

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia
la suplementación con multimicronutrientes en un
establecimiento de salud de Lima, 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Julei Zenia Vargas Córdova

ASESOR

Luisa Hortensia Rivas Díaz de Cabrera

Lima - Perú

2017

**ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES HACIA
LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES
EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
DE LIMA, 2016**

A Dios por permitirme llegar a este momento tan valioso en mi vida, darme fuerzas para superar los obstáculos y protegerme en todo momento.

A los dos motores de mi vida:
Mis padres. Eleonora y Gilmer, porque con su amor, dedicación, paciencia y esfuerzo logran que yo sea una mejor hija y persona

A mis hermanos Sandra, George, Zulema y a mi asesora, Luisa Rivas Díaz de Cabrera por su dedicación, conocimientos y apoyo constante durante el transcurso del presente estudio

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I:EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema, delimitación y formulación	3
1.2 Formulación de objetivos	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos	6
1.3 Justificación de la investigación	7
CAPITULO II:BASES TEÓRICAS Y METODOLOGICAS	9
2.1 Marco teórico	9
2.1.1 Antecedentes del estudio	9
2.1.2 Base teórica conceptual	14
2.1.3 Definición operacional de términos	44
2.2 Diseño metodológico	45
2.2.1 Tipo de investigación	45
2.2.2 Población	45
2.2.3 Muestra - Muestreo	45
2.2.4 Criterios de inclusión	45
2.2.5 Criterios de exclusión	46
2.2.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos	46
2.2.7 Plan de recolección y análisis estadístico de los datos.	46
2.2.8 Consideraciones éticas	47
CAPITULO III:RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
3.1. Resultados	48
3.1.1 Datos generales	48

3.1.2 Datos específicos	49
3.2. Discusión	52
CAPITULO IV.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
4.1. Conclusiones	58
4.2. Recomendaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXOS	66

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO

		Pág.
1	Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.Lima-Perú.2016	49
2	Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en la dimensión preparación según ítem en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.Lima-Perú.2016	50
3	Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en la dimensión administración según ítem en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.Lima-Perú.2016	51

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Lima, 2016. **MATERIAL Y MÉTODO:** Es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 243 madres que acudían al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui. La muestra fue de 53 madres obtenida mediante un muestreo probabilístico de proporción para población finita aleatorio simple. La técnica fue la encuesta y el instrumento una Escala tipo Likert modificada. **RESULTADOS:** Fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos obteniéndose que del 100%, 74% presentan actitudes desfavorable hacia la suplementación con multimicronutrientes. En lo que respecta a las dimensiones según Ítem, el 72% tienen actitudes desfavorables hacia la preparación y el 68% hacia la administración. **CONCLUSIONES:** La mayoría de las madres de niños de 6 a 36 meses presentan actitudes desfavorables hacia la suplementación con los multimicronutrientes ;respecto a la dimensión preparación según ítem, la mayoría presentan actitudes favorables hacia que es importante lavarse las manos antes de preparar las chispitas, a no utilizar los sobres de las chispitas que han sido abiertos anteriormente y al agregar las chispitas en comidas de consistencia espesa; respecto a la dimensión administración según Ítem, la mayoría tienen actitudes desfavorables hacia que no es necesario suspender el consumo de las chispitas al niño cuando se encuentre tomando antibióticos y a que la porción de comida donde se agregó las chispitas se le puede dar al final.

PALABRAS CLAVES: Actitudes, suplementación con los multimicronutrientes, madres, niños de 6 a 36 meses

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the attitudes of mothers of children aged 6 to 36 months to supplementation with multimicronutrients at the José Carlos Mariátegui Maternal and Child Health Center, Lima, Mexico.

MATERIAL AND METHOD: It is a quantitative type, application level, cross-sectional descriptive method. The population was made up of 243 mothers who attended the José Carlos Mariátegui Maternal and Child Center. The sample was 53 mothers obtained by probabilistic sampling of proportion for simple random finite population. The technique was the survey and the instrument a Modified Likert Scale.

RESULTS: They were processed and presented in statistical graphs, obtaining that of 100%, 74% presented unfavorable attitudes to the supplementation with multimicronutrients. With respect to dimensions according to Item, 72% have unfavorable attitudes towards the preparation and 68% towards the administration.

CONCLUSIONS: The majority of mothers of children aged 6 to 36 months present unfavorable attitudes toward supplementation with multimicronutrients, with regard to the dimension of preparation according to item, most present favorable attitudes towards which it is important to wash their hands before preparing sparkles, Not to use the envelopes of the sparks that have been opened previously and to add the sparks in foods of thick consistency; With respect to the administration dimension according to Item, most have unfavorable attitudes towards it that it is not necessary to suspend the consumption of the sparks to the child when it is taking antibiotics and to that the portion of food where the sparks were added can be given to him in the end.

KEYWORDS: Attitudes, multimicronutrients supplementation, mothers, children from 6 to 36 months.

PRESENTACIÓN

Durante los primeros 6 meses de vida se inicia la lactancia materna exclusiva, después de esta edad el sistema digestivo está lo suficientemente maduro para poder realizar el proceso de digestión, por tal motivo se inicia la alimentación complementaria de modo que un niño bien alimentado va a tener un buen crecimiento y desarrollo.

Sin embargo existen factores que propician la vulnerabilidad durante este proceso, provocando la anemia que constituye un problema severo de salud pública que afecta a más del 50% de los niños.

Siendo importante prevenir la anemia en los niños mediante la suplementación de multimicronutrientes, el cual tiene como objetivo controlar la anemia y favorecer el crecimiento y desarrollo del niño. Es por ello que la madre en particular asume un rol muy importante en el estado nutricional del niño durante los 3 primeros años de vida. Para ello no solo es necesario tener conocimientos sino también tener predisposición para participar activamente en la suplementación.

De modo que la enfermera, en su labor preventiva promocional, es la responsable de orientar a la madre sobre la suplementación con multimicronutrientes, a través de la consejería con el fin de reducir la prevalencia de anemia y asegurar un buen desarrollo y crecimiento del niño.

El presente trabajo de investigación titulado “Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en un Establecimiento de Salud de Lima,2016”, tuvo como objetivo determinar las actitudes de las madres de niños de

6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.

El estudio consta del Capítulo I: El Problema, en el cual aborda el planteamiento del problema, la formulación de objetivos, justificación de la investigación y las limitaciones del estudio. Capítulo II. Metodología que consta del marco teórico y el diseño metodológico. Capítulo III: Resultados y discusión. Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente se presentó las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema, delimitación y formulación

La lactancia materna exclusiva es el mejor alimento para el niño durante los primeros 6 meses de vida ya que le proporciona todos los nutrientes que necesita. Después de esta edad el sistema digestivo está lo suficientemente maduro para poder realizar el proceso de digestión y asimilación de nutrientes no lácteos, por tal motivo se inicia la introducción de otros alimentos el cual debe incluir nutrientes como el hierro, zinc, calcio, las vitaminas A, C y D para poder satisfacer los requerimientos nutricionales del niño y tener un buen crecimiento y desarrollo, también el niño se va adecuando a nuevos sabores y texturas, y aprende nuevos hábitos alimenticios que son inculcados por la madre ⁽¹⁾.

Por consiguiente, el niño bien alimentado tiene un buen crecimiento y desarrollo físico, sin embargo existen diversos factores que propician la vulnerabilidad durante este proceso, entre ellos se encuentran la cantidad y calidad de los alimentos y las prácticas de higiene los cuales van a provocar generalmente deficiencias otros trastornos alimentarios ⁽²⁾, como la anemia caracterizada por la disminución de la masa de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina por debajo de 11g/dl, lo cual es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo, provocando deficiencias en el desarrollo cognitivo, en especial en las habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización en el niño.

Es por ello que la anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial .Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) , informo que solo en el año 2005 afectó a 1620 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 24,8% de la población mundial ⁽⁴⁾. En el Perú, la anemia constituye en un problema severo de salud pública que afecta a más del 50% de los niños ⁽³⁾. Estos niveles de prevalencia en cada grupo poblacional hacen del Perú el país más afectado por la anemia de toda Sudamérica y lo sitúan en una situación comparable a la de la mayoría de países del África ⁽⁴⁾

A ello se adiciona que en el 2013 el 56.8 % de niñas (os) menores de tres años de edad padeció de anemia afectando al 57,6% de niñas(os) de seis a ocho meses de edad, 57,3% de 9 a 11 meses de edad, 60.4% de 12 a 17 meses de edad, 48,5% de 18 a 23 meses y de 24 a 35 meses (34,1%) ⁽⁵⁾.

Si bien es cierto que la anemia es un problema multifactorial, el Ministerio de Salud a través del Programa Nutriwawa viene universalizando de manera progresiva la suplementación de multimicronutrientes a niños menores de 3 años los cuales contienen hierro, ácido fólico, Vitamina A, Vitamina C y zinc con el objetivo principal de prevenir la anemia. Al respecto solo en el año 2014, se han distribuido 131 millones de sobres de multimicronutrientes en polvo al 65% de niñas(os) menores de 3 años, donde 712 mil fueron beneficiarios, por eso se tiene como meta para el 2016 cubrir al 95% de niñas(os) ⁽⁶⁾ .

La suplementación con multimicronutrientes es de comprobada eficacia en países de Asia, África y América ya que lo han utilizado otorgando resultados positivos., también presentan mayor aceptabilidad y

adherencia comparada con jarabes de sulfato ferroso, seguido de mejor aceptación por los niños debido a que no tiene sabor y se mezclan fácilmente con los alimentos ⁽⁶⁾.

En este sentido la madre en particular asume un rol muy importante en el estado nutricional del niño durante los 3 primeros años de vida, debido a que brinda cuidados directos que le permiten proteger su salud, para ello necesita de conocimientos básicos y sobre todo poseer una actitud positiva hacia su quehacer en el hogar para poder de esa manera prevenir la anemia mediante la suplementación con multimicronutrientes ⁽⁷⁾

Es por eso que dentro de la Norma técnica que establece la suplementación con multimicronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses la enfermera en su labor preventivo promocional es la responsable de brindar la consejería a la madre o cuidador de la niña(o) sobre la suplementación con multimicronutrientes con el fin de prevenir la anemia y de asegurar un buen desarrollo y crecimiento del niño ⁽⁸⁾.

Al realizar las prácticas en un Centro Materno Infantil , consultorio de CRED, e interactuar con las madres de niños menores de 36 meses sobre el uso de los multimicronutrientes refieren: “a mí me dieron las chispitas cuando mi hija cumplió 6 meses, pero por tiempo no le di hasta que se me enfermó y por eso recién desde este mes le estoy dando”, “A veces le doy las chispitas a mi hijo cuando me acuerdo, es que se me olvidó”, “le dio anemia a mi hija pero ya se recuperó así que me dijeron que le de el sobrecito rojo todos los días pero me quita mucho tiempo darle eso”, yo le daba esa chispita así como me

indicaron , pero como mi hijita se demora mucho en comer , decidí ya no darle “, entre otra expresiones.

Frente a todo lo expuesto la autora se planteó las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la actitud de la madre hacia la preparación y administración de los multimicronutrientes?, ¿Cómo debe preparar la madre los multimicronutrientes?, ¿Con qué tipo de alimento y bebidas la madre debe dar los multimicronutrientes?, entre otros.

De lo anteriormente mencionado surge el siguiente problema:

¿Cuáles son las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en un Establecimiento de Salud?

1.2 Formulación de objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Determinar las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Lima, 2016

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en la dimensión preparación según Ítem en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui
- Identificar las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en la dimensión

administración según Ítem en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui

1.3 Justificación de la investigación

Los niños al nacer tienen reservas de hierro suficientes para cubrir sus demandas nutricionales hasta los 4 a 6 meses, de modo que a partir del sexto mes disminuyen, aun cuando el crecimiento del niño continúa; por ello durante los primeros tres años de vida es de suma importancia ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes ⁽⁹⁾. De ahí que la madre debe brindar una alimentación que contribuya en el desarrollo integral y crecimiento del niño, proporcionándole una diversidad suficiente de alimentos y cantidades adecuadas, que garantice y cubra los requerimientos de energía y nutrientes que necesita para mantener un buen estado nutritivo, de salud y bienestar, de lo contrario podría sufrir trastornos alimentarios entre ellos la anemia⁽¹⁰⁾.

Por ello el niño debe de recibir la suplementación con los multimicronutrientes para que de manera conjunta se pueda prevenir la anemia que viene a ser la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de 11g/dl, el cual generará una deficiencia de sus capacidades físicas e intelectuales y que va a repercutir a largo plazo en su productividad y calidad de vida, para ello no solo es necesario tener conocimientos básicos sino también tener disposición para hacerlo ⁽¹¹⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el 24.8% de la población padece anemia, en su mayoría causada por una deficiencia de hierro que afecta fundamentalmente a lactantes, preescolares, gestantes y mujeres en edad fértil ⁽¹²⁾.

El MINSA ha creado en el 2004, la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable cuya finalidad es contribuir a la mejora del estado nutricional de la población, a partir de la orientación para el desarrollo de intervenciones efectivas y articuladas en los diferentes niveles de gobierno en salud ⁽¹³⁾.

Por lo que la enfermera, en su labor preventiva promocional, es la responsable de orientar sobre la suplementación con los multimicronutrientes, a través de la consejería a la madre con el fin de reducir la prevalencia de anemia y de asegurar un buen desarrollo y crecimiento del niño.

1.4 Limitaciones del estudio

Los resultados del estudios solo serán válidos y generalizables para poblaciones con características similares a las del estudio.

CAPITULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLOGICAS

2.1 Marco teórico

2.1.1 Antecedentes del estudio

A continuación se presentan estudios relacionados al tema de investigación. Así tenemos que:

En el ámbito internacional

Gala Chambi Edgar, en el 2012, en la Paz –Bolivia realizó un estudio titulado” Percepción de madres de niños de 6 a 23 meses de edad respecto al consumo de micronutrientes “chispitas nutricionales” en el municipio de Puerto Carabuco - La Paz, el cual tuvo como objetivo determinar la percepción de las madres de familia acerca del consumo de las chispitas nutricionales distribuidas a los niños(as) menores de dos años. La investigación es de tipo cualitativo, método descriptivo, la técnica fue la entrevista a profundidad y el instrumento la lista de Control .Entre las conclusiones se tiene que:

“La responsabilidad final del cuidado de los niños y niñas está en los padres o cuidadores, lo cual implica buscar o movilizar nuevos esfuerzos y recursos para atender las necesidades de sus hijos o hijas. Esta es una buena razón para incentivar la importancia del uso de las chispitas en prevención de la deficiencia de hierro, sus consecuencias sobre la salud, así como de los posibles efectos adversos y su manejo”⁽¹⁴⁾

Galindo Borda Marisol , en el 2012, en Bogotá-Colombia realizó un estudio titulado “Efecto de la fortificación casera con micronutrientes en

polvo, como una estrategia de intervención contra la deficiencia de micronutrientes en población infantil de 12 hasta 59 meses, de cuatro municipios del departamento de Atlántico, pertenecientes a programas de complementación alimentaria en el año 2013” , el cual tuvo como objetivo evaluar los efectos de la estrategia de fortificación casera con micronutrientes en polvo en la población infantil. La muestra estuvo conformada por 957 niños (as) en edades comprendidas entre los 12 hasta 59 meses que pertenecieran a programas de complementación alimentaria en modalidades de ración servida o paquete alimentario. Entre las conclusiones se tiene que:

“Con respecto a la administración de los micronutrientes en polvo se evidenció el 95,2% de las madres vieron un cambio positivo en sus hijos con la administración de los micronutrientes en polvo, solamente el 71% manifestó haber recibido capacitación en temas nutricionales y el 94% manifestó haber puesto en marcha las recomendaciones dadas, esto pone en evidencia que es necesario intensificar las actividades de educación a todas las personas involucradas en procesos como este”
(15)

Ruiz Pamela Alejandra, en el año 2010, en Riobamba-Ecuador realizó un estudio sobre la “Evaluación de la fase uno del programa de suplementación con hierro chis-paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia de Chimborazo, 2010” , cuyo objetivo fue evaluar la fase uno del programa de suplementación con hierro Chis- paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años. El estudio fue de diseño cuasi experimental .La población estuvo conformada por 337 de 0 a 59 meses de edad a la cual se aplicó la técnica del HemoCue que consiste en la toma de una muestra capilar

de sangre de un dedo de la mano del niño. Las conclusiones entre otros fueron que:

“Al inicio del programa el 90% de los niños presentaron niveles de hemoglobina de 11.5 mg/dl. Mientras que en la segunda evaluación luego de la primera entrega del suplemento chis-paz (Multimicronutrientes) solo el 25% de los niños tenían niveles inferiores a 11.5 mg/dl de hemoglobina, concluyendo que los niveles de hemoglobina se elevan significativamente con la intervención del programa de las Chis –Paz”⁽¹⁶⁾.

En el ámbito nacional

Chamorro G J, Torres A K, en el 2010, en Huancavelica -Perú realizaron un estudio titulado “Efecto de la suplementación con multimicronutrientes y estado nutricional en niños menores de tres años en comunidades de Huando y Anchonga - Huancavelica, en el año 2010” cuyo objetivo fue determinar el efecto de la suplementación con multimicronutrientes sobre el estado nutricional en niños menores de tres años. La investigación es de tipo cuantitativo, método cuasi experimental. La población estuvo conformada por 96 niños(as) menores de tres años de edad que fueron suplementados con los multimicronutrientes entre los meses de abril a agosto del 2010, que residen en las comunidades de los distritos de Huando y Anchonga. Las conclusiones entre otras fueron que:

“La forma de preparación de los multimicronutrientes fue mejor en el grupo que ganó más hemoglobina (Comunidad de Huando) a comparación del grupo que gano menos hemoglobina (Comunidad de Anchonga).”⁽¹⁷⁾.

Espichán Ávila Pablo César, en el 2012, en Lima –Perú realizó un estudio sobre los “Factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, de asentamientos humanos del Distrito de San Martín de Porres” cuyo objetivo fue determinar los factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses. El método es descriptivo de corte epidemiológico de prevalencia y asociación cruzada .La población censada fue de 112 niños de 6 a 60 meses de edad, que culminaron el proceso de suplementación con Sprinkles, de 10 Asentamientos Humanos de la Municipalidad de San Martín de Porres los cuales fueron beneficiarios del “Programa de Lucha Contra la desnutrición infantil”, durante el semestre julio-diciembre del 2012. Entre las conclusiones se tiene que:

“El factor que más influye en la adherencia al tratamiento, y que a su vez estuvo asociado al incremento de hemoglobina, fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento (90%) entre ellas el olvido ,motivación ,angustia por los posibles efectos adversos.; seguido por los por: factores relacionados con el tratamiento (87%) como efectos colaterales, tiempo de tratamiento; factores relacionados con el personal de salud (81.3%) entre ellas la disponibilidad de tiempo para monitoreo de la suplementación, conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en la prevención de la anemia; y el factor social (74%) principalmente la actividad diaria a la preparación y administración del suplemento.”⁽¹⁸⁾.

Curo Huamani Graciela, en el 2010, en Lima -Perú realizó un estudio titulado “Actitud de las madres frente a la administración de las Chispitas Nutricionales en el Puesto de Salud San Cristóbal, 2010” el cual tiene como objetivo determinar la actitud de las madres frente a la administración de las Chispitas Nutricionales en el Puesto de Salud

San Cristóbal. La investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 56 niños(as) de 6 a 36 meses de edad. Entre las conclusiones se tiene que:

“Como dimensiones de la actitud se tuvo a la actitud cognoscitiva que resultó con un 67% de madres con actitud cognoscitiva positiva entre ellas que tengan conocimiento sobre cómo preparar y administra los multimicronutrientes y un 33% de actitud cognoscitiva negativa, en la actitud conductual como la disposición a preparar y administrar la suplementación se encontró que el 64% es positiva y el 36% es negativa”⁽¹⁹⁾.

García Guillen Catherine Susana, en el 2015, en Lima -Perú realizó un estudio sobre “Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA 2015” cuyo objetivo fue determinar los conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por todos los padres de familia que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo de un Centro de Salud del MINSA. La muestra fue obtenida mediante un muestreo probabilístico conformado por 47 pacientes. Las conclusiones entre otros fueron que:

“Los padres tienen un adecuado conocimiento sobre la preparación y administración de multimicronutrientes, lo que favorecerá un buen desarrollo físico, psicológico y prevenir la anemia.”⁽²⁰⁾.

En los antecedentes revisados, se puede evidenciar que estos han permitido estructurar la base teórica y la metodología por lo que es importante realizar el estudio, ya que a partir de sus hallazgos

contribuirá a implementar estrategias de intervención y a reforzar en las madres la suplementación de multimicronutrientes para prevenir la anemia infantil y favorecer el crecimiento y desarrollo del niño.

2.1.2 Base teórica conceptual

I. Alimentación en niños de 6 a 36 meses

Desde el momento del nacimiento y a lo largo de la vida la alimentación juega un importante papel para el desarrollo equilibrado y el mantenimiento de la salud. Cada etapa de la vida tiene unas peculiaridades, que se deben tener en cuenta a la hora de diseñar la alimentación para esa etapa.

La infancia se caracteriza por ser la etapa de mayor crecimiento y desarrollo físicos. Esto significa que la alimentación no sólo debe proporcionar energía para el mantenimiento de las funciones vitales, sino que debe cubrir unas necesidades mayores relacionadas con el crecimiento y maduración.

Es además una etapa en la que se adquieren y consolidan hábitos que perdurarán de por vida. Por tanto, es importante favorecer las condiciones que permitan que los hábitos de alimentación que se adquieran sean saludables. Una dieta adecuada permite mantener el estado de salud y prevenir en la mayoría de la población estados de deficiencia y también juega un importante papel en la prevención de algunas enfermedades crónicas ⁽²¹⁾.

Grupos de alimentos

Además de variar el consumo de alimentos entre los 7 grupos y dentro de ellos, se debe variar la forma de elaboración de los platos de comidas preparados todos los días.

- ✓ **Cereales, tubérculos y derivados:** Los cereales como el maíz, arroz, trigo, avena y otros, los tubérculos como la patata y sus derivados como la harina de trigo, el pan, los fideos, la sémola, la harina de maíz, el almidón, etc., están formados principalmente por hidratos de carbono complejos, que son la principal fuente de energía del organismo; por ello, deben constituir la base de la alimentación, especialmente en la infancia por la gran necesidad de energía. Las raciones serán de 100 g. de patata cocida (1 patata pequeña), ó 75 g de pasta/arroz (1 cazo).

- ✓ **Frutas:** Las frutas son muy importantes en la alimentación diaria porque contienen Vitaminas A y C, minerales como potasio y fósforo, hidratos de carbono simples y complejos. agua y fibras. Consumo diario de 2-3 piezas pequeñas (150-200 g. al día)

- **Verduras:** Las verduras de hojas verdes oscuras como la acelga, espinaca, perejil los cuales tienen calcio, hierro, vitaminas del complejo B, vitamina C y vitamina A. Las verduras amarillas y rojas como la zanahoria, tomate, zapallo, calabaza, choclo tienen vitamina A, C y minerales. Además las verduras también aportan agua, fibras, Antioxidantes como el caroteno, vitamina C y E. Se recomienda el consumo diario de 2 raciones (150 g, aproximadamente, al día). Una ración cruda (ensalada). La cocción puede destruir algunas vitaminas, por ello hay que

procurar cocerlas, al vapor, con poca agua, en olla a presión o con cierre hermético.

- ✓ **Leche y derivados:** Los productos lácteos como la leche, yogur, quesillo o queso fresco. Los cuales aportan proteínas de buena calidad y minerales como el calcio. También se destaca su contenido de fósforo, magnesio, potasio y zinc, además de vitaminas A, D, tiamina, riboflavina, niacina y ácido fólico.
 - Se debe consumir de 3 a 4 raciones diarias (500-700cc). Una ración equivale a 125/150 ml de leche o un yogur o una loncha y media de queso o media porción de quesito individual.

- ✓ **Carnes, legumbres secas y huevos:** En este grupo están todas las carnes como la de vaca, pollo, pescados y los huevos los cuales tienen proteínas de buena calidad, hierro, potasio, fósforo, vitaminas del complejo B, ácidos grasos saturados, colesterol, y entre las legumbres secas se pueden citar a la soja, garbanzo, arveja seca, lenteja, maní que son alimentos de origen vegetal con alto contenido de proteínas.
 - Se recomienda consumir 3/4 veces a la semana (raciones de 40-60 g; las raciones se irán aumentando en unos 10 gramos por año). Cuando se introduzca la carne por primera vez, a los 6 meses, se iniciará con 10/15 g y se incrementará de forma progresiva hasta los 40 g al año.
 - Se recomienda consumir diferentes tipos de pescado (blanco y azul) y prepararlo al horno, hervido, a la plancha. (Raciones de 50-70 g; las raciones se irán aumentando en unos 10 g por año). Es importante que el pescado esté libre de espinas.

- El niño debe consumir las legumbres de 2 a 3 veces por semana. La ración será de 30/40 g. (crudo) de plato principal (cocido, aproximadamente un cazo) o 20 g de guarnición, El consumo de legumbres cocidas asegura una dosis de hidratos de carbono de absorción lenta
- ✓ **Azúcares o mieles:** Los alimentos de este grupo se deben consumir con moderación, ya que aportan muchas calorías, y suelen contener una elevada cantidad de azúcares simples y pocos nutrientes como vitaminas.
- ✓ **Grasas:** Se recomienda utilizar preferentemente los aceites vegetales para la elaboración de las comidas los cuales son el aceite de maíz, oliva, girasol, soja. El consumo frecuente de frituras y alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans aumenta el colesterol sanguíneo y el riesgo de enfermar del corazón ⁽²²⁾.

Factores de riesgo

- ❖ **Factores sociodemográficos y económicos: *disponibilidad de alimentos***

El modelo de consumo alimentario en los países pobres se caracteriza por una alimentación monótona donde el alimento base proporciona el 60-90% del aporte energético, con una pequeña cantidad de productos animales en la composición de la ración, con un aporte glucídico elevado (en forma de azúcares complejos, generalmente), un aporte proteico discreto (esencialmente vegetal) y un aporte elevado de fibras

Las características del consumo alimentario se ve influenciado por muchos factores, entre ellos la baja escolaridad de los padres, el hacinamiento y los bajos ingresos, la calidad y el manejo de los alimentos, la localización geográfica, las prácticas incorrectas de lactancia materna y de preparación de alimentos en el destete.

❖ **Factores culturales: *hábitos alimentarios***

Los factores que afectan a la elección de los alimentos por parte de la madre y que pueden condicionar el estado nutricional son, entre otros, son las pautas de crianza, los cuidados y la alimentación del niño, el marco familiar, las preferencias alimentarias, los tabúes, la religión, el marco social, el costumbrismo, el nivel cultural, el marco educativo, los hábitos de higiene, el estado de salud, etc.

❖ **Factores sanitarios: *nutrición e infecciones***

El estado nutricional está estrechamente relacionado con el sistema inmunitario, de manera que un estado nutricional deficitario limita la capacidad de reacción del sistema inmune, disminuyendo la resistencia del individuo a las infecciones. Los efectos de la nutrición y la infección sobre el organismo no sólo se suman sino que se potencian, estableciéndose un efecto sinérgico. El estado inmunitario se agrava considerablemente en la malnutrición. Por eso, los episodios de infecciones son mucho más severos en niños malnutridos. Es conocido que el estado de nutrición es uno de los factores que condicionan la mayor o menor gravedad de las diarreas agudas en el niño pequeño. Los niños con retraso en el crecimiento debido a una alimentación insuficiente y a enfermedades recurrentes suelen presentar mayor número de episodios diarreicos graves, además de ser más

vulnerables al desarrollo de algunas enfermedades infecciosas como el paludismo, la meningitis, las neumonías, etc.

Complicaciones

- ✓ **Malnutrición proteico-energética:** La malnutrición proteico-energética (MPE) es el más serio problema nutricional. La existencia de poblaciones desfavorecidas en muchos países en desarrollo forma el sustrato de la MPE. Afecta gravemente a los niños en sus primeros cinco años de vida

La malnutrición en los niños es consecuencia de una serie de factores, que generalmente están relacionados con una pobre calidad de los alimentos, un consumo alimentario insuficiente y enfermedades infecciosas severas repetidas o, la mayoría de las veces, una combinación de todos ellos. Las personas malnutridas son más susceptibles a las infecciones y a las enfermedades.

