**c) A los egresados de la Maestría en salud pública**

- ✓ Promover estudios de adherencia al tratamiento ya que es de gran utilidad en el seguimiento del plano terapéutico como en el de promoción y prevención de salud.
- ✓ Desarrollar investigaciones sobre la funcionalidad familiar en otros lugares y poder hacer comparaciones para lograr identificar a que se debe la no adherencia, ver al niño como un todo ver si sus miembros están vinculados emocionalmente y son capaces de adaptarse a diferentes situaciones.
- ✓ Realizar investigaciones experimentales y/o cuasi experimentales con la finalidad de intervenir en los problemas de salud pública.
- ✓ Se sugiere realizar la presente investigación en población y muestra de mayor numero para evitar sesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moliner R. Enciclopedia británica. Familia, conceptos y tipos enciclopedia británica en español. México; 2009
2. Organización de Naciones Unidas. Declaración universal de los derechos Humanos [Internet]; 1948. Available from: [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
3. Louro B, La familia en la determinación de la salud. Revista de Salud Pública, Cuba; noviembre 2002.
4. Organización Mundial de la Salud. La familia y la salud. OPS; setiembre de 2006.
5. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. Revista peruana de Psicología y trabajo social. 2014.
6. Grupo Focal. Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson, W. Sigüenza. 2014
7. Olson DH, Russell DH, Sprenkle CS. Funcionalidad Familiar en el modelo circumplejo. 1979.
8. Olson, D. Funcionalidad familiar, dimensiones.
9. Morales Arteaga A. Funcionalidad familiar en mujeres con infección del virus del papiloma humano en la unidad de medicina familiar No 92 del IMSS del periodo de 1 de marzo del 2012 a 30 de junio del 2012. [dissertation] [Internet]. México; 2012. Available from: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14564/1/412076.pdf>
10. Polaino-Lorente A, Martínez P. Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia. 2a ed. Madrid, Spain: Ediciones Rialp, S.A; 2003.
11. Revista Expressions. Desde el cumplimiento hasta la adherencia terapéutica, Francia; 2006.
12. Enrique G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta Med. Colomb. 2005; 1 (30).
13. Carroll y Marreot, "factores asociados a la adherencia" tesis 2006 disponible en <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/20221/Marco%20Teorico.pdf>
14. Resolución Ministerial 250-2017/MINSA, Norma Técnica 134-MINSA/2017/DGIESP,

- Norma Técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas: abril 2017
15. Arrossi S, Herrero M, Greco B, Ramos S. Factores que predisponen a la no adherencia. Argentina; 2012.
  16. Bernardo P, Aránguiz G. Factores relacionados a la adherencia. Revista Chilena. 2011
  17. Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martínez H, Mateo C, Morera T, Pérez A, Rodríguez C, Saiz LC, Sevillano ML, Siguín R. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Revista Salud Madrid [Internet]. 2006;7(13):31-38. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
  18. Organización mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad [Internet]; 2008. Available from: [https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin\\_es.pdf](https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf)
  19. UNICEF. Fondo de las naciones unidas para la infancia [internet]. Perú: UNICEF; 2007 [Citado abril 2012] Adiós anemia únete por la niñez [aprox. 5 pantallas]. Available from: [www.unicef.org/pe](http://www.unicef.org/pe)
  20. Gleason G, Nevin S. Scrimshaw “Anemia Nutricional” Capitulo 5 Instituto Federal de Tecnología Suiza; 2007
  21. Vásquez E. La anemia en la infancia. Mexico: Instituto de Nutrición Humana, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara; 2003
  22. NIH: National Heart Institute. Guía breve sobre la anemia; 2011. disponible en [https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief\\_yg\\_sp.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf)
  23. Feldman L. Hematología. 2011; 15( 2): 35-42.
  24. Grupo Impulsor. Anemia No; s.f. disponible en [www2.mesadeconcertacion.org.pe](http://www2.mesadeconcertacion.org.pe)
  25. Solís Jiménez J, Montes Lluch M. Anemias. Tratado de Geriátría para Residentes. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.2006: 655-665.
  26. Aefa. Anemias; 2014.
  27. Ortiz P M, Ortiz P E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Méd Chile [Internet]. 2007; 135:647–52. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>
  28. Suárez Soto E. Calidad de vida y Funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en Centros de Salud Pública. [Internet]. Universidad de Chile; 2013. Available from: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130104/TESIS\\_FINAL.pdf](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130104/TESIS_FINAL.pdf)
  29. Quinto F. La influencia de la cohesión familiar en la adherencia al Tratamiento vía oral en pacientes diagnosticados de diabetes Mellitus tipo 2” [dissertation]. Santo Domingo; 2016.
  30. Morales A. Funcionalidad Familiar en mujeres con infecciones del virus del papiloma humano[dissertation]. Lima; 2017.
  31. Pérez Hernández M. Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UFM 75 del IMSS [dissertation] [Internet] . México; 2014. Available from: <http://ri.uaemex.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/14525/411776.pdf>

