

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Actitudes de madres respecto a la suplementación de
Micronutrientes en menores de 3 años. Centro de Salud
San José, 2019**

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en
Enfermería

Autor

Mondragón Jara Lito

Asesor

Mg. Mejías Ramírez Rosa Alicia

Piura – Perú

2020

1. Palabra claves:

Actitudes, madres, suplementación, micronutrientes

Tema Actitudes de madres respecto a la suplementación de
Micronutrientes en menores de 3 años.

Especialidad Enfermería

Keywords Attitudes, mothers, supplementation, micronutrient

Topic Mother attitudes regarding supplementation the
micronutrients in children under 3 years

Specialty Nursing

Área Ciencias Médicas y de Salud

Sub área Ciencias de la Salud

Disciplina Enfermería

Línea de investigación: Desarrollo del Cuidado Enfermero

2. Título:

**Actitudes de madres respecto a la suplementación de
Micronutrientes en menores de 3 años. Centro de Salud San José,
2019**

3. Resumen

La presente investigación titulada como Actitudes de madres respecto a la suplementación de Micronutrientes en menores de 3 años. Centro de Salud San José, 2019. Fue de tipo cuantitativo, con nivel aplicativo y prospectivo. Teniendo una muestra de 113 madres, adquirida mediante la fórmula de la población finita. La técnica que se usó es la encuesta y el instrumento una Escala tipo Likert modificada. Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 23, en donde se tabularon los datos en frecuencias y porcentajes.

Como resultado obtuvimos que la edad de la madre fue de 30 años a más con un 57.5% (65), tienen entre 2-3 hijos con un 46.0% (52), y la edad de niño entre 6 a 12 meses con un 49.6% (56), con respecto a los objetivos específicos las actitudes son no favorable en la dimensión preparación de micronutrientes con un 60.2% (68), las actitudes son no favorable en la dimensión administración de micronutrientes con un 59.3% (67), con respecto al objetivo general las actitudes son no favorable con respecto a la suplementación de micronutrientes con un 59.3% (67).

Como conclusión, las actitudes no son favorables de las madres con respecto a la administración de Micronutrientes, del Centro de Salud San José, 2019.

Palabras clave: Actitudes de madres, Suplementación de Micronutrientes.

4. Abstract

The present investigation titled as Attitudes of mothers regarding the supplementation with Micronutrients under 3 years. San José Health Center, 2019. It was of quantitative type, application level, cross-sectional prospective method. The sample was 113 mothers obtained using the finite population formula. The technique was the survey and the instrument a modified Likert Scale. The statistical program SPSS v. 23, where the data in frequencies and percentages were tabulated.

As a result, we obtained that the mother's age was 30 years or more with 57.5% (65), they have between 2-3 children with 46.0% (52), and the age of a child between 6 and 12 months with a 49.6 % (56), regarding the specific objectives, attitudes are not favorable in the micronutrient preparation dimension with 60.2% (68), attitudes are not favorable in the micronutrient administration dimension with 59.3% (67), with With respect to the general objective, attitudes are not favorable with respect to micronutrient supplementation with 60.2% (68).

In conclusion, attitudes are not favorable for mothers regarding micronutrient supplementation, from the San José Health Center, 2019.

Key words: Mothers' attitudes, Micronutrient Supplementation

Índice

Palabras clave	2
línea de investigación	2
Título	3
Resumen	4
Abstrac	5
Índice	6
Índice de Tablas	7
Índice de Figuras	8
Introducción	9
Metodología	53
Resultados	56
Análisis y Discusión	62
Conclusiones y Recomendaciones	66
Referencia Bibliográfica	68
Anexos y Apéndice	73

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 01	Datos generales de las madres y niños menores de 3 años suplementados en el Centro de Salud San José – 2019.	56
Tabla 02	Actitudes de las madres con respecto a la suplementación de micronutrientes en la dimensión preparación del Centro de Salud San José – 2019.	58
Tabla 03	Actitudes de madres con respecto a la suplementación de micronutrientes en la dimensión administración del Centro de Salud San José – 2019	59
Tabla 04	Actitudes de madres con respecto a la suplementación de micronutrientes en niños menores de 3 años en el Centro de Salud San José – 2019.	60