- ✓ **Anemias nutricionales:** La anemia por deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más común en todos los lugares del mundo. Afecta especialmente a mujeres embarazadas y niños pequeños. Se estiman en total 2000 millones de personas afectadas, de las cuales el 52% son mujeres embarazadas y el 39% niños menores de cinco años

Primero se agotan las formas de depósito de hierro (ferritina y hemosiderina); el segundo se manifiesta por una disminución en los niveles de saturación de transferrina hasta menos de 15%, siendo inadecuado el abastecimiento del hierro para producir eritrocitos en la médula ósea; asimismo, hay disminución de la

hemoglobina que origina microcitosis e hipocromía. En el tercer estadio se genera anemia franca con descenso de la hemoglobina hasta niveles que dan lugar a una reducción de su concentración por debajo de los valores de referencia para los niños de la misma edad y sexo. Las consecuencias son retardo del crecimiento, alteraciones en el desarrollo mental y psicomotor, déficit en la capacidad activa de aprendizaje, dificultad para mantener la concentración y aumento del riesgo de infecciones.

- ✓ **Deficiencias vitamínicas:** La xeroftalmia es la manifestación clínica de la deficiencia de Vitamina A. Afecta a 100- 140 millones de niños en todo el mundo. En sus formas más graves, puede producir ceguera. Cada año quedan parcial o totalmente ciegos 500.000 niños por esta deficiencia; Las dos terceras partes de ellos, aproximadamente, mueren a los pocos meses de perder la vista.

La deficiencia de Vitamina A, además de los trastornos oculares, altera el metabolismo celular y los mecanismos inmunitarios, aumentando la susceptibilidad a las infecciones y elevando el riesgo de muerte de los niños en edad preescolar. El grupo de mayor riesgo es el de los niños desnutridos con infecciones concomitantes, que pueden desarrollar lesiones oculares irreversibles que conduzcan a la ceguera e, incluso, a la muerte ⁽²³⁾.

Marco normativo de la suplementación con multimicronutrientes en niñas y niños menores de 36 meses.

- **Finalidad:**

Contribuir a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad; y a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprano de este grupo poblacional

▪ **Objetivos:**

✓ **Objetivo general**

- Establecer los criterios técnicos para la suplementación con multimicronutrientes y hierro, para prevenir la anemia en las niñas y niños menores de 36 meses de edad, en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación.

✓ **Objetivos específicos**

- Establecer los esquemas de suplementación con multimicronutrientes y hierro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad.
- Definir los procedimientos técnicos para el cumplimiento del esquema de suplementación con multimicronutrientes y hierro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad.
- Definir las acciones que los establecimientos prestadores de servicios de salud realizan con la participación activa de la comunidad, para el cumplimiento del esquema de suplementación con multimicronutrientes y hierro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad.

▪ **Disposiciones generales**

- ✓ La suplementación con multimicronutrientes y hierro es una intervención que tiene como objetivo asegurar su suministro en

las niñas y niños menores de 36 meses de edad para asegurar niveles adecuados de hierro en su organismo, prevenir la anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo.

- ✓ La suplementación con multimicronutrientes o hierro forma parte de la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño y está incluida en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- ✓ Todas las niñas y niños menores de 36 meses de edad que se atienden en establecimientos de salud públicos del ámbito de aplicación, recibirán suplementos de multimicronutrientes o hierro de manera gratuita.
- ✓ La suplementación con multimicronutrientes o hierro según corresponda, se inicia con o sin dosaje de hemoglobina. El examen para descartar parasitosis intestinal no es requisito para iniciar o recibir la suplementación con micronutrientes.
- ✓ La entrega de los multimicronutrientes o hierro con la consejería correspondiente y el monitoreo de consumo se realiza en los establecimientos prestadores de servicios de salud, en domicilio u otros espacios de atención y cuidado infantil.

Suplementación con multimicronutrientes

Es un suplemento vitamínico y mineral, en polvo constituido por fumarato ferroso micro encapsulado, cada gramo de multimicronutriente contiene 12,5 mg de hierro elemental. Además contiene Zinc (5mg), ácido fólico (160ug), Vitamina A (300 ug), Vitamina C (30mg) y malto dextrina como vehículo que ayuda al organismo a una mejor asimilación de hierro y a prevenir enfermedades. Se encuentra encapsulado (capa lipídica) impidiendo la disolución del hierro en las comidas evitando cambios organolépticos y se presenta

en polvos secos (1 g) que se pueden añadir a cualquier comida sólida (24).

Componentes de los multimicronutrientes

Los sobres de Multimicronutrientes tienen la siguiente dosis:

COMPOSICIÓN	DOSIS
Hierro	12.5 mg (hierro elemental)
Zinc	5 mg
Ácido fólico	160 ug
Vitamina A	300 ug RE
Vitamina C	30mg

Fuente: Norma Técnica para la suplementación con multimicronutrientes en niños y niñas menores de 36 meses" (°056 MINS/DGSP-V.01), 2014-Peru

Beneficios de los multimicronutrientes

✓ Hierro

El hierro es un mineral vital para el ser humano el cual se encuentra presente en todas las células del organismo, en las cuales juega un rol fisiológico importantes interviniendo en diversas reacciones bioquímicas. Los compuestos que contienen hierro se pueden agrupar en:

- ❖ Múltiples procesos metabólicos, ya que se encuentra como componente de enzimas y otros complejos moleculares. Dentro de sus funciones principales se pueden mencionar: transporte de oxígeno a través de la hemoglobina; síntesis de ADN, al formar parte de la enzima ribonucleótido reductasa; y transporte de electrones, por tener la capacidad de aceptarlos y donarlos.

El papel del hierro en la función del sistema nervioso es muy importante. El hierro interviene en la síntesis, degradación y almacenamiento de neurotransmisores, serotonina, dopamina y ácido gamma aminobutírico (GABA). El recambio cerebral del hierro es muy lento; por lo tanto, las deficiencias producidas en etapas tempranas de la vida son muy difíciles de corregir y tienden a persistir. Además, el hierro es imprescindible para la mielinización. El oligodendrito, responsable de la producción de mielina, es el tipo de célula que predominantemente contiene hierro en el cerebro.

También se ha relacionado la influencia de este mineral en el hipocampo y áreas de memoria. De hecho muchas enfermedades degenerativas cerebrales como Parkinson o demencia, parecen tener su origen en alteraciones del metabolismo del hierro. Otros aspectos menos estudiados relacionan la falta de hierro con alteraciones hepáticas como las colelitiasis. Muy posiblemente en estas alteraciones está implicada la 7-alfa-hidroxilasa de colesterol, enzima dependiente de hierro y ligada al sistema de los citocromos, que interviene en la transformación de colesterol a ácido cólico ⁽²⁵⁾.

- ❖ Compuestos que están asociados con el hierro de reserva; entre 5 y 25 mg/kg de peso corporal que se encuentra almacenado bajo la forma de ferritina y hemosiderina. Su función es la de mantener la homeostasis del hierro.

Es necesario señalar que la cantidad de hierro presente en el organismo es controlado por la absorción a nivel intestinal, lo cual a su vez se encuentra determinado por las necesidades nutricionales de cada persona y por los factores que influyen en la biodisponibilidad. Entre estos últimos debemos citar a la presencia de aquellos que disminuyen su absorción como la presencia de fitatos, taninos, fibra alimentaria, fosfatos, exceso de cobre, zinc, etc. o bien aquellos que la incrementan como es el caso de la vitamina C, ácido cítrico, vitamina A, consumo de carne, pescados, etc.

Los principales factores que determinan una adecuada incorporación del hierro al organismo son: la cantidad de hierro total ingerido con la dieta, la proporción de hierro hémico y no hémico de la misma, la presencia de activadores e inhibidores de la absorción de hierro no hémico contenido en el alimento ⁽²⁶⁾.

Las principales fuentes de hierro son:

Es importante destacar que hay dos tipos de hierro presentes en la alimentación, que presentan biodisponibilidades diferentes. El hierro hem, encontrado en alimentos de origen animal (tejidos musculares, hígado, aves, pescado) bajo la forma de hemoglobina y mioglobina, es más fácilmente absorbido por la mucosa intestinal.

El hierro no hem, encontrado en alimentos de origen vegetal (frijoles, soya, hortalizas de hoja verde como repollo, espinaca) presenta biodisponibilidad menor ⁽²⁷⁾.

✓ Zinc

En la actualidad se conoce la gran importancia del Zinc en el metabolismo como componente de alrededor de 100 enzimas que

participan en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, síntesis y degradación de ácidos nucleicos a través de diferentes enzimas incluyendo deshidrogenasas, aldolasas, piruvato carboxilasa, anhidrasa carbónica, superóxido dismutasa, RNA/ADN polimerasa y la 5 alfa reductasa.

Así este micronutriente participa activamente en el crecimiento y maduración sexual, cicatrización de heridas, en el metabolismo de vitamina A, en la regulación de la respuesta inmune, en la estabilización de las membranas, en la regulación del gusto y del apetito, y como agente antioxidante ⁽²⁸⁾.

En los alimentos el Zn se halla asociado particularmente a las proteínas y ácidos nucleicos, lo que va a condicionar en cierta medida su biodisponibilidad. El zinc procedente de los alimentos vegetales es de menor biodisponibilidad debido a la presencia de ácido fítico que es la forma principal en la que se almacena el fósforo en los cereales, las leguminosas el cual forma complejos insolubles poco absorbibles

Las principales fuentes de Zinc son:

El zinc está extensamente distribuido en alimentos y bebidas, pero tal como ocurre con otros elementos, los contenidos son tremendamente variables y en general bajos. Son los productos de origen marino, principalmente los mariscos (ostras y crustáceos), los alimentos más ricos en Zn, seguidos de las carnes rojas, derivados lácteos y huevos, y los cereales integrales. Los vegetales, con excepción de las leguminosas, no son alimentos que presenten contenidos en zinc altos. Por todo ello, las verduras, hortalizas y frutas, grasas, pescados y dulces son fuentes pobres de zinc ⁽²⁹⁾.

✓ **Ácido fólico**

El ácido fólico al igual que la vitamina B12 es un compuesto esencial en la prevención de ciertos tipos de anemia. Este compuesto considerado también como vitamina B9, folato, folatos, y folacina.

Los humanos no pueden sintetizar el ácido fólico y son totalmente dependientes de las fuentes alimentarias; los folatos normalmente presentes en los alimentos se encuentran en forma de poliglutamatos, los cuales tienen que ser convertidos en monoglutamatos por una enzima intestinal llamada conjugasa, facilitándose con ello su absorción en la parte alta del intestino delgado, ya en el interior los monoglutamatos pierden su grupo metilo por medio de una reacción que requiere cianocobalamina, transformándose de nuevo en poliglutamatos.

- ✓ El papel fundamental del ácido fólico es el de actuar como una coenzima necesaria para formar varios compuestos clave como son: Formación de nucleoproteínas, necesarias en la división celular y en la transmisión de rasgos hereditarios.
- ✓ Participación en la síntesis de tiamina, vitamina necesaria en la formación de la nucleoproteína del DNA.
- ✓ El ácido fólico desempeña el papel de transporte básico del grupo C, para la formación del grupo hemo, proteína de la hemoglobina ⁽³⁰⁾.

Los folatos son inactivados por el calor durante la cocción, por la exposición a la luz ultravioleta durante su almacenamiento. Por ello, se estima que prácticamente el 50% del contenido inicial de folatos en los alimentos se pierden en los procesos culinarios. La elaboración al

vapor o la fritura conducen a pérdidas del contenido inicial en folatos que pueden alcanzar el 90%. Las verduras pierden casi el 70% de su contenido en folatos al hervirlas durante 8 min, en gran parte por disolución en el agua de cocción.

Las principales fuentes de Ácido fólico son:

Las principales fuentes alimenticias de folatos son, por tanto, las verduras y hortalizas, entre las cuales cabe destacar: las acelgas , espinacas, la remolacha ,las coles Así mismo, los garbanzos presentan un elevado contenido de folatos .Algunas frutas frescas como la naranja, el melón o el plátano aportan también folatos pero su contenido es menor y los frutos secos tales como almendra, avellana o aguacate presentan un contenido alto de folatos .Otra buena fuente de folatos son los cereales de desayuno fortificados. La leche y derivados lácteos, las carnes y pescados son, en general, fuentes pobres de folatos a excepción del hígado ⁽³¹⁾.

✓ **Vitamina A**

Micronutriente que el cuerpo necesita en pequeñas cantidades para funcionar y mantenerse sano, el cual es un componente necesario para la formación del pigmento rodopsina que se encuentra en los bastones de la retina forma parte del conjunto de pigmentos visuales y son moléculas capaces de absorber la luz de una determinada longitud de onda. También participa en la formación y mantenimiento del tejido epitelial, participa en el crecimiento óseo normal y desarrollo de los dientes, contribuye en la espermatogénesis e interviene en la formación de tiroxina ⁽³²⁾.

El retinol es la forma activa de la vitamina A; es la forma más estable y más abundante en la naturaleza. La vitamina A también puede estar presente en forma de carotenoide, que es una forma provitamínica. Unos 50 carotenoides muestran actividad biológica. La provitamina A más activa y más importante cuantitativamente es el betacaroteno

Debe tenerse en cuenta que se puede perder la actividad de la vitamina A y de los carotenoides en el proceso de almacenamiento, preparación y procesamiento de los alimentos, y que el contenido en los órganos de animales varía mucho en función de su alimentación.

Las principales fuentes de vitamina A son:

Los alimentos de origen animal tienen vitamina A en forma de retinol; entre ellos están el hígado, la leche íntegra, el queso, la mantequilla y los huevos.

La otra forma de vitamina A se encuentra en forma de carotenos o betacarotenos, que están en las frutas anaranjadas y vegetales verdes oscuros o anaranjados. Se puede decir que, cuanto más intenso sea el color anaranjado o verde oscuro de estos alimentos, mayor cantidad de vitamina contienen. Algunos ejemplos de alimentos de origen vegetal que contienen Vitamina A en forma de betacarotenos son: las espinacas y las hojas de remolacha, brócoli, zanahoria, ayote sazón, peji-baye, camote y frutas anaranjadas como el melón, la manga y la carambola. Son excepción la lechuga, el banano, el limón dulce, la naranja y la piña ⁽³³⁾.