32. Olivera S. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión familiar. [dissertation] [Internet]. Mexico; 2014. Available from: <http://www.indexf.com/las casas/documentos/lc0771.pdf>
33. Urquidi C. Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso microencapsulado [dissertation]. Bolivia; 2005.
34. Ruiz A. Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH [dissertation]. Colombia; 2009.
35. Novoa M. Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil [dissertation]. España; 2008.
36. Sigüenza W. Funcionamiento Familiar según el modelo circumplejo de Olson [dissertation]. Ecuador; 2015.
37. Condori S, Cruz G. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 [dissertation]. Arequipa; 2017.
38. Baquerizo M. Cohesión y adaptabilidad familiar y el rendimiento académico de estudiantes universitarios [dissertation]. Lima; 2017.
39. Camacho, P. Funcionamiento Familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes [dissertation]. Lima; 2009.
40. Mamani W. Funcionalidad Familiar y desarrollo psicomotor [dissertation]. Juliaca; 2012.
41. Barajas MC, y Clemente RA. Ambiente familiar y desarrollo evolutivo. Madri; 1989.
42. Martínez M. Análisis de la conducta parental. Psykhe. 1996; 5(2). Universidad católica de Chile.
43. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica de salud familiar. Lima; 2016.
44. Zimmermann M, Kraemer K. Guía sobre anemia nutricional: SIGHTAND LIFE; 2007.
45. Salas G. Anemia. Perú; 2014. Disponible en <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/04/Lucia-Solis-Situacion-de-Salud-y-Nutricion-Materno-Infantil-en-el-Peru.pdf>
46. UNICEF: Fondo de las naciones unidas para la infancia [internet]. Perú: UNICEF; 2007
47. UNICEF. Nota técnica de suplementación con hierro; 2017.
48. Fernández Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2004.47(6). México. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
49. Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. Propósitos y Representaciones. 2017; 5 (2): 21-64. doi:<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.15>



**ANEXOS**

**Anexo 1.** Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)

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

**INTRODUCCIÓN**

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

**INSTRUCCIONES:**

En la primera parte deberás llenar datos a continuación solicitados, en la segunda parte deberás marcar con una X en la opción que consideres como respuesta:

**DATOS GENERALES DE LA MADRE**

- Edad....
- Grado de instrucción: .....
- Ocupación: .....
- Estado civil: a) soltera ( ) b) casada ( ) c) conviviente ( ) d) divorciada ( ) e) viuda ( )

**DATOS GENERALES DEL NIÑO**

- Edad: ..... (En meses cumplidos)
- Sexo: a) masculino ( ) b) femenino ( )
- Tiempo de enfermedad: a) 1-2 meses ( ) b) 3-6 meses ( ) c) 7m-1año ( ) d) más 1 año ( )

**CUESTIONARIO**

Marque con una x en el espacio correspondiente|| a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado

<b>MARQUE CON UNA X LA ALTERNATIVA QUE SEGÚN Ud. REFLEJA COMO VIVE SU FAMILIA</b>		<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1	Nos pedimos ayuda unos a otros					
2	tenemos en cuenta las sugerencias de nuestros hijos para solucionar problemas					
3	Estamos de acuerdo con los amigos de cada uno de nosotros					
4	Escuchamos lo que dicen nuestros hijos, en lo que se refiere a su disciplina					
5	Nos gusta hacer cosas con nuestros familiares próximos					
6	En nuestra familia mandan varias personas					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros mismos que con gente de fuera de la familia					
8	En nuestra familia tenemos distintas formas de solucionar los problemas					
9	A todos nos gusta emplear el tiempo libre compartiéndolo con los demás miembros de la familia					
10	Los castigos de nuestros hijos entre mi esposo/a nuestros hijos y yo.					
11	Nos sentimos muy unidos entre nosotros.					
12	Nuestros hijos toman decisiones en nuestra familia.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo, no falta nadie					
14	Las normas cambian en nuestra familia.					
15	Con facilidad podemos pensar cosas para hacer todos juntos como una familia					
16	intercambiamos las responsabilidades de la casa (tareas/ obligaciones)					
17	Consultamos al resto de la familia sobre nuestras decisiones.					
18	Es difícil identificar quien manda en nuestra familia					
19	En nuestra familia es muy importante sentirnos todos unidos					
20	es difícil decir quién es el encargado de cada una de las tareas de la casa.					

Fuente: FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee). Versión en español (México): C.

Gómez y C. Irigoyen

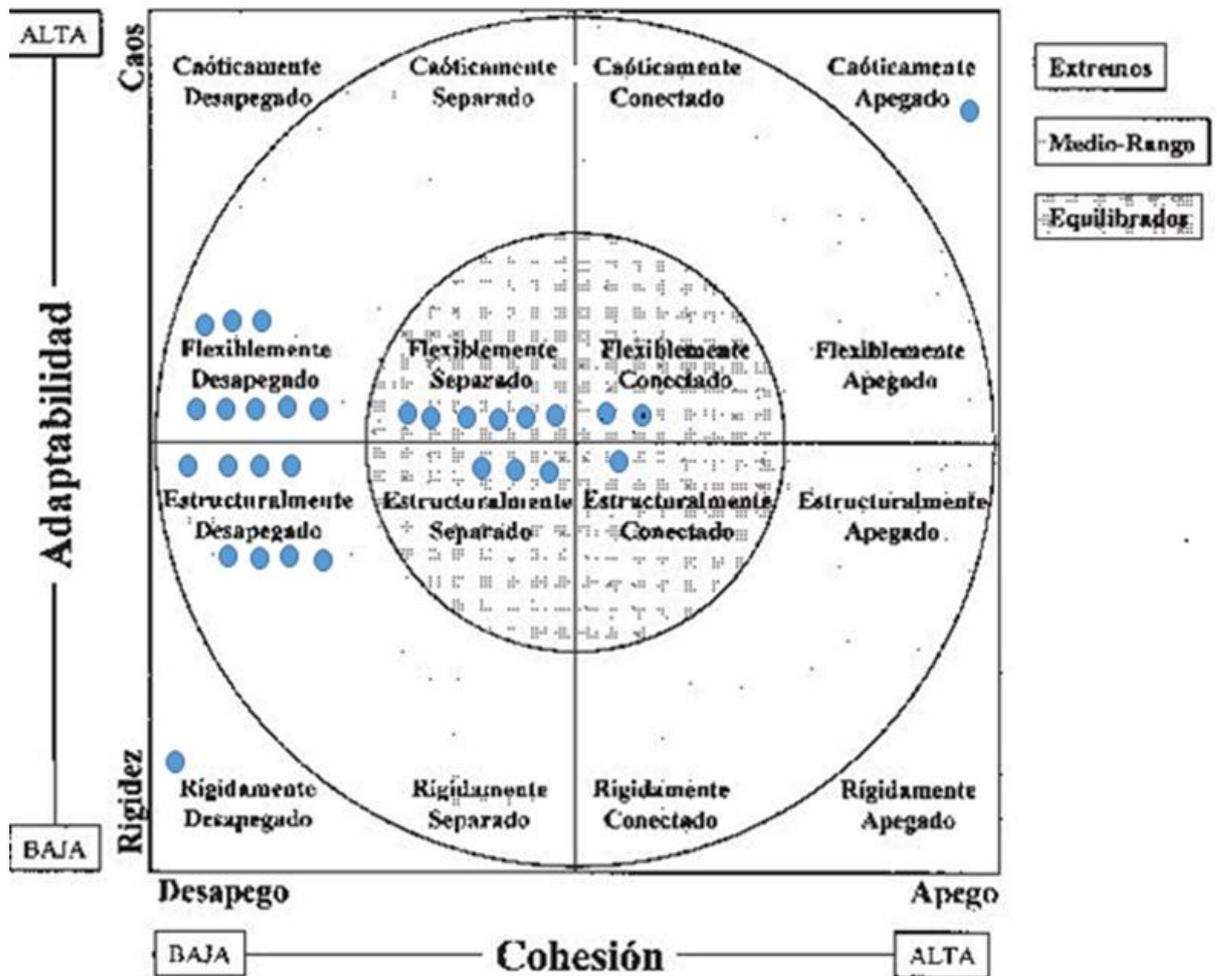
**Anexo 2.** Adherencia al tratamiento cuestionario dirigido a la madre del niño de 6 a 18 meses -adherencia al tratamiento

### CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA MADRE DEL NIÑO DE 6 A 18 MESES

PROPOSICIONES	RESPUESTAS
1. ¿En la última semana le dio a su niño el sulfato ferroso todos los días?	Si ( ) No ( )
2. ¿Cada vez que le da a su niño el sulfato ferroso que cantidad toma?	<input type="radio"/> 1 cucharadita <input type="radio"/> 1 ½ cucharadita <input type="radio"/> 2 cucharaditas <input type="radio"/> 2 ½ cucharaditas <input type="radio"/> 3 cucharaditas
3. ¿Le da sulfato ferroso a su niño por lo menos una hora después de los alimentos?	Si ( ) No ( )
4. ¿Le da sulfato ferroso a su niño acompañado de jugo de naranja, limonada o una mandarina?	Si ( ) No ( )
5. ¿Cuándo su niño tiene otra enfermedad usted le deja de darle el sulfato ferroso?	Si ( ) No ( )
6. ¿Olvida a veces darle el sulfato ferroso a su niño?	Si ( ) No ( )
7. ¿En esta última semana cuantas veces no le dio a su niño el sulfato ferroso?	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1-2 días <input type="radio"/> 3-5 días <input type="radio"/> 6-10 días <input type="radio"/> Mas de 10
8.- En el último mes ¿cuántos días completos no le dio de tomar sulfato ferroso?	Nº de días
9.- ¿Le es difícil dar a su niño el tratamiento?	Si ( ) No ( )
10. Marque Ud. que alimentos suele darle a su hijo en los almuerzos?	<input type="radio"/> Hígado <input type="radio"/> Bazo <input type="radio"/> sangrecita de pollo <input type="radio"/> carnes (res, pollo, pescado) <input type="radio"/> Menestras
11. Marque Ud. que alimentos suele darle a su hijo en las cenas?	<input type="radio"/> Hígado <input type="radio"/> Bazo <input type="radio"/> sangrecita de pollo <input type="radio"/> carnes (res, pollo, pescado) <input type="radio"/> Menestras
12. ¿Le está dando alimentos ricos en hierro diariamente?	Si ( ) No ( )
13. ¿Le da manzanilla, té, anís o leche después de sus alimentos?	Si ( ) No ( )

Fuente: Escala creada por Vilma Casas Castro, validada por enfermeras de las áreas de pediatría, salud pública e investigación, Lima 2010 y adaptada para mi investigación

Anexo 3. Modelo Circumplejo de Olson para determinar funcionalidad familiar según dimensiones de cohesión y adaptabilidad