Índice de Figuras

Figura 1	Grupo de edad de las madres de niños menores de 3 años en el Centro de Salud San José - 2019	57
Figura 2	Número de hijos de las madres atendidas en el Centro de Salud San José - 2019	57
Figura 3	Edad de los niños Atendidos en la suplementación de nutrientes en el Centro de Salud San José – 2019.	58
Figura 4	Actitud de las Madres con respecto a la suplementación en la dimensión preparación en el Centro de Salud San José – 2019.	59
Figura 5	Actitudes de las madres con respecto a la suplementación de micronutrientes en la dimensión administración en el Centro de Salud San José – 2019	60
Figura 6	Actitud de las madres con respecto a la suplementación de micronutrientes en niños menores de 3 años en el Centro de Salud San José – 2019	61

5. Introducción

5.1 Antecedentes y fundamentación científica

5.1.1 Antecedentes

Cala E., (2012) realizó un estudio en La Paz, Bolivia, titulado "Estudio sobre el consumo de micronutrientes por madres de madres de 6 a 23 meses en Pola Calabco-La Paz" Su objetivo es determinar las opiniones de la madre sobre el consumo de alimentos nutritivos asignados a los niños (no mayores de 2 años). La investigación es de tipo cualitativo, método descriptivo, la técnica fue la entrevista a profundidad y el instrumento la lista de control. Entre estas conclusiones, tenemos la siguiente: "El responsable final del cuidado del niño recae en el padre o cuidador, lo que significa adquirir nuevas técnicas y esfuerzos para satisfacer las necesidades de su hijo o hija. Esta es una razón más para promover lo primordial que es el consumo de chispitas en evitar la carencia de hierro, los efectos para la salud y las posibles consecuencias adversas y su manejo."

Galindo M. (2012), en Bogotá en Colombia, llevó a cabo una investigación titulada "Efecto de la fortificación en casa con micronutrientes en polvo, como un procedimiento de intervención contra la carencia de micronutrientes en población infantil de 12 hasta 59 meses, de cuatro municipios del departamento de Atlántico, que pertenecen a programas de complementación alimentaria en el año 2013" , El objetivo fue evaluar el efecto de los micronutrientes en polvo en la estrategia de defensa familiar de la población infantil. La muestra consta de 957 niños entre las edades de 12

y 59 meses, que forman parte de un programa de suplementos alimenticios realizado mediante raciones o empaques de alimentos. La conclusión es: "En cuanto a la dosificación de micronutrientes en polvo, está claro que el 95.2% de las madres que toman micronutrientes en polvo en sus hijos tienen un cambio positivo, y solo el 71% de las madres informan que tienen micronutrientes en polvo. Después de recibir capacitación en temas de nutrición, el 94% dijo que ha implementado las recomendaciones dadas, lo que indica la necesidad de fortalecer las actividades educativas para todos los involucrados en dicho proceso."

Ruiz A. (2010), en Rio Baba, Ecuador, realizó un estudio acerca de "Evaluación de la fase uno del programa de suplementación con hierro chis-paz en los niveles de hemoglobina en niños con menos de cinco años, provincia de Chimborazo, 2010", El propósito fue estimar la primera etapa del nivel de hemoglobina en el programa de suplementación de hierro Chis Paz para niños menores de cinco años. La investigación es un proyecto cuasi-experimental. Esta población incluye 337 personas de 0 a 59 meses de edad que han aplicado la técnica HemoCue, que incluye la recolección de muestras de sangre capilar de los dedos de las manos de los niños. Los resultados concluyen: "Al comienzo del programa, el 90% de los niños tenían un nivel de hemoglobina de 11.5 mg / dl. Aunque en la siguiente evaluación después de la primera provisión de suplementos de chis-paz (micronutrientes), sólo el 25% de los niños poseían hemoglobina por debajo

de 11.5 mg / dl, pero la conclusión es que el nivel de hemoglobina aumenta drásticamente con la participación del niño al programa de las Chis-Paz”.

García C. (2015), en Lima llevo a cabo una investigación acerca de los “Conocimientos del padre de la población infantil acerca de la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un establecimiento de salud del MINSA 2015”, El propósito fue establecer el conocimiento de los padres de los niños acerca los diversos micronutrientes en el polvo. La investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población está compuesta por los padres que participan en la clínica de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud MINSA. La muestra se obtuvo por muestreo probabilístico compuesto por 47 pacientes. Las conclusiones incluyen: "Los padres poseen suficiente información acerca de la elaboración y el manejo de múltiples micronutrientes, lo que promoverá un buen desarrollo físico y psicológico y evitará la anemia.”