✓ **Vitamina C**

La vitamina C es una conocida vitamina hidrosoluble a la que se han atribuido múltiples efectos y aplicaciones, tanto a través de su uso tópico como sistémico. Su función principal en el cuerpo es la de un poderoso antioxidante. Como tal, una de sus acciones más importantes es la inhibición de la oxidación dañina del colesterol LDL. Por eso, la vitamina C es uno de los factores más relevantes de protección contra la oxidación del LDL.

La vitamina C es, además, una sustancia clave en el proceso de síntesis del colágeno, el principal constituyente orgánico de los tejidos, en el cuerpo. Esta sustancia básica es importante para la formación del tejido conjuntivo, los músculos y los vasos sanguíneos. También para la formación de los huesos y los dientes es una vitamina esencial. En definitiva, el ácido ascórbico favorece además, con su efecto antihistamínico, la curación de heridas; contribuye a la formación de la sangre y, por lo tanto, ayuda al buen funcionamiento del sistema inmunológico del cuerpo ⁽³⁴⁾.

También aumenta la absorción de hierro para la formación de hemoglobina, favorece la conversión de ácido fólico en ácido folínico, y a la conversión de prolina en hidroxiprolina, desempeña un rol importante en la hidroxilación de los esteroides adrenales, participa en la formación de los huesos y los dientes, tiene un efecto estimulante sobre la actividad fagocítica de los leucocitos y participa en la formación de anticuerpos ⁽³⁵⁾.

Las principales fuentes de vitamina C son:

La vitamina C se encuentra en los cítricos, brócoli, coliflor, espinacas, patatas, kiwis, fresas, piña, guayaba y tomates. Podemos encontrar las

siguientes cantidades de vitamina C por cada 100 g de los siguientes alimentos: naranjas 50 mg, kiwis 500 mg, limones 80 mg y pimientos rojos 200 mg ⁽³⁶⁾,

Consecuencias por carencia de multimicronutrientes

✓ Hierro:

La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el niño. Prevalece mayormente en el infante, en especial entre los 6 y 24 meses de edad ⁽³⁷⁾. El principal factor que determina la deficiencia de hierro, es una incorporación insuficiente del hierro al organismo de acuerdo a los requerimientos fisiológicos del mismo. Este tipo de deficiencia de hierro 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 ⁽³⁸⁾.

La anemia en niños e infantes está asociada con retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, así como con una resistencia disminuida a las infecciones. En los adultos, la anemia produce fatiga y disminuye la capacidad de trabajo físico. En las embarazadas se asocia con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal. La deficiencia de hierro inhibe la habilidad de regular la temperatura cuando hace frío y altera la producción hormonal y el metabolismo, afectando los neurotransmisores y las hormonas tiroideas asociadas con las funciones musculares y neurológicas, reguladoras de la temperatura ⁽³⁹⁾.

Mientras la deficiencia de hierro afecta el desarrollo cognoscitivo en todos los grupos de edad, los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después de un

tratamiento. Al cumplir su primer año de vida, 10% de los infantes en los países desarrollados, y alrededor de 50% en los países en desarrollo, están anémicos; esos niños sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor, y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente ⁽⁴⁰⁾.

✓ **Zinc**

Los estados carenciales de zinc pueden estar causados por diferentes factores como son: ingesta insuficiente, problemas en la absorción intestinal o pérdidas corporales excesivamente elevadas, así como el padecimiento de determinadas enfermedades.

La deficiencia de este elemento en niños y jóvenes se debe a la falta o escasez de alimentos de origen animal, dieta con un alto contenido en fitatos, inadecuada ingesta de alimentos y un incremento de las pérdidas fecales y puede ocasionar retraso en el crecimiento y en el desarrollo neuronal, diarrea, alteraciones inmunitarias e incluso en algunos casos la muerte.

Las manifestaciones principales son dermatitis, alopecia, alteraciones en el sentido del gusto, anorexia, retraso en la cicatrización de las heridas, alteraciones inmunológicas y disminución de los niveles de fosfatasas alcalinas.

Las carencias de zinc causadas por defectos congénitos de la capacidad de absorción intestinal, dan lugar a acrodermatitis enteropática acompañada de lesiones cutáneas, diarreas, pérdidas de cabello, conjuntivitis, fotofobia, opacidad corneal, irritabilidad, temblores y ataxia ocasional ⁽⁴¹⁾.

✓ **Ácido fólico**

El ácido fólico es un nutriente esencial para la vida celular por lo que su deficiencia da lugar al desarrollo de patologías. El trastorno más frecuente que se produce como consecuencia de una deficiencia de ácido fólico es la anemia macrocítica y megaloblástica, cuya sintomatología clínica es muy parecida a la de la anemia inducida por deficiencia de vitamina B12. Si se instaura de forma crónica, además de signos hematológicos, aparecen signos generales y neuropsiquiátricos. Entre los signos generales, cabe destacar la astenia y la anorexia, que van apareciendo de forma progresiva. Entre los signos neuropsiquiátricos se observan trastornos del sueño y la memoria, irritabilidad y convulsiones.

En algunos casos también se puede producir neuropatía periférica, síndrome cerebeloso, depresión y demencia. También hay otras consecuencias como depresión de médula ósea, glositis, malabsorción intestinal ⁽⁴²⁾.

✓ **Vitamina A**

La deficiencia severa de vitamina A causa ceguera nocturna, es decir, las personas no ven bien de noche. La deficiencia progresiva de vitamina A conduce a la pérdida parcial de la vista, sobre todo en niños pequeños y también la xeroftalmia (endurecimiento y escamas de la córnea y conjuntiva).

Las partes más afectadas del mundo son el sur y el este de Asia, algunos países de África y Latino América. La falta de vitamina A afecta, principalmente, a niños menores de cuatro años cuya dieta ha sido inadecuada durante mucho tiempo. El estado más severo ocurre cuan-

do se da una pérdida total de la vista. Los niños que son amamantados al seno materno tienen menos probabilidad de presentar una deficiencia de esta vitamina porque la leche materna contiene suficiente cantidad de ella.

La deficiencia de vitamina A puede producir resequedad en la piel; los labios pueden agrietarse y sangrar, hay pérdida de cabello, uñas se hacen quebradizas, queratinización (endurecimiento y escamas) del epitelio, sequedad de los tractos respiratorio, gastrointestinal y genitourinario, esmalte dental defectuoso, retraso del crecimiento, formación ósea alterada y menor formación de tiroxina. Una deficiencia severa de vitamina A puede provocar problemas respiratorios, gastrointestinales y de las vías urinarias ⁽⁴³⁾.

✓ **Vitamina C**

El escorbuto es una enfermedad causada por un déficit prolongado de vitamina C en la ingesta. Aparece en los adultos tras su carencia alimenticia durante más de 6 meses. Con frecuencia también aparece la anemia como consecuencia de estas pequeñas hemorragias. La falta de vitamina C bloquea la producción de sustancia intercelular para los tejidos conectivos (tejidos de soporte de las paredes de los vasos, del hueso, del cartílago, etc.) ⁽⁴⁴⁾.

Manifestaciones del escorbuto:

Piel: Seca, áspera, petequias, hiperqueratosis (áreas elevadas alrededor de los folículos pilosos)

Musculoesquelética: Hemorragias en los músculos y articulaciones, inflamación de las articulaciones.

Encías: Esponjosas, inflamadas, fácilmente sangrantes, de color rojo, dientes flojos o que se caen.

Disposición general: Irritable, anoréxico, adolorido, adopta postura de casi rana cuando está supino (posición escorbútica)

Signos de anemia, menor cicatrización de heridas y mayor susceptibilidad a las infecciones ⁽⁴⁵⁾.

Indicaciones para la suplementación

- En el establecimiento de salud el personal que contacte primero (traje, admisión u otro) a la niña y el niño menor de 36 meses, verificará si está recibiendo la suplementación con multimicronutrientes o hierro, según el esquema que le corresponda;
- de no ser así deriva inmediatamente al consultorio responsable de la atención integral de salud del niño, para su atención.
- En los casos que la niña o el niño no hubieran iniciado la suplementación con multimicronutrientes a los 6 meses de edad, se deberá iniciar la suplementación a cualquier edad, dentro del rango de edad recomendado (6 a 35 meses inclusive).

Esquema de suplementación

- **En niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros(menor de 37 semanas)**
-Apartir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).
- **En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos.**

- Apartir de los 6 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

CONDICIÓN DEL NIÑO	PRESENTACIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS A ADMINISTRAR POR VIA ORAL X DIA	DURACIÓN DE LA SUPLEMENTACIÓN
niñas y niños nacidos con bajo peso y/o prematuros	Sobre de 1 gramo (multimicronutrientes en polvo)	Desde 6 a 18 meses	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos(360 sobres)
Niñas y niños nacidos a término y/o con peso adecuado al nacer.	Sobre de 1 gramo (multimicronutrientes en polvo)	Apartir de los 6 meses	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos(360 sobres)

Fuente: Norma Técnica para la suplementación con multimicronutrientes en niños y niñas menores de 36 meses” (°056 MINS/DGSP-V.01), 2014-Peru

Dosaje de hemoglobina

- ✓ El dosaje de hemoglobina no es requisito para iniciar la suplementación con Multimicronutrientes
- ✓ La determinación de hemoglobina en niñas y niños nacidos con peso mayor o igual a 2.500 gramos y/o mayor o igual a 37 semanas de gestación se realiza a los 6 meses de iniciada la suplementación con Multimicronutrientes y al término de la misma (a los 12 meses de la suplementación ⁽⁴⁶⁾).

Preparación del suplemento de multimicronutrientes en polvo:

- ✓ Lávese bien las manos con abundante agua y jabón, para evitar la propagación de muchas enfermedades diarreicas y respiratorias al niño.

- ✓ La comida tiene que estar tibia, puesto que si está caliente, los multimicronutrientes pierden sus propiedades y esto va a provocar el cambio del sabor y el color de la comida.
- ✓ Los multimicronutrientes deben agregarse en comida de consistencia espesa, por ende no mezclar con comidas de consistencia líquida, debido que la cobertura lipídica del hierro, tiende a flotar y se adhiere a las paredes del recipiente
- ✓ De la comida servida al niño, la madre debe separar dos cucharadas de la misma en otro plato porque de esa manera se puede asegurar que el niño consuma todo el sobre de multimicronutrientes.
- ✓ Abrir el sobre de multimicronutrientes.
- ✓ Mantener los sobres de multimicronutrientes bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad; lugares no accesibles a las niñas y niños porque de esa manera permite evitar su ingestión accidental o intoxicaciones.
- ✓ Mezclar bien el total del contenido del sobre de multimicronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.



Fuente: Norma Técnica para la suplementación con multimicronutrientes en niños y niñas menores de 36 meses" (°056 MINSA/DGSP-V.01), 2014-Peru

Administración del suplemento de multimicronutrientes en polvo

- ✓ Primero alimentar al niño con la mezcla que contiene los multimicronutrientes y luego, continuar con el resto del plato servido.
- ✓ Dar al niño multimicronutrientes todos los días a partir de los seis meses de edad porque a esa edad los lactantes empiezan a recibir alimentos complementarios para cubrir sus necesidades nutricionales. Deben ser consumidos una vez al día durante un año para poder prevenir la anemia en el niño.

- ✓ Explicar a la madre o cuidador que los multimicronutrientes no le cambiará el sabor ni color a la comida debido a la cobertura lipídica que tiene.
- ✓ El consumo del suplemento de los multimicronutrientes deberán ser suspendidos cuando las niñas y niños se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento.
- ✓ Educar a la madre sobre el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, bazo, sangre, corazón, carnes rojas, pescado, cuy y otras vísceras de color rojo.
- ✓ Asimismo considerar el consumo de alimentos que favorezcan la absorción de hierro no hémico (vitamina C)
- ✓ Dos horas antes o después de consumir los multimicronutrientes, no beber infusiones (te, anís, manzanilla) porque pueden interferir en la absorción de los micronutrientes ⁽⁴⁷⁾.

Rol de enfermería en la estrategia de CRED

La enfermera como la responsable de la estrategia de CRED, cumple un rol importante en la prevención y promoción de la salud, ya que tiene como función detectar precozmente complicaciones en el recién nacido, lactante y niño, realiza el examen físico y la valoración del desarrollo psicomotriz aplicando los fundamentos científicos, aplica técnicas de estimulación temprana, brinda consejería y sensibiliza a la madre ⁽⁴⁷⁾ sobre la importancia del cumplimiento de la suplementación con multimicronutrientes el cual se trata de un complemento de

vitaminas y minerales que se consumen en pequeñas cantidades y que contienen hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico y que tiene como objetivo principal prevenir la anemia, enfermedades y contribuir a un adecuado crecimiento y desarrollo cognitivo , social, motriz y físico en los niños menores de 36 meses ⁽⁴⁸⁾.

Teoría de enfermería de Nola Pender

El Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente

motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. ⁽⁴⁹⁾.

Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las enfermeras para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo ⁽⁵⁰⁾.

Generalidades sobre actitudes

El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado". Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular.

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser

inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

Dentro del campo de la Psicología el autor más conocido e influyente ha sido Allport que define la actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona ⁽⁵¹⁾.

Componentes de las actitudes

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- **Componente afectivo:** Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en

contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos

- **Componente conductual:** Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación⁽⁵²⁾.

Medición de las actitudes

La forma de medición más común de la actitud es la escala tipo Likert. Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitudes. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos⁽⁵³⁾.

Formación de las actitudes

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

- ✓ **Teoría del aprendizaje:** Esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos

desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

- ✓ **Teoría de la consistencia cognitiva:** Esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

- ✓ **Teoría de la disonancia cognitiva:** Esta teoría se creó en 1962 por Leon Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes⁽⁵⁴⁾.

2.1.3 Definición operacional de términos

- ✓ **ACTITUDES:** Es la respuesta emitida por las madres acerca de la disposición que tienen hacia la suplementación de multimicronutrientes .El cual tiene como valor ser favorable y desfavorable.