Anexo 4. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	ÍNDICE	INSTRUMENTO
<p><b>Variable 1:</b>  <b>Funcionalidad familiar:</b>                      son interacciones entre los miembros de la familia en la que existe un balance equilibrado de vínculos emocionales (cohesión) y la habilidad de la familia para organizarse frente a diversas situaciones (adaptabilidad) Esto significa que los roles están adecuadamente definidos todo ello enmarcado por la comunicación</p>	<p><b>ES</b></p> <p><b>Cohesión.</b>                      Es el vínculo emocional que existe entre los miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia.</p> <p><b>Adaptabilidad</b>                      Es la habilidad de un sistema conyugal o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y las</p>	<p><b>Unidad Afectiva</b>                      Unión entre miembros de la familia.                      Mayor unión entre miembros de la familia que con personas de afuera.                      Importancia de la unión familiar.  <b>Compromiso Familiar</b>                      Realizan actividades entre familiares.                      Ayuda mutua.                      Respeto mutuo a nuestras amistades.                      Diferentes miembros de la familia actúan con autoridad.                      Las decisiones son tomadas entre los miembros de la familia  <b>Creatividad Familiar</b>                      Las responsabilidades del hogar son compartidas entre los miembros de la familia                      Lograr realizar actividades entre miembros de la familia                      Comparten el tiempo libre con los demás miembros de la familia.  <b>Responsabilidad Familiar</b>                      Cuesta identificar la autoridad en la familia.</p>	<p>Enredada                      Unida                      Separada                      Desprendida                        Caótica                      Flexible                      Estructurada                      Rígida</p>	<p>(36-40 Puntos)                      (32-36 Puntos)                      (27-31 Puntos)                      (8-26 Puntos)                        (33-40 puntos)                      (25-32 Puntos)                      (17-24 Puntos)                      (8-16 Puntos)</p>	<p>Escala de evaluación de la funcionalidad familiar FACES III</p>

<p><b>Variable 2. Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica.</b> Adherencia: Contexto en el cual el comportamiento y/o conducta de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas señaladas por el personal de salud.</p>	<p>reglas de la relación en respuesta al estrés provocado por una situación concreta y determinada o por el desarrollo evolutivo de toda la familia</p> <p><b>Tratamiento farmacológico</b></p> <p><b>Tratamiento dietético</b></p>	<p>Cuesta decidir quién será el encargado de realizar las tareas del hogar.</p> <p><b>Adaptación a los problemas</b> Participación de todos los miembros en las actividades familiares</p> <p>Los miembros tienen diferentes modos de solucionar los problemas. Las normas varían en la familia.</p> <p><b>Cumplimiento del tratamiento farmacológico en:</b></p> <p>Dosis</p> <p>Horario</p> <p>Forma de administración</p> <p>Continuidad</p> <p>Facilidad de administración</p> <p>Cumplimiento del tratamiento dietético en:</p> <p>Contenido</p> <p>Frecuencia</p> <p>Seguimiento</p> <p>Facilidad de administración</p>	<p>Adherencia</p> <p>No adherencia</p> <p>Cumple</p> <p>No cumple</p>	<p>Si=1 es decir la madre responde afirmativamente. (correcta)</p> <p>No= 0 Es decir la madre responde negativamente (incorrecta)</p>	<p>La adherencia será medida a través de un cuestionario conformado por 12 preguntas que equivalen al 100%, siendo considerado adherente a aquel que tendrá un cumplimiento igual o superior al 92</p>
---	---	---	---	---	--

**Anexo 5.** Otros resultados

Tabla 4

*Funcionalidad familiar en términos de cohesión en madres de niños de 6-18 meses que asisten al Puesto de Salud Achaya 2017*

DIMENSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESPRENDIDA	17	56,7
SEPARADA	9	30,0
UNIDA	3	10,0
ENREDADA	1	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fuente: en base al instrumento, procesado en SPSS

Tabla 5

*Funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad en madres de niños de 6-18 meses que asisten al Puesto de Salud Achaya 2017*

DIMENSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTRUCTURADA	12	40,0
FLEXIBLE	16	53,3
CAÓTICA	1	3,3
RÍGIDA	1	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base al instrumento, procesado en SPSS

Tabla 6

*Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica de niños de 6-18 meses que asisten al Puesto de Salud Achaya 2017*

	N°	Porcentaje
No hay Adherencia al tratamiento	26	86,7
Hay adherencia al tratamiento	4	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Construcción Propia En Base A Los Instrumentos Procesado En SPSS