Espichán P. (2012), en Lima se realizó una investigación acerca 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” La finalidad fue comprobar las circunstancias de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al alza 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 terminaron la dosis de suplementación con Sprinkles, de 10 Asentamientos

Humanos de la Municipalidad de San Martín de Porres quienes recibieron este beneficio del “Programa de Lucha Contra la desnutrición infantil”, en el semestre julio-diciembre del 2012. La conclusión es: "Los factores que más afectan el cumplimiento del tratamiento, que a su vez están relacionados con el aumento de la hemoglobina, son factores relacionados con la persona que brinda el tratamiento (90%), incluidos el olvido, la motivación y el miedo a que aparezcan efectos desfavorables; seguido de eso: factores que se relacionan con el procedimiento (87%), como efectos secundarios, tiempo de procedimiento; factores que se relacionan con el personal encargado de salud (81.3%), incluido el tiempo para monitorear el suplemento, el conocimiento y la innovación de información del personal de salud en la prevención de la anemia; factores sociales (74%) es principalmente las actividades diarias de preparación y manejo de suplementos.”

5.1.2 Fundamentación Científica.

5.1.2.1 Alimentación en niños de 6 a 36 meses

Desde que nace y a todo lo largo de su existencia, la nutrición desarrolla un papel primordial en el equilibrio del progreso y el sostenimiento de la salud. Cada una de las etapas de la vida poseen algunas particularidades, y estas particularidades deben tenerse en cuenta al diseñar la dieta en esta etapa.

La infancia es la etapa más grande de aumento y desarrollo físico. Lo que esto refiere que los alimentos no sólo deben brindar energía para

mantener funciones vitales, sino también satisfacer las mayores necesidades relacionadas con el crecimiento y la madurez.

Esta es también la etapa para desarrollar y consolidar el hábito y durar toda la vida. Por lo que es imprescindible facilitar las condiciones que hacen que los hábitos alimenticios sean saludables. Las dietas apropiadas pueden conservar el estado de salud de la mayoría de las poblaciones y prevenir deficiencias, y también juegan un papel notable en la prevención de ciertas enfermedades crónicas. (Alimentación Saludable, 2011)

Grupos de alimentos

Así como cambia de alimentos entre y dentro de los 7 grupos, las recetas para los platos diarios también deberían ser diferentes.

Cereales: Tubérculos y derivados: Cereales como el maíz, arroz, avena, etc., tubérculos como las papas y sus derivados como la harina de trigo, pan, fideos, almidón, etc. Están compuestos primordialmente de carbohidratos, que es la base fundamental de energía del cuerpo humano; por lo tanto, deben formar parte de la base de los alimentos, en especial en la infancia, debido a la alta demanda de energía. El tamaño de la porción es de 100 gramos de papas cocidas (1 papa pequeña) o 75 gramos de pasta / arroz (1 sartén).

Frutas: Son cruciales en la dieta del día a día, poseen vitamina A y C, minerales (potasio y fósforo), carbohidratos simples y complejos, agua y fibra. Tome 2-3 piezas pequeñas al día (150-200 gramos por día).

Verduras: Los vegetales de hoja verde oscuro como acelgas, espinacas, perejil, que contiene calcio, hierro, vitamina B, vitamina C y vitamina A. Las verduras rojizas y amarillentas, como las zanahorias, los tomates, la calabaza, el maíz, etc., poseen vitamina A, C y minerales. Además proporcionan agua, fibra y antioxidantes como el caroteno, las vitaminas C y E. Se aconseja consumir 2 porciones por día (aproximadamente 150 gramos por día). La porción cruda (ensalada). Puesto que cocinar puede destruir ciertas vitaminas, así que intente cocinar con una pequeña cantidad de agua en una olla sellada.

Leche y derivados: Los derivados lácteos como la leche, yogurt, queso o queso fresco, pueden proporcionar proteínas y minerales muy importantes, así tenemos al calcio. Así como las vitaminas A, D, tiamina, riboflavina, niacina y ácido fólico, también sobresale su composición de fósforo, magnesio, potasio y zinc. Se debe ingerir de 3 a 4 porciones (500-700cc) por día. Una porción de comida equivale a 125/150 ml de leche o yogurt o una rebanada de queso o media porción de queso individual.