- ✓ **MADRES:** Todas las personas de sexo femenino que tienen hijos de 6 a 36 meses y que acuden a la estrategia de CRED del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui

- ✓ **SUPLEMENTACION CON LOS MULTIMICRONUTRIENTES:**
Son las actividades que las madres refieren realizar para la preparación y administración de multimicronutrientes en niños de 6 a 36 meses

2.2 Diseño metodológico

2.2.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque nos va a permitir medir la variable de estudio, de nivel aplicativo porque se deriva de la realidad para modificarlo, método descriptivo de corte transversal, ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

2.2.2 Población

La población estuvo conformada por 243 madres que acuden a Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui

2.2.3 Muestra - Muestreo

La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporción para población finita aleatorio simple con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 0.1, obteniéndose una muestra de 53 madres. (Anexo E)

2.2.4 Criterios de inclusión

- ✓ Madres con niños de 6 a 36 meses de edad que son suplementados con los multimicronutrientes y que asisten a la

estrategia de CRED del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui

- ✓ Madres que sepan leer , escribir y hablen castellano
- ✓ Madres que acepten participar en el estudio (consentimiento informado)

2.2.5 Criterios de exclusión

- ✓ Madres quechuablantes

2.2.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento una escala tipo lickert modificada (Anexo B), que consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos, el cual fue sometido a juicio de expertos a fin de presentar los resultados en la tabla de concordancia y la prueba binomial (Anexo D)

2.2.7 Proceso de recolección y análisis estadístico de los datos.

Para la implementación del estudio se realizaron los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al médico jefe del Centro Materno Infantil “José Carlos Mariátegui” a fin de obtener la autorización y facilidades para la ejecución del estudio.

Luego se llevó a cabo la coordinación con la enfermera jefe de la estrategia de CRED para establecer el cronograma recolección de datos considerando aproximadamente de 15 a 20 minutos previo consentimiento informado el cual se realizó durante los meses de octubre a diciembre.

Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el paquete de Excel 2016 previa elaboración de la tabla de códigos

(Anexo F) y tabla matriz de datos (Anexo G). Posteriormente los resultados se presentaron en gráficos estadísticos, para el respectivo análisis e interpretación de datos considerando el marco teórico

Para la medición de la variable actitudes se utilizó el promedio aritmético siendo valorado en favorable y desfavorable.

2.2.8 Consideraciones éticas

Para la ejecución del estudio se tuvo en consideración contar con el consentimiento informado de las madres de niños de 6 a 36 meses expresándole que es de carácter anónimo y confidencial y que la información recolectada será utilizada solo para el presente estudio.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de haber recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados los resultados en cuadros y gráficos estadísticos, para el análisis e interpretación de acuerdo a la base teórica. Así tenemos que:

3.1. Resultados

3.1.1 Datos generales

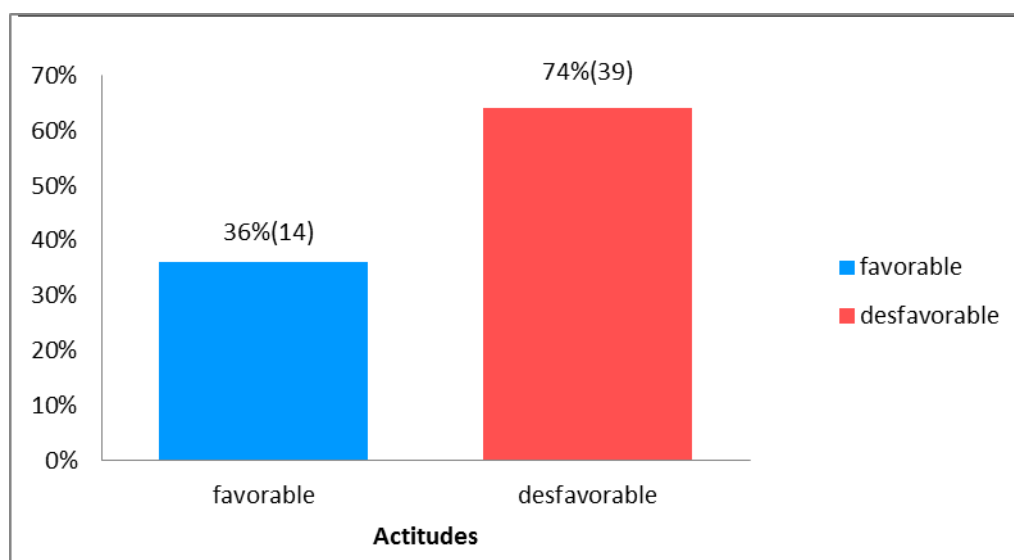
En cuanto a los datos generales del 100% (53), La población estuvo comprendida en su totalidad por el sexo femenino, 51% (27) tienen entre 20 a 29 años, 28% (15) entre 30 a 39 años y 21%(11) entre 15 a 19 años, acerca del número de hijos, 89% (47) tienen de 1 a 2 hijos y 11% (6) tienen de 1 a 2 hijos; en relación a la edad del niño, 53% (28) tienen de 12 meses a 23 meses 29 días, 34% (18) tienen de 6 meses a 11 meses 29 días y 13% (7) tienen de 24 meses a 36 meses.

Por lo expuesto se puede evidenciar que la mayoría de las madres tienen de 20 a 29 años, es decir son adultas jóvenes y maduras; tienen de 1 a 2 hijos y los niños tienen de 12 meses a 23 meses 29 días.

3.1.2 Datos específicos

GRÁFICO N°1

**ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES HACIA
LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN EL
CMI JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
LIMA-PERÚ
2016**

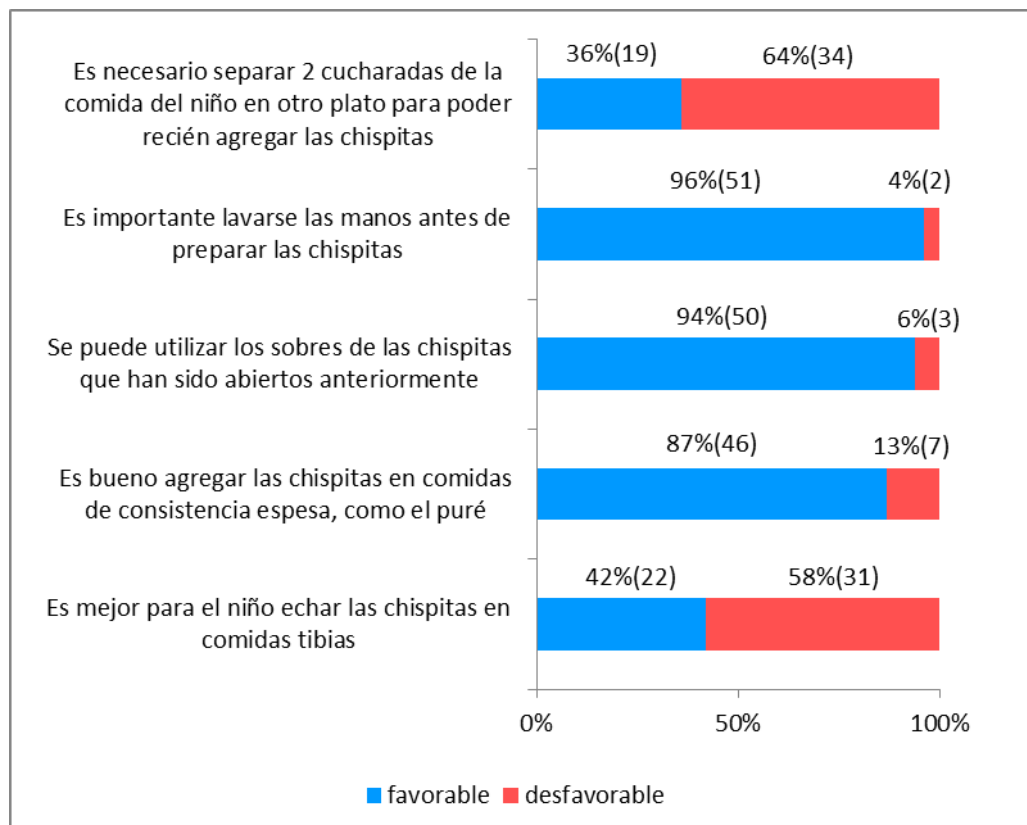


Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños de 6 a 36 meses del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, 2016

En el gráfico N° 1 respecto a las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes se observa que del 100% de las madres encuestadas, 74% presentan actitudes desfavorables.

GRÁFICO N°2

ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES HACIA LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN LA DIMENSIÓN PREPARACIÓN SEGÚN ÍTEM EN EL CMI JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI LIMA-PERÚ 2016



Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños de 6 a 36 meses del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, 2016

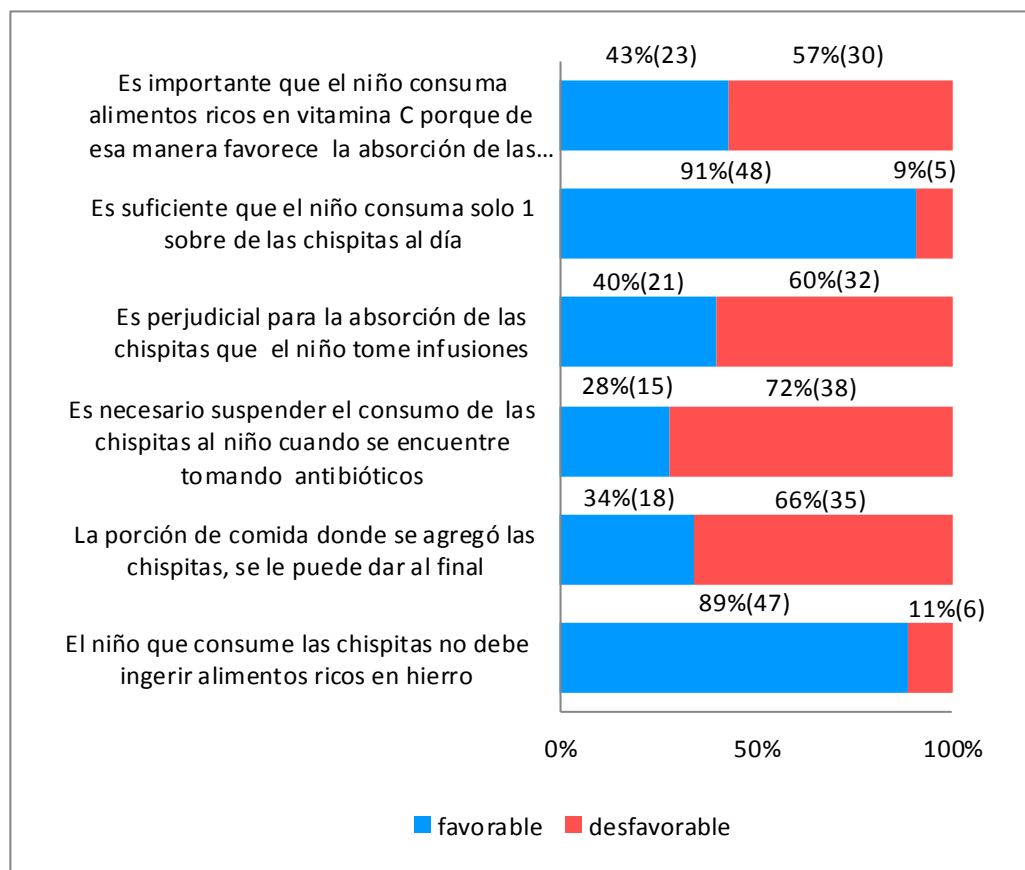
En el gráfico N° 2 respecto a las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en la dimensión preparación según ítem, se observa que del 100% de las madres encuestadas, 96% de ellas tienen actitudes favorables hacia que es importante lavarse las manos antes de prepararlas chispitas, 94% hacia no utilizar los sobres de las chispitas que han sido abiertos

anteriormente, 87% hacia que es mejor para el niño echar las chispitas en comidas de consistencia espesa.

Por otro lado se observa que el 64% de ellas tienen actitudes desfavorables hacia que no es necesario separar 2 cucharadas de comida del niño en otro plato para poder recién agregar las chispitas y 58% hacia no echar las chispitas en comidas tibias.

GRAFICO N°3

ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES HACIA LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN LA DIMENSIÓN ADMINISTRACIÓN SEGÚN ÍTEM EN EL CMI JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI LIMA-PERÚ 2016



Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños de 6 a 36 meses del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, 2016

En el gráfico N° 3 respecto a las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en la dimensión administración según Ítem, se observa que del 100% de las madres encuestadas, 72% tienen actitudes desfavorables hacia el no suspender el consumo de las chispitas al niño cuando se encuentre

tomando antibióticos ,66% hacia considerar que la porción de comida donde se agregó las chispitas se le puede dar al final, 60% hacia que no es perjudicial para la absorción de las chispitas que el niño tome infusiones y 57% hacia que no es importante que el niño consuma alimentos ricos en vitamina C porque no favorece la absorción de las chispitas

Por otro lado se observa que el 91% tienen actitudes favorables hacia que es suficiente que el niño consuma solo un sobre de las chispitas al día, 89% hacia que el niño que consume las chispitas debe ingerir alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita

3.2. Discusión

En los últimos años la problemática nutricional del niño sigue siendo de preocupación para el estado peruano ya que afecta a más del 56.8% de niños menores de 36 meses quien a través de los lineamientos de política del MINSA ha establecido como uno de los objetivos fundamentales la prevención de la anemia, ya que durante los primeros tres años de vida el crecimiento y el desarrollo alcanzan su mayor velocidad y una alimentación adecuada es clave para cubrir sus requerimientos nutricionales. Sin embargo muchas veces las condiciones económicas y sociales dificultan una alimentación de calidad ⁽⁵⁵⁾.

Por ello, un estado nutricional deficitario debido a una inadecuada ingesta de alimentos, limita la capacidad de reacción del sistema inmune, disminuyendo la resistencia del individuo pudiendo llegar a generar la anemia, caracterizada por la disminución de la masa de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina por debajo de 11g/dl, el cual se va a deber a varios factores como los

sociodemográficos y económicos entre ellos el nivel de instrucción de la madre, los bajos ingresos, la calidad y cantidad de los alimentos, los factores culturales como pautas de crianza, y los factores sanitarios⁽⁵⁶⁾.

Dentro de las causas principales que determinan la alta prevalencia de anemia destacan la baja ingesta de alimentos ricos en hierro hem como hígado, bazo; la pérdida de este micronutriente por infecciones parasitarias y una baja absorción de hierro por ausencia de alimentos que favorecen la absorción del hierro no hem (cítricos) y/o presencia de inhibidores de su absorción (té) provocando como consecuencias en el niño el retardo del crecimiento, alteraciones en el desarrollo mental y psicomotor, déficit en la capacidad activa de aprendizaje, dificultad para mantener la concentración⁽⁵⁷⁾.

Es por ello para contribuir a la solución de esta problemática el estado ha aplicado el Marco normativo de la suplementación con multimicronutrientes en niñas y niños menores de 36 meses que tiene como finalidad contribuir a reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad; a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprano de este grupo poblacional.

Los multimicronutrientes son suplementos vitamínicos y minerales en polvo los cuales están constituidos por fumarato ferroso micro encapsulado que contienen Zinc el cual participa en la cicatrización de heridas, en el metabolismo de vitamina A, el ácido fólico que tiene como papel fundamental el de actuar como una coenzima necesaria para formar varios compuestos clave como son la formación de nucleoproteínas, necesarias en la división celular, la Vitamina A el cual es un componente necesario para la formación del pigmento rodopsina que se encuentra en los bastones de la retina, la Vitamina C tiene

como una de sus acciones más importantes la síntesis del colágeno y principalmente el Hierro ya que es un mineral vital para el ser humano, que tiene como función principal transportar el oxígeno a través de la hemoglobina y presenta un papel importante en sistema nervioso central pues participa en la regulación de los mecanismos bioquímicos del cerebro, en la producción de neurotransmisores y otras funciones encefálicas relacionadas al aprendizaje y la memoria como así también en funciones motoras, ya que si el recambio cerebral del hierro fuera lento, las deficiencias producidas en esta etapa de vida serían difíciles de corregir y persistirían con el paso del tiempo⁽⁵⁸⁾.

Es por eso que la enfermera como la responsable de la estrategia de CRED, cumple un rol importante en la prevención y promoción de la salud, ya que tiene como función detectar precozmente complicaciones en el recién nacido, lactante y niño, realiza el examen físico y la valoración del desarrollo psicomotriz aplicando fundamentos científicos, aplicando técnicas de estimulación temprana, brindando consejería y sensibilizando a la madre sobre la suplementación con los multimicronutrientes.

Galindo Borda ,Marisol en el 2012, concluye que *“Con respecto a la administración de los micronutrientes en polvo se evidenció el 95,2% de las madres vieron un cambio positivo en sus hijos con la administración de los micronutrientes en polvo, solamente el 71% manifestó haber recibido capacitación en temas nutricionales y el 94% manifestó haber puesto en marcha las recomendaciones dadas, esto pone en evidencia que es necesario intensificar las actividades de educación a todas las personas involucradas en procesos como este”*

De ahí que las actitudes de las madres juegan un rol principal ya que son reacciones positivas o negativas hacia un objeto o proposición abstracto., siendo fundamentalmente hacia la administración y preparación porque de esa manera el niño va a tener un adecuado crecimiento y desarrollo cognitivo, en especial psicomotriz, física y de socialización y lograr prevenir la anemia infantil.

Espichán Ávila ,Pablo César en el 2012 , concluye que *“El factor que más influye en la adherencia al tratamiento, y que a su vez estuvo asociado al incremento de hemoglobina, fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento (90%) entre ellas el olvido ,motivación ,angustia por los posibles efectos adversos.; seguido por los por: factores relacionados con el tratamiento (87%) como efectos colaterales, tiempo de tratamiento; factores relacionados con el personal de salud (81.3%) entre ellas la disponibilidad de tiempo para monitoreo de la suplementación, conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en la prevención de la anemia; y el factor social (74%) principalmente la actividad diaria a la preparación y administración del suplemento.”*

Por lo expuesto y los resultados obtenidos en el estudio en cuanto a las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes evidencian que la mayoría presentan actitudes desfavorables, según Nola Pender las madres de los niños no tienen una actitud con intención clara, concreta y definida por lograr la meta de la suplementación con multimicronutrientes.

En lo que respecta a la dimensión preparación según ítem, la mayoría tienen actitudes favorables hacia que es importante lavarse las manos antes de prepararlas chispitas; al no utilizar los sobres de las chispitas

que han sido abiertos anteriormente, a que es mejor para el niño echar las chispitas en comidas de consistencia espesa; mientras que una minoría son desfavorables hacia que no es necesario separar 2 cucharadas de comida del niño en otro plato para poder recién agregar las chispitas y al no echar las chispitas en comidas tibias, lo cual podría conllevar a evitar la propagación de enfermedades diarreicas y respiratorias de la madre al niño, asimismo evitar que los multimicronutrientes se adhieran en los bordes del recipiente, a mayor tiempo de demora en el consumo estos multimicronutrientes modificarán de sabor y color a la comida debido a que se disolverá la cobertura lipídica que tiene, generando un sabor desagradable para el niño.

En la dimensión administración según Ítem, la mayoría tienen actitudes desfavorables hacia el no suspender el consumo de las chispitas al niño cuando se encuentre tomando antibióticos, al considerar que la porción de comida donde se agregó las chispitas se le puede dar al final, a que no es perjudicial para la absorción de las chispitas que el niño tome infusiones y a que no es importante que el niño consuma alimentos ricos en vitamina C porque no favorece la absorción de las chispitas; lo cual podría generar un riesgo de contraer la anemia ya que no hay una adecuada absorción del hierro no hem, provocar enfermedades y déficit en el crecimiento lineal y desarrollo. Sin embargo, una minoría tienen actitudes favorables hacia que es suficiente que el niño consuma solo un sobre de las chispitas al día y a que el niño que consume las chispitas debe ingerir alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita, se podría decir que favorecen a la prevención de la anemia, a un buen crecimiento y desarrollo.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- En cuanto a las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes evidencian que la mayoría presentan actitudes desfavorables.
- Respecto a la dimensión preparación según ítem, la mayoría tienen actitudes favorables hacia que es importante lavarse las manos antes de prepararlas chispitas; al no utilizar los sobres de las chispitas que han sido abiertos anteriormente, a que es mejor para el niño echar las chispitas en comidas de consistencia espesa; mientras que una minoría son desfavorables hacia que no es necesario separar 2 cucharadas de comida del niño en otro plato para poder recién agregar las chispitas y al no echar las chispitas en comidas tibias
- En la dimensión administración según Ítem, la mayoría tienen actitudes desfavorables hacia el no suspender el consumo de las chispitas al niño cuando se encuentre tomando antibióticos, al considerar que la porción de comida donde se agregó las chispitas se le puede dar al final, a que no es perjudicial para la absorción de las chispitas que el niño tome infusiones y a que no es importante que el niño consuma alimentos ricos en vitamina C porque no favorece la absorción de las chispitas; lo cual podría generar un riesgo de contraer la anemia ya que no

hay una adecuada absorción del hierro no hem, provocar enfermedades y déficit en el crecimiento lineal y desarrollo

Sin embargo, una minoría tienen actitudes favorables hacia que es suficiente que el niño consuma solo un sobre de las chispitas al día y a que el niño que consume las chispitas debe ingerir alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita, se podría decir que favorecen a la prevención de la anemia, a un buen crecimiento y desarrollo.

4.2. Recomendaciones

- Realizar estudios similares al presente, utilizando enfoques cualitativos para poder profundizar más en el tema.
- Elaborar estrategias participativas o institucionales de intervención con un enfoque multisectorial, dirigidos a las madres sobre la suplementación con los multimicronutrientes

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 2010:1-120.
- (2) Flores HS, Martínez AG, Toussaint G, Adell GA, Copto GA. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. [Revista on-line] 2006 [Consultado 10 de Abril del 2015]; 63(16). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n2/v63n2a8.pdf>
- (3) (53) Fernández GN, Aguirrezabalaga GB. Anemias en la infancia. Anemia ferropénica. Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León [Revista on-line] 2006 [Consultado 10 de Abril del 2015]; 46(7). Disponible en: https://www.sccalp.org/documents/0000/0100/BolPediatr2006_46_supl_2_311-317.pdf
- (4) (12) Base de Datos Mundial Sobre la anemia de la OMS. La prevalencia mundial de la anemia 1993-2005. [Revista on-line] 2008 [Consultado 10 de Abril del 2015]; 1(50). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n2/v63n2a8.pdf>
- (5) Instituto Nacional de Estadística e Informática .Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. [Revista on-line] 2013 [Consultado 10 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/obj10.pdf>
- (6) (54) Portal del Programa Nutriwawa. Suplementación con micronutrientes. [Página principal en Internet]. Lima [actualizada abril 2011; consultado 11 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/situacion.html>
- (7) (24)(46)(48)(56)(57) Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas. Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de

anemia en niñas y niños menores de 36 meses.1a.ed.Lima: Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú; 2014.

(8) Ministerio de Salud - Dirección General de salud de las Personas. Norma técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco años. 1a.ed.Lima: Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú; 2011.

(9) (37) (55) (57)Sociedad Argentina de Pediatría. Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. [Revista on-line] 2009 [Consultado 18 de Abril del 2015]; 1(8). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n2/v63n2a8.pdf>

(10) Instituto Nacional de Salud. Eficacia y efectividad de la suplementación de micronutrientes para la prevención de anemia, enfermedades y un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo en la población infantil de 6 a 36 meses de edad.[Revista on-line] 2012 [Consultado 18 de Abril del 2015]; 1(24). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n2/v63n2a8.pdf>

(11) Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. [Revista on-line] 2011 [Consultado 18 de Abril del 2015]; 1(7). Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf

(13) Ministerio de salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable, 1a.ed.Lima: Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú; 2011.

(14) (48) Cala CE. Percepción de madres de niños de 6 a 23 meses de edad respecto al consumo de micronutrientes “chispitas nutricionales” en el municipio de Puerto Carabuco - la paz gestión en el año 2012. [Tesis].La Paz. Facultad de Medicina; 2012.

(15) Galindo BM. Efecto de la fortificación casera con micronutrientes en polvo, como una estrategia de intervención contra la

deficiencia de micronutrientes en población infantil de 12 hasta 59 meses, de cuatro municipios del departamento de Atlántico, pertenecientes a programas de complementación alimentaria en el año 2013.[Tesis].La Paz. Facultad de Medicina; 2012.

(16) Ruiz PA. Evaluación de la fase uno del programa de suplementación con hierro chis-paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia de Chimborazo, 2010. [Tesis].La Paz. Facultad de Medicina; 2012.Riobamba-Ecuador.Facultad de Salud Pública; 2010.

(17) Chamorro GJ, Torres AK. Efecto de la suplementación con multimicronutrientes y estado nutricional en niños menores de tres años en comunidades de Huando y Anchonga - Huancavelica, en el año 2010. [Tesis].Huancavelica. Facultad de Medicina Humana; 2010.

(18) Espichán AP. Factores de adherencia a la suplementación con sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, de asentamientos humanos del Distrito de San Martín de Porres. [Tesis].Lima. Facultad de Medicina; 2010.

(19) Curo HG.Actitud de las madres frente a la administración de las Chispitas Nutricionales en el Puesto de Salud San Cristóbal, 2010. [Tesis].Huancavelica. Facultad de Enfermería; 2010.

(20) García GC. Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA 2015. [Tesis].Lima. Facultad de Medicina; 2010.

(21) Guía familiar para promover la alimentación saludable en la primera infancia. Alimentación Saludable.2011:1-27

(22) Rioja Salud. Alimentación equilibrada en los niños de 1 a 3 años: 1-20.

(23) Montoya SP. Alimentación, nutrición y salud:1-31.

- (25) (38)(40) Toxqui L. et al. Deficiencia y sobrecarga de hierro; implicaciones en el estado oxidativo y la salud cardiovascular. *Nutrición Hospitalaria*. [Revista on-line] 2010 [Consultado 29 mayo 2015]; 3(25). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n3/revision3.pdf>
- (26) Del Águila V C, Falen B J. Crecimiento y desarrollo y evaluación nutricional. Lima: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional Federico Villarreal; 2005.
- (27) (28)(39) Sato APS, Fujimori E, Szarfarc SC, Borges ALV, Tsunehiro MA. Consumo alimentar e ingestión de hierro por mujeres embarazadas y en edad reproductiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Revista on-line] 2010 [Consultado 29 mayo 2015]; 2(18). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_16.pdf
- (29) (41)(56)(58) Rubio C, González DW, Martín RE, Revert C, Rodríguez I, Hardisson A. El zinc: oligoelemento esencial. *Nutrición Hospitalaria*. [Revista on-line] 2010 [Consultado 30 mayo 2015]; 1(22). Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n1/alimentos1.pdf>
- (30) Secretaría de Salud. El Ácido Fólico y la prevención de defectos al nacimiento. [Revista on-line] 2003 [Consultado 30 mayo 2015]; Disponible en: <http://www.udep.edu.pe/publicaciones/desdelcampus/art1041.html>
- (31) (42) Varela MG, Alonso AE. Ácido fólico y salud. Madrid: Fundación española de nutrición; 1999.
- (32) (35) (45) Walley L, Wong Donna L. *Enfermería pediátrica*. 4a Ed. Madrid: Mosby/doyma libros ; 1995.
- (33) Flórez L. Vitaminas liposolubles e hidrosolubles. [Revista on-line] 2010 [Consultado 31 mayo 2015]. Disponible en: http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/650_59vitaminas%20liposolubles%20e%20hidrosolubles.pdf

- (34) VitaBasix. Vitamina C. [Revista on-line] 2010 [Consultado 31 mayo 2015]. Disponible en:
http://www.vitabasix.com/fileadmin/content/produktInfoPDFs/esPDF/ProduktinfoVitamina_C_ES.pdf
- (36) Valdés F. Vitamina C. [Revista on-line] 2006 [Consultado 06 junio 2015];9(97). Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13095269&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=89&accion=L&origen=actasdermo&web=www.actasdermo.org&lan=es&fichero=103v97n09a13095269pdf001.pdf
- (43) Gamboa CC. Vitamina A. Guías alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica. [Revista on-line] 2005 [Consultado 13 junio 2015].Disponible:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/vitaminaA.pdf
- (44) Pardo Arquero, VP. La importancia de las vitaminas en la nutrición de personas que realizan actividad físico deportiva. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. [Revista on-line] 2004 [Consultado 13 junio 2015]; 4(16).Disponible:<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista16/artvitamina.htm>
- (47) Ministerio de Salud. El hierro. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
- (49) Cisneros GF. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. [Revista on-line] [Consultado 9 agosto 2016] Disponible:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
- (50) Cisneros GF. teorías y modelos de enfermería. [Revista on-line] [Consultado 9 agosto 2016] Disponible:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- (51) Grupo de Investigación Edufísica. Las actitudes. Revista EDU-FISICA. [Revista on-line] [Consultado 20 junio 2015] Disponible:
<http://www.edufisica.com/Formato.pdf>