Carnes, legumbres secas y huevos: Todas las carnes de este grupo, como la carne de res, pollo, pescado y huevos, poseen nutrientes

de alta calidad, hierro, potasio, fósforo, vitaminas B, ácidos grasos saturados, colesterol, y se pueden comer en frijoles secos como son la soja, garbanzos, guisantes secos, lentejas, maní y otros alimentos vegetales, ricos en proteínas. Se aconseja comer 3/4 veces por semana (porción de 40-60 gramos; se agregarán aproximadamente 10 gramos cada año). Cuando la carne se introduce por primera vez, a los seis meses, comenzará con 10/15 gramos y aumentará gradualmente a 40 gramos por año.

Se aconseja comer diversas clases de pescado (blanco y azul) y cocinarlos en el horno y asarlos a la parrilla o a la plancha. (50-70 gramos por porción; aproximadamente 10 gramos aumentarán cada año). Es importante que el pescado no tenga espinas.

Los niños deben comer legumbres de 2 a 3 veces por semana. El peso base es de 30/40 gramos. (Crudo) Plato principal (cocinado en una olla) o 20 gramos de guarnición. Comer legumbres cocidas puede garantizar una cierta cantidad de carbohidratos de absorción lenta.

Azúcares o mieles: Este grupo de alimentos debe consumirse con moderación porque proporcionan muchas calorías y generalmente contienen grandes cantidades de azúcares simples y pocos nutrientes como las vitaminas.

Grasas: Se aconseja usar aceites vegetales para cocinar, como el aceite de maíz, el aceite de oliva, el aceite de girasol y el aceite de soja.

El consumir regularmente alimentos fritos y comidas ricas en grasas saturadas y ácidos grasos trans puede aumentar el colesterol en la sangre y el peligro de enfermedades del corazón. (Rioja Salud, 2015)

Factores de riesgo

Factores sociodemográficos y económicos: disponibilidad de alimentos

El patrón de consumo de alimentos de los países pobres es caracterizado por una dieta monótona, en la cual los alimentos básicos proporcionan el 60-90% del aporte energético, hay menos productos animales en la proporción cuantitativa y el aporte de glucósidos es mayor (generalmente una forma de azúcar complejo) Consumo prudente de proteínas (principalmente vegetales) y alto consumo de fibra.

Las características del consumo de alimentos están influenciadas por muchos factores, incluido el bajo nivel educativo de los padres, la aglomeración y los bajos recursos, la calidad y el uso de las comidas, la ubicación geográfica, la lactancia materna incorrecta y la elaboración de alimentos en el destete.

Factores culturales: hábitos alimentarios

Los factores que alteran la elección de la alimentación de la madre y pueden afectar el estado de nutrición incluyen modelos de crianza de los padres, cuidado y nutrición infantil, ambiente familiar,

prioridades alimentarias, tabúes, religión, marco social, costumbres, nivel de cultura, ámbito educativo, hábitos de aseo, estado de salud, etc.

Factores sanitarios: nutrición e infecciones

El estado nutricional está rigurosamente enlazado con el sistema inmunitario, por lo que un estado alimenticio inadecuado limitará la facultad de respuesta del sistema inmunitario, reduciendo así la resistencia del sujeto a la infección. Las consecuencias de la nutrición y la infección en el organismo no solo se suman, sino que también se potencian para establecer un efecto sinérgico. La desnutrición puede exacerbar seriamente el estado inmune. Por lo tanto, los niños desnutridos tienen infecciones más graves. El estado nutricional es uno de los factores que determinan la gravedad de la diarrea aguda en niños pequeños.

Además de ciertas enfermedades infecciosas (como malaria, meningitis, neumonía, etc.), los niños con retraso en el desarrollo a causa de deficiencias nutricionales y enfermedades frecuentes también tendrán ataques de diarrea más graves.

Complicaciones

Malnutrición proteico-energética: La malnutrición proteica energética (MPE) es el problema nutricional más grave. En muchos países en desarrollo, la existencia de grupos vulnerables forma la base de

la MPE. Afectó gravemente durante los cinco años iniciales de la vida de un niño.

La malnutrición de los niños es el resultado de muchas causas, que por lo general están entrelazadas con la mala calidad de las comidas, la no adecuada ingesta de alimentos y las enfermedades infecciosas graves recurrentes, o en su mayoría de los casos, una combinación de todos estos factores. Las personas que están desnutridas tienen más probabilidades de infectarse y enfermarse.