(52) (53) Ubillos U, Mayordomo S. Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. .2013:5-9

(54) Construcción de escalas para la evaluación de actitudes. .2013:27-33

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la variable	I
B. Escala tipo lickert modificada	III
C. Consentimiento informado	VI
D. Prueba binomial: juicio de experto	VII
E. Fórmula para la determinación de la muestra	VIII
F. Tabla de códigos	IX
G. Tabla matriz de datos	XII
H. Medición de la variable	XVI
I. Datos generales de las madres y niños de 6 a 36 meses del Centro Materno Infantil José Carlos Mariategui, Lima-Perú.2016	XVII
J. Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes según dimensiones en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariategui, Lima-Perú. 2016	XVIII

- K.** Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en la dimensión preparación según ítem en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariategui, Lima-Perú. 2016 XIX
- L.** Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en la dimensión administración según ítem en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariategui, Lima-Perú. 2016 XX

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multivitaminicos	Los multivitaminicos son complementos vitamínico y mineral que contienen hierro, Zinc, ácido fólico, Vitamina A y Vitamina C que contribuyen a favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo y a prevenir la anemia del niño desde los 6 meses hasta los 36 meses de edad.	Es la respuesta emitida por las madres acerca de la disposición que tienen hacia la suplementación de multivitaminicos el cual fue obtenido a través de una escala Likert modificada el cual tiene como valor ser favorable y desfavorable.	Preparación (12 Ítem)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavado de manos ✓ Separar comida y mezclarla con los multivitaminicos ✓ Apertura del sobre de multivitaminicos ✓ Mezclar comida separada con contenido del sobre de multivitaminicos ✓ Consistencia de la comida ✓ Temperatura de la comida 	Favorable y desfavorable

<p>cronutrientes</p>	<p>madres juegan un rol principal no solo por el conocimiento que deben de tener del mismo sino fundamentalmente por sus actitudes ya que estas son predisposiciones que orientan el actuar de las mismas hacia la preparación y la administración de los multimicronutrientes.</p>		<p>Administración (16 Ítem)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar de comer al niño la mezcla preparada ✓ Frecuencia ✓ Cantidad ✓ Alimentos ricos en hierro hem ✓ Alimentos que favorecen la absorción del hierro no hem ✓ Bebidas que no bloquean la absorción del hierro no hem 	
----------------------	---	--	-------------------------------------	---	--

ANEXO B

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Buenos días Señora, mi nombre es Julei Vargas Córdova soy estudiante de enfermería de la UNMSM, estoy desarrollando un estudio en coordinación con el C.M.I “José Carlos Mariátegui” a fin de obtener información sobre las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación de los multimicronutrientes.

Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

DATOS GENERALES

1. Edad de la madre: (Años)

2. Número de hijos

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 a más

3. Edad del niño:

INSTRUCCIONES

Lee detenidamente cada uno de los ítems, luego marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta. Por cada enunciado encontrará 5 posibilidades de respuesta, Por favor elija sólo una

TD: Muy en desacuerdo

D: En desacuerdo

I: Indiferente

A: De acuerdo

TA: Muy de acuerdo

DATOS ESPECÍFICOS

ITEM	TD	D	I	A	TA
1. Las chispitas son importantes porque ayudan a prevenir la anemia en el niño					
2. El niño que consume las chispitas no debe ingerir alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita					
3. Solo a los niños que tienen anemia se le debe dar las chispitas					
4. Es necesario que el niño consuma primero la porción de comida donde se agregó las chispitas					

5. Es bueno que el niño tome infusiones como té, anís y manzanilla para que se absorban mejor las chispitas					
6. Es agradable para el niño echar las chispitas en comidas tibias.					
7. Es bueno agregar las chispitas en comidas de consistencia espesa, como el puré					
8. Da lo mismo utilizar las chispitas que han sido o no expuestos al sol.					
9. Las chispitas solo son beneficiosos si se agregan en comidas calientes					
10. Es necesario seguir dando las chispitas al niño cuando está tomando antibióticos.					
11. La porción de comida donde se agregó las chispitas, se le puede dar al final					
12. Es bueno que los niños que reciben las chispitas consuman alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita.					
13. Es innecesario lavarse las manos para preparar las chispitas					
14. Es mejor echar las chispitas en toda la comida del niño.					
15. Es necesario suspender el consumo de las chispitas al niño cuando se encuentre tomando antibióticos.					
16. Es perjudicial para la absorción de las chispitas que el niño tome infusiones como té, anís y manzanilla.					
17. Es mejor darle al niño más de 1 sobre de chispitas al día para evitar la anemia.					
18. Es importante que los niños reciban todos los días las chispitas					
19. El consumo de la vitamina C como los cítricos no permiten la absorción de las chispitas en el organismo de los niños.					
20. Es importante verificar que los sobres de las chispitas se encuentran cerrados antes de dárselos al niño.					
21. El niño debe consumir las chispitas solo cuando las acepta					
22. Es suficiente que el niño consuma solo 1 sobre de las chispitas al día.					
23. Es importante verificar que los sobres de las chispitas que se van a utilizar no hayan estado expuestos al sol.					

24. Se puede utilizar los sobres de las chispitas que han sido abiertos anteriormente.					
25. Es importante lavarse las manos antes de preparar las chispitas					
26. Es necesario separar 2 cucharadas de la comida del niño en otro plato para poder recién agregar las chispitas					
27. Es mejor agregar las chispitas en comidas de consistencia líquidas como las sopas o agüitas					
28. Es importante que el niño consuma alimentos ricos en vitamina C porque de esa manera favorece la absorción de las chispitas					

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio.- Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en un Centro Materno Infantil de Lima, 2016

Investigador.- Srta. Julei Zenia Vargas Córdova
Estudiante de pregrado de enfermería

Declaración del investigador.- El propósito de este documento es solicitarle el permiso respectivo para que Ud. pueda participar en un estudio de investigación. Por favor lea atentamente lo siguiente.

Objetivo.- A través del siguiente estudio se quiere determinar las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, 2016

Procedimiento.- Ud. deberá responder el instrumento en un tiempo no mayor de 15 minutos. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio.

La participación en este estudio, no le ocasionara ningún peligro, ni daño físico ni psicológico. La participación de este estudio es voluntaria. La información que se proporcione será confidencial, ya que solo serán utilizados por el investigador para fines de estudio.

.....
Firma de la madre

.....
Firma del investigador

ANEXO D
TABLA DE CONCORDANCIA- PRUEBA BINOMIAL
JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUECES								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
TOTAL									0.059

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

Los resultados obtenidos por cada juez fueron menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es significativa.

ANEXO E
DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

n = tamaño muestral

E= error de estimación 10% = 0.1

Z = 1.96 para el 95% de confiabilidad

N= Tamaño de la población

P = Proporción poblacional = 0.5

Q= (1- P) = 0.5

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 243}{0.1^2 \times (243 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 53$$

ANEXO F

TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES

EDAD DE LA MADRE	CÓDIGO
15-19	1
20-29	2
30-39	3
40-50	4
NÚMERO DE HIJOS	CÓDIGO
1 -2	1
3- 4	2
5 a más	3
EDAD DEL NIÑO	CÓDIGO
6 meses – 11 meses 29 días	1
12 meses - 23 meses 2 días	2
24 meses - 36 meses	3

DATOS ESPECÍFICOS

DIMENSIÓN SEGÚN ÍTEM	TD	D	I	D	TA
PREPARACIÓN					
Es importante lavarse las manos antes de preparar las chispitas	1	2	3	4	5
Es innecesario lavarse las manos para preparar las chispitas	5	4	3	2	1
Es necesario separar 2 cucharadas de la comida del niño en otro plato para poder recién agregar las chispitas	1	2	3	4	5
Es mejor echar las chispitas en toda la comida del niño	5	4	3	2	1

Es importante verificar que los sobres de las chispitas se encuentran cerrados antes de dárselos al niño	1	2	3	4	5
Se puede utilizar los sobres de las chispitas que han sido abiertos anteriormente	5	4	3	2	1
Es importante verificar que los sobres de las chispitas que se van a utilizar no hayan estado expuestos al sol	1	2	3	4	5
Da lo mismo utilizar las chispitas que han sido o no expuestos al sol	5	4	3	2	1
Es bueno agregar las chispitas en comidas de consistencia espesa, como el puré	1	2	3	4	5
Es mejor agregar las chispitas en comidas de consistencia líquidas como las sopas o agüitas	5	4	3	2	1
Es agradable para el niño echar las chispitas en comidas tibias	1	2	3	4	5
Las chispitas solo son beneficiosos si se agregan en comidas calientes	5	4	3	2	1
ADMINISTRACIÓN					
Es necesario que el niño consuma primero la porción de comida donde se agregó las chispitas	1	2	3	4	5
La porción de comida donde se agregó las chispitas, se le puede dar al final	5	4	3	2	1
Las chispitas son importantes porque ayudan a prevenir la anemia en el niño	1	2	3	4	5
Solo a los niños que tienen anemia se le debe dar las chispitas	5	4	3	2	1
Es importante que los niños reciban todos los días las chispitas	1	2	3	4	5
El niño debe consumir las chispitas solo cuando las acepta	5	4	3	2	1
Es necesario suspender el consumo de las chispitas al niño cuando se encuentre tomando antibióticos	1	2	3	4	5
Es necesario seguir dando las chispitas al niño cuando está	5	4	3	2	1

tomando antibióticos					
Es suficiente que el niño consuma solo 1 sobre de las chispitas al día.	1	2	3	4	5
Es mejor darle al niño más de 1 sobre de chispitas al día para evitar la anemia.	5	4	3	2	1
Es bueno que los niños que reciben las chispitas consuman alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita	1	2	3	4	5
El niño que consume las chispitas no debe ingerir alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita	5	4	3	2	1
Es importante que el niño consuma alimentos ricos en vitamina C porque de esa manera favorece la absorción de las chispitas	1	2	3	4	5
El consumo de la vitamina C como los cítricos no permiten la absorción de las chispitas en el organismo de los niños	5	4	3	2	1
Es perjudicial para la absorción de las chispitas que el niño tome infusiones como té, anís y manzanilla	1	2	3	4	5
Es bueno que el niño tome infusiones como té, anís y manzanilla para que se absorban mejor las chispitas	5	4	3	2	1

ANEXO G

TABLA MATRIZ DE DATOS

Personas encuestados	Datos generales			Preparación																subtotal	
	Edad de la madre	Número de hijos	Edad del niño	Lavado de manos		Sub subtotal	Separar comida y mezclarla con multimicronutrientes		sub subtotal	Apertura del sobre de multimicronutrientes				sub subtotal	Consistencia de la comida		sub subtotal	Temperatura de la comida			sub subtotal
				25	13		26	14		20	24	23	8		7	27		6	9		
1	3	4	2	5	5	10	4	5	9	5	4	4	4	17	4	4	8	2	2	4	48
2	2	1	2	4	2	6	2	2	4	4	4	2	3	13	5	4	9	2	2	4	36
3	3	1	1	4	4	8	3	3	6	4	4	4	4	16	2	2	4	4	4	8	42
4	1	1	1	5	4	9	5	5	10	4	4	4	4	16	4	3	7	2	2	4	46
5	1	1	1	4	5	9	4	5	9	5	4	5	4	18	5	4	9	2	2	4	49
6	2	1	2	4	4	8	2	2	4	3	4	2	4	13	4	2	6	2	2	4	35
7	2	2	2	4	4	8	2	4	6	3	4	4	4	15	4	4	8	4	4	8	45
8	3	2	2	4	5	9	3	2	5	5	4	4	4	17	3	4	7	4	4	8	46
9	3	1	2	2	4	6	4	4	8	4	4	4	4	16	4	4	8	2	2	4	42
10	2	1	3	5	5	10	2	1	3	4	5	5	5	19	4	3	7	5	4	9	48
11	2	1	2	5	5	10	3	2	5	4	5	4	5	18	5	5	10	1	1	2	45
12	2	1	2	4	4	8	5	4	9	4	4	4	3	15	3	4	7	4	5	9	48
13	1	1	1	4	4	8	2	2	4	4	4	4	4	16	4	5	9	4	4	8	45
14	2	2	1	4	2	6	3	2	5	2	5	4	4	15	5	4	9	2	2	4	39
15	2	1	2	5	4	9	2	4	6	5	5	4	4	18	2	2	4	4	4	8	45
16	3	3	3	5	4	9	2	2	4	4	4	5	4	17	4	4	8	5	4	9	47
17	3	2	2	5	5	10	5	4	9	5	2	2	4	13	5	5	10	4	4	8	50
18	1	2	1	5	4	9	5	4	9	5	3	4	4	16	5	4	9	3	4	7	50
19	2	1	2	4	4	8	5	4	9	4	4	5	4	17	4	4	8	2	2	4	46
20	2	2	1	4	2	6	2	1	3	4	4	4	4	16	4	2	6	4	4	8	39
21	3	4	2	4	5	9	2	5	7	4	5	4	4	17	4	5	9	2	2	4	46
22	1	1	1	4	4	8	2	2	4	4	4	4	4	16	5	4	9	4	4	8	45
23	2	1	3	4	4	8	2	2	4	4	4	4	4	16	2	3	5	2	2	4	37