Anemias nutricionales: La anemia a causa de ausencia de hierro es la deficiencia nutricional con mayor frecuencia en todo el mundo. Se ven afectadas particularmente mujeres con embarazo y niños pequeños. Se estima que alrededor de 2.000 millones de personas se ven afectadas, el 52% de ellas mujeres con embarazo y el 39% de los niños de cinco años a menos.

Una característica es que las formas de depósitos de hierro (ferritina y hemosiderina) se agotan. La segunda característica es que la saturación de transferrina se reduce a menos del 15%, y el suministro de hierro es insuficiente para producir glóbulos rojos en la médula ósea. Del mismo modo, una disminución en la hemoglobina puede causar microcitosis e hipocromía. En la tercera etapa, se produce anemia franca y la hemoglobina disminuye a un cierto nivel, lo que resulta en una disminución en la concentración de hemoglobina por debajo del valor de

referencia de los niños de la misma edad y sexo. El resultado es retraso del crecimiento, discapacidades del desarrollo mental y psicomotor, capacidad insuficiente para aprender actividades, dificultad para concentrarse y mayor exposición de infección.

Deficiencias vitamínicas: La xeroftalmia es una declaración clínica de falta de vitamina A, donde se ven afectados 100-140 millones de niños alrededor del mundo. En su peor forma, puede causar ceguera. Cada año, 500,000 niños son parcial o totalmente ciegos debido a este defecto; a poco tiempo de perder la vista, aproximadamente dos tercios de ellos mueren.

Además de las enfermedades a la vista, la deficiencia de vitamina A también puede cambiar el metabolismo celular y los mecanismos inmunes, aumentar la frecuencia a las infecciones y aumentar la exposición de muerte en niños en edad preescolar. La población con mayor riesgo son los niños mal nutridos con infecciones, y desarrollarán daños en la vista irreversibles que pueden conducir a la ceguera o incluso llevarlo a la muerte. (Montoya, 2014)

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

Finalidad:

Ayude a disminuir la presencia de anemia por falta de hierro en niños y niñas de hasta 36 meses de edad y proteja el estado de salud y el desarrollo de la primera infancia de esta población.

Objetivos:

Objetivo general

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

Objetivos específicos

- Establecer los esquemas de suplementación de 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 de 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 de multimicronutrientes y hierro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad.

Disposiciones generales

- La suplementación con multimicronutrientes y hierro múltiples es una participación diseñada para garantizar que los niños y niñas menores de 36 meses reciban oligoelementos para garantizar niveles adecuados de hierro en el cuerpo, evitar la anemia y promover su crecimiento y desarrollo.
- La suplementación de multimicronutrientes o hierro es parte de la "Atención médica integral para niños y niñas" y está dentro del "Plan básico de seguro de salud".
- Todos los niños y niñas menores de 36 meses que son atendidos en instituciones de salud pública dentro de este rango recibirán múltiples micronutrientes o suplementos de hierro gratuitamente.
- La suplementación con multimicronutrientes o hierro, se da inicio con o sin dosaje de hemoglobina. La prueba para el descarte de parasitosis intestinal no es indispensable para dar inicio a la suplementación con micronutrientes.
- En las instituciones que brindan servicios de atención médica en el campo del cuidado infantil y el cuidado infantil, se deben proporcionar varios micronutrientes o contenido de hierro y monitoreo del consumo de alimentos mediante la consulta correspondiente.

5.1.2.2 Suplementación con multimicronutrientes

Es un suplemento de vitaminas y minerales compuesto de fumarato ferroso microencapsulado con un contenido en polvo de 12.5 mg de hierro elemental por gramo de micronutrientes. También contiene zinc (5mg), ácido fólico (160ug), vitamina A (300ug), vitamina C (30mg) y malta de dextrina, que pueden ayudar al cuerpo a absorber mejor el hierro y evitar enfermedades.

Está encapsulado (capa de lípidos) para evitar la disolución del hierro en los alimentos y para evitar cambios sensoriales, y existe en forma de polvo seco (1 g) y se puede agregar a cualquier alimento sólido. (MINSa, 2014)

Componentes de los multimicronutrientes

Un sobre con Multimicronutrientes contiene:

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 MINSA/DGSP-V.01), 2014-Peru

Beneficios de los multimicronutrientes

Hierro

Es un mineral importante para los seres humanos. Existe en todas las células de un organismo y juega un papel fisiológico importante en diferentes reacciones bioquímicas. Los compuestos que tienen hierro se pueden dividir en:

Diversos procesos metabólicos, porque se descubrió que es una parte integral de la enzima y otros complejos moleculares. Entre sus propósitos principales, podemos citar: el transporte de oxígeno a través de la hemoglobina; la síntesis de ADN, que es parte de la ribonucleótido reductasa; y la transmisión de electrones, porque tienen la facultad de admitirlos y donarlos.

El rol del hierro en el ejercicio del sistema nervioso es trascendental. El hierro participa en la síntesis, degradación y asimilación de neurotransmisores, serotonina, dopamina y ácido gamma-aminobutírico (GABA). El recambio de hierro en el cerebro es lento; entonces, los defectos generados en las primeras etapas de la vida son complicados de corregir y persistirán. Además, el hierro es esencial para la mielinización. Las células oligodendríticas responsables de la

producción de mielina son los tipos de células que contienen principalmente hierro en el cerebro.

La forma en que influye este mineral en el hipocampo y el área de la memoria también es relevante. Por tanto, diversas enfermedades cerebrales degenerativas, como la enfermedad de Parkinson o la demencia, suelen originarse a partir de cambios en el metabolismo del hierro. Otras áreas con menos investigación están relacionadas con la deficiencia de hierro y las enfermedades hepáticas (por ejemplo, colelitiasis). Entre estos cambios, es probable que el colesterol 7- α -hidroxilasa (una enzima dependiente de hierro vinculada al sistema del citocromo) participe en la conversión del colesterol en ácido cólico. (Toxqui L. et. al., 2010).

Compuestos relacionados con las reservas de hierro; almacenados entre 5 y 25 mg / kg de peso corporal en forma de ferritina y hemosiderina. Su función es mantener el equilibrio en el cuerpo de hierro.

Cabe mencionar que la dosis de hierro en el cuerpo se controla mediante la absorción en el intestino, que a su vez depende de las necesidades nutricionales de todos y las causas que afectan la biodisponibilidad.

En este último, debemos mencionar la presencia de sustancias que reducen la absorción, como ácido fítico, tanino, fibra dietética, fosfato,

abundancia de cobre, zinc, etc. O los cuales la aumentan como lo son la vitamina C, ácido cítrico, vitamina A, carne comestible, pescado y otras sustancias.

Los principales factores que determinan si el hierro se ingiere completamente en el cuerpo son: la ingesta total de hierro en la dieta, la proporción de hémico a no hémico, si hay un activador y un inhibidor que absorba el hierro no hémico en la comida. (Del Aguila & Falen, 2005).

Es considerable recalcar que existen dos clases de hierro en la dieta, que tienen diferente biodisponibilidad. El hierro hémico está presente en las comidas de origen animal (tejido muscular, hígado, aves de corral, pescado) en forma de con hemoglobina y mioglobina, y es absorbido más naturalmente por la mucosa intestinal. El hierro no hémico, desarrollado en nutrientes con origen vegetal (frijoles, soya, hortalizas de hoja verde como repollo, espinaca) presenta una disponibilidad menor (Sato S. et. al, 2010).

Zinc

Actualmente, la importancia del zinc en el metabolismo es muy importante: es una parte integral de aproximadamente 100 enzimas, que están involucradas en la transformación de los carbohidratos, lípidos y proteínas. Síntesis de ácido nucleico y degradación de diferentes

enzimas. Anhidrasa carbónica, superóxido dismutasa, ARN / ADN polimerasa y alfa reductasa.

Por lo tanto, este micronutriente forma parte activa en el desarrollo y la maduración sexual, la curación de heridas, el metabolismo de la vitamina A, la regularización de la reacción inmune, la estabilidad de las membranas, la regulación del sabor y apertura del apetito, y como reactivo. Antioxidante (Sato S. et. al, 2010).

En los alimentos, el zinc está particularmente asociado con proteínas y ácidos nucleicos, lo que determinará su biodisponibilidad en cierto modo. A causa de la presencia de ácido fítico, esta es una baja biodisponibilidad de zinc en los alimentos vegetales, en cambio el ácido fítico es la principal forma de almacenamiento de fósforo en granos y legumbres, formando complejos insolubles con poca absorción.