24	2	1	2	4	5	9	5	5	10	4	4	5	4	17	4	4	8	2	2	4	48
25	3	1	1	4	4	8	3	2	5	5	4	4	4	17	4	4	8	2	2	4	42
26	2	2	2	4	4	8	5	5	10	4	4	5	4	17	4	2	6	5	5	10	51
27	1	1	1	4	5	9	3	3	6	5	4	3	3	15	5	4	9	2	2	4	43
28	1	1	1	5	5	10	2	2	4	4	4	4	4	16	4	2	6	1	1	2	38
29	3	2	2	4	4	8	3	2	5	5	4	5	4	18	5	4	9	2	2	4	44
30	2	1	2	4	5	9	5	4	9	4	4	5	4	17	4	4	8	4	4	8	51
31	3	4	2	4	4	8	4	4	8	4	4	4	4	16	4	4	8	4	4	8	48
32	2	1	3	4	4	8	2	2	4	4	4	3	3	14	2	4	6	2	2	4	36
33	2	2	1	2	4	6	1	2	3	5	3	4	4	16	4	5	9	2	2	4	38
34	2	2	2	4	4	8	4	4	8	4	4	4	4	16	5	5	10	4	4	8	50
35	2	1	2	4	5	9	2	2	4	4	4	4	4	16	4	2	6	2	2	4	39
36	3	4	1	4	5	9	5	4	9	4	4	4	3	15	4	4	8	4	4	8	49
37	2	1	2	5	5	10	2	1	3	4	4	5	4	17	2	4	6	2	1	3	39
38	1	1	1	4	4	8	4	5	9	5	4	5	4	18	4	2	6	3	4	7	48
39	2	1	3	4	4	8	3	3	6	2	4	5	5	16	4	4	8	5	4	9	47
40	2	2	2	4	5	9	3	2	5	4	4	4	4	16	5	4	9	2	1	3	42
41	2	1	2	4	4	8	3	3	6	4	4	5	4	17	4	3	7	2	2	4	42
42	2	1	1	4	5	9	2	2	4	5	4	5	5	19	4	4	8	4	4	8	48
43	3	2	2	4	4	8	3	1	4	4	4	4	4	16	4	2	6	5	4	9	43
44	3	2	3	5	4	9	2	2	4	4	4	4	3	15	4	4	8	4	4	8	44
45	1	1	1	4	2	6	4	5	9	4	4	4	4	16	4	3	7	2	2	4	42
46	2	1	2	5	5	10	3	2	5	5	4	4	4	17	4	4	8	5	4	9	49
47	3	3	3	5	4	9	5	5	10	4	4	4	4	16	5	4	9	1	1	2	46
48	2	1	1	4	4	8	4	4	8	4	4	4	3	15	4	4	8	2	2	4	43
49	1	1	1	4	2	6	4	4	8	4	2	4	4	14	4	3	7	2	2	4	39
50	1	2	2	4	4	8	2	2	4	4	4	5	4	17	4	2	6	2	2	4	39
51	2	1	2	4	4	8	2	2	4	2	4	5	4	15	5	4	9	5	5	10	46
52	2	2	2	4	4	8	3	3	6	4	4	4	4	16	4	2	6	2	1	3	39
53	3	2	2	4	5	9	2	2	4	4	4	4	3	15	5	4	9	2	2	4	41

Administración																								
Dar de comer al niño la mezcla preparada				sub subtotal	Frecuencia				sub subtotal	Cantidad		sub subtotal	Alimentos ricos en hierro hem		sub subtotal	Alimentos que favorecen la absorción del hierro no hem		sub subtotal	Bebidas que bloquean la absorción del hierro no hem		sub subtotal	subtotal	TOTAL	
4	11	1	3		18	21	15	10		22	17		12	2		28	19		16	5				
4	4	5	5	18	4	5	4	5	18	5	5	10	4	4	8	2	2	4	4	5	9	67	115	
2	2	3	3	10	4	4	3	3	14	2	2	4	2	2	4	3	3	6	4	4	8	46	82	
2	1	4	4	11	4	2	2	2	10	5	4	9	4	4	8	2	2	4	2	2	4	46	88	
2	2	4	5	13	4	4	2	2	12	4	4	8	4	4	8	3	3	6	2	2	4	51	97	
4	3	5	4	16	5	4	3	2	14	5	3	8	5	4	9	2	1	3	5	4	9	59	108	
2	2	4	4	12	2	2	4	4	12	4	4	8	4	4	8	3	3	6	2	3	5	51	86	
4	4	3	3	14	4	4	2	2	12	4	3	7	4	4	8	2	2	4	2	4	6	51	96	
1	2	4	4	11	4	2	2	2	10	4	4	8	4	4	8	3	4	7	2	5	7	51	97	
4	4	4	4	16	4	4	1	2	11	2	2	4	4	4	8	5	3	8	2	2	4	51	93	
4	4	5	5	18	2	2	3	3	10	5	5	10	4	5	9	4	5	9	3	5	8	64	112	
2	2	4	4	12	5	5	1	2	13	5	5	10	5	5	10	3	5	8	1	1	2	55	100	
5	3	5	4	17	4	2	3	3	12	5	4	9	5	4	9	2	2	4	5	5	10	61	109	
2	1	3	3	9	5	4	4	4	17	4	4	8	2	2	4	2	2	4	4	4	8	50	95	
2	1	4	2	9	4	2	2	2	10	4	2	6	5	4	9	4	4	8	3	3	6	48	87	
2	2	5	4	13	3	2	5	5	15	5	4	9	5	5	10	2	5	7	5	5	10	64	109	
4	4	4	4	16	4	4	4	4	16	4	4	8	4	5	9	4	4	8	4	4	8	65	112	
5	3	4	5	17	5	4	2	2	13	4	5	9	4	5	9	5	5	10	3	4	7	65	115	
2	2	4	4	12	5	4	3	4	16	4	5	9	5	4	9	5	4	9	5	4	9	64	114	
2	2	4	4	0	4	4	2	2	12	3	4	7	3	4	7	3	2	5	4	1	5	36	82	
1	2	5	4	12	4	4	2	2	12	4	4	8	4	4	8	3	3	6	1	1	2	48	87	
4	4	5	4	17	4	4	3	3	14	4	5	9	5	4	9	4	4	8	5	4	9	66	112	
2	2	5	4	13	5	4	1	2	12	4	4	8	4	4	8	3	3	6	2	2	4	51	96	
1	2	4	4	11	4	4	2	2	12	5	5	10	4	5	9	4	2	6	2	2	4	52	89	
5	4	4	4	17	5	4	2	2	13	5	4	9	4	4	8	4	4	8	5	4	9	64	112	
4	4	3	3	14	2	2	4	4	12	2	2	4	2	2	4	3	3	6	2	2	4	44	86	

4	5	5	5	19	4	4	3	2	13	4	5	9	5	5	10	4	3	7	4	5	9	67	118
2	2	5	4	13	5	4	2	1	12	4	4	8	4	4	8	2	2	4	3	3	6	51	94
2	1	4	4	11	4	2	2	2	10	4	5	9	4	4	8	4	4	8	2	1	3	49	87
2	2	4	2	10	4	4	2	2	12	5	3	8	3	3	6	2	2	4	2	3	5	45	89
4	4	5	4	17	5	5	4	4	18	4	4	8	5	4	9	5	4	9	2	2	4	65	116
5	4	3	3	15	4	4	5	4	17	5	4	9	5	4	9	3	3	6	4	5	9	65	113
2	2	5	4	13	4	4	2	2	12	4	2	6	5	5	10	2	2	4	4	4	8	53	89
4	2	4	4	14	5	4	2	2	13	4	4	8	4	4	8	2	1	3	2	2	4	50	88
5	4	4	4	17	2	2	4	4	12	4	5	9	4	5	9	3	5	8	5	4	9	64	114
2	2	5	4	13	4	4	4	4	16	5	4	9	5	4	9	4	4	8	5	5	10	65	104
4	2	3	3	12	4	4	2	1	11	4	4	8	4	4	8	2	1	3	2	2	4	46	95
2	2	4	4	12	4	3	2	2	11	4	3	7	3	3	6	4	4	8	3	3	6	50	89
2	2	4	4	12	5	5	3	4	17	4	4	8	4	4	8	5	4	9	5	5	10	64	112
2	2	5	5	7	4	4	3	3	14	4	5	9	4	5	9	5	4	9	4	5	9	57	104
4	4	4	4	16	5	4	2	2	13	4	4	8	4	5	9	2	1	3	2	2	4	53	95
4	4	3	3	14	4	4	2	1	11	4	4	8	4	4	8	4	5	9	2	2	4	54	96
4	4	5	4	17	2	2	5	4	13	4	4	8	5	5	10	4	4	8	5	4	9	65	113
2	2	4	4	12	5	2	2	2	11	4	4	8	4	4	8	4	4	8	3	3	6	53	96
1	2	4	4	11	2	2	4	4	12	4	4	8	4	4	8	2	2	4	1	2	3	46	90
2	2	5	4	13	5	4	2	2	13	2	2	4	3	3	6	2	2	4	2	5	7	47	89
5	4	4	2	15	4	4	3	3	14	4	4	8	4	4	8	5	4	9	5	5	10	64	113
1	2	5	4	12	4	3	2	2	11	4	4	8	4	4	8	4	5	9	1	1	2	50	96
4	4	4	4	16	4	4	2	1	11	4	4	8	4	4	8	4	4	8	2	1	3	54	97
4	4	3	3	14	5	4	4	4	17	4	4	8	4	4	8	2	2	4	2	2	4	55	94
2	2	4	4	12	2	2	2	4	10	4	5	9	5	4	9	3	3	6	4	4	8	54	93
2	3	5	4	14	4	4	5	4	17	5	5	10	5	4	9	5	5	10	2	2	4	64	110
2	1	4	4	11	4	2	2	2	10	4	4	8	4	4	8	3	3	6	2	2	4	47	86
2	2	5	5	14	5	4	4	4	17	4	4	8	4	4	8	4	4	8	1	1	2	57	98

ANEXO H
MEDICION DE LA VARIABLE

Favorable (F): 80-100%

Desfavorable (D): <80%

28 enunciados en total

5 categorías para marcar: Totalmente en desacuerdo, desacuerdo,

indiferente, de acuerdo y totalmente de acuerdo

$28 \times 5 = 140$ -----puntaje máximo

140 -----100%

x -----80%

$x = 112$ puntos

Por lo tanto desde 112 a 140 puntos es favorable.

ANEXO I

DATOS GENERALES DE LAS MADRES Y NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIATEGUI LIMA-PERÚ 2016

DATO	Nº	%
EDAD		
15-19	11	21
20-29	27	51
30-39	15	28
40-50	0	0
TOTAL	53	100
NÚMERO DE HIJOS		
1 -2	47	89
3- 4	6	11
5 a más	9	0
TOTAL	53	100
EDAD DEL NIÑO		
6 meses – 11 meses 29 días	18	34
12 meses - 23meses 2 días	28	53
24 meses - 36 meses	7	13
TOTAL	53	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños de 6 a 36 meses del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, 2016

ANEXO J

ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES HACIA LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES SEGÚN DIMENSIONES EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI LIMA-PERÚ 2016

DIMENSIONES	FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PREPARACIÓN	51	96	2	4	53	100
ADMINISTRACIÓN	46	87	5	13	53	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños de 6 a 36 meses del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui 2016

ANEXO K

ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES HACIA LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN LA DIMENSIÓN PREPARACIÓN SEGÚN ITEM EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI LIMA-PERÚ 2016

Nº	ITEM	FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
25	Es importante lavarse las manos antes de preparar las chispitas	51	96	2	4	53	100
13	Es innecesario lavarse las manos para preparar las chispitas	46	87	5	13	53	100
26	Es necesario separar 2 cucharadas de la comida del niño en otro plato para poder recién agregar las chispitas	19	36	34	64	53	100
14	Es mejor echar las chispitas en toda la comida del niño	22	42	31	58	53	100
20	Es importante verificar que los sobres de las chispitas se encuentran cerrados antes de dárselos al niño	48	91	5	9	53	100
24	Se puede utilizar los sobres de las chispitas que han sido abiertos anteriormente	50	94	3	6	53	100
23	Es importante verificar que los sobres de las chispitas que se van a utilizar no hayan estado expuestos al sol	46	87	7	13	53	100
8	Da lo mismo utilizar las chispitas que han sido o no expuestos al sol	45	85	8	15	53	100
7	Es bueno agregar las chispitas en comidas de consistencia espesa, como el puré	46	87	7	13	53	100
27	Es mejor agregar las chispitas en comidas de consistencia líquidas como las sopas o agüitas	36	68	17	32	53	100
6	Es agradable para el niño echar las chispitas en comidas tibias	22	42	31	58	53	100
9	Las chispitas solo son beneficiosos si se agregan en comidas calientes	24	45	29	55	53	100

ANEXO L

ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES HACIA LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN LA DIMENSIÓN ADMINISTRACIÓN SEGÚN ITEM EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI LIMA-PERÚ 2016

Nº	ITEM	FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
4	Es necesario que el niño consuma primero la porción de comida donde se agregó las chispitas	23	43	30	57	53	100
11	La porción de comida donde se agregó las chispitas, se le puede dar al final	18	34	35	66	53	100
1	Las chispitas son importantes porque ayudan a prevenir la anemia en el niño	45	85	8	15	53	100
3	Solo a los niños que tienen anemia se le debe dar las chispitas	42	79	11	21	53	100
18	Es importante que los niños reciban todos los días las chispitas	45	85	8	15	53	100
21	El niño debe consumir las chispitas solo cuando las acepta	36	68	17	32	53	100
15	Es necesario suspender el consumo de las chispitas al niño cuando se encuentre tomando antibióticos	15	28	38	72	53	100
10	Es necesario seguir dando las chispitas al niño cuando está tomando antibióticos	18	34	33	66	53	100
22	Es suficiente que el niño consuma solo 1 sobre de las chispitas al día.	48	91	5	9	53	100
17	Es mejor darle al niño más de 1 sobre de chispitas al día para evitar la anemia.	43	81	10	19	53	100
12	Es bueno que los niños que reciben las chispitas consuman alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita	46	87	7	13	53	100
2	El niño que consume las chispitas no	47	89	6	11	53	100

	debe ingerir alimentos ricos en hierro como el hígado, bazo y la sangrecita						
28	Es importante que el niño consuma alimentos ricos en vitamina C porque de esa manera favorece la absorción de las chispitas	23	43	30	57	53	100
19	El consumo de la vitamina C como los cítricos no permiten la absorción de las chispitas en el organismo de los niños	25	47	28	53	53	100
16	Es perjudicial para la absorción de las chispitas que el niño tome infusiones como té, anís y manzanilla	21	40	32	60	53	100
5	Es bueno que el niño tome infusiones como té, anís y manzanilla para que se absorban mejor las chispitas	24	45	29	55	53	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres de niños de 6 a 36 meses del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, 2016