El zinc se distribuye ampliamente en alimentos y bebidas, pero de la misma manera que en otros elementos, el contenido de zinc varía mucho y generalmente es bajo. Son alimentos de origen marino, esencialmente mariscos (ostras y crustáceos), el alimento más abundante en zinc, seguido de carnes rojas, productos lácteos y huevos, y granos enteros. Con la excepción de los frijoles, las verduras no son ricas en zinc.

Son fuentes pobres de zinc: las frutas, verduras, hortalizas, pescados y dulces (Rubio et. al., 2010).

Ácido fólico

El ácido fólico, como la vitamina B12, es un compuesto importante para prevenir algunas clases de anemia. El compuesto también se considera vitamina B9, ácido fólico, ácido fólico y ácido fólico.

Los humanos no logran sintetizar el ácido fólico y dependen del origen de alimentos; los folatos, generalmente, están en los nutrientes se hallan con forma de poliglutamatos, éstos, a su vez, deben ser transformados en monoglutamatos por una enzima intestinal conocida como conjugasa, facilitando con ello su asimilación en la parte alta del intestino delgado, ya que adentro, los monoglutamatos disipan su grupo metilo mediante una reacción que precisa de cianocobalamina, modificándose nuevamente en poliglutamatos.

El papel básico del ácido fólico es la de una coenzima esencial que da forma a múltiples compuestos clave, por ejemplo: la elaboración de proteínas nucleares es necesaria para la división celular y la propagación de características genéticas.

Implicada en la asimilación de tiamina, la tiamina es una vitamina necesaria para la formación de proteínas nucleares de ADN.

El ácido fólico realiza un papel de transmisión básica en el grupo C, que se utiliza para formar la hemoglobina del grupo hemo. (Secretaría de Salud, 2003)

El ácido fólico se inactiva por calentamiento durante la cocción, y se inactiva al estar expuesta a la luz ultravioleta mientras dura el almacenamiento. Por lo tanto, se calcula que aproximadamente el 50% del contenido inicial de ácido fólico en comidas se pierde durante la cocción. Cocer al vapor o freír causará una pérdida del 90% del contenido inicial de ácido fólico. Las verduras hervidas durante 8 minutos perderán aproximadamente el 70% del contenido de ácido fólico, principalmente al disolverse en agua de cocción.

Algunas verduras y hortalizas, entre las que destacamos: las remolachas, espinacas, acelgas, las coles, así como también los garbanzos, muestran un gran volumen de folatos. Varias frutas frescas como el plátano, las naranjas o el melón brindan folatos pero en menor volumen y los frutos secos, tales como, aguacate, almendra o avellana, poseen un volumen alto de folatos. Otra fuente que presenta grandes dosis de folatos son los cereales de desayuno fortificados. La leche y sus derivados, las carnes y pescados tiene, generalmente, orígenes pobres de folatos a excepción del hígado. (Varela & Alonso, 1999)

Vitamina A

El cuerpo humano necesita una pequeña cantidad de micronutrientes para funcionar y mantener la salud, un componente esencial de la formación de pigmentos de rodopsina en los bastones de retina, parte del equipo de pigmentos visuales y moléculas que pueden

asimilar la luz a una cierta distancia de onda. Del mismo modo forma parte de la elaboración y sostenimiento del tejido epitelial, forma parte en el incremento óseo normal y crecimiento de los dientes, colabora en la espermatogénesis e influye en la elaboración de tiroxina. (Walley & Donna, 1995)

El retinol es el modo activo de vitamina A; es la forma más constante y cuantiosa en la naturaleza. Así como además puede existir en forma de carotenoides, que es la forma de provitaminas. Cerca de 50 carotenoides son biológicamente activos. La provitamina A más activa y cuantitativamente más importante es el β -caroteno. Debe considerarse que, durante el almacenamiento, la preparación y el procesamiento de los alimentos, puede disminuir la actividad de la vitamina A y los carotenoides, y el contenido de los órganos de los animales varían mucho según la dieta.

Los alimentos derivados de un animal contienen vitamina A en forma de retinol; incluyen hígado, leche entera, mantequilla, queso, y huevos. Existe otra forma de vitamina A es el caroteno o betacaroteno, que poseen las frutas naranjas y las verduras de color verde oscuro o naranja. Se puede decir que cuanto más naranja o verde oscuro son estos alimentos, más vitaminas contienen. Los alimentos vegetales que contienen vitamina A en forma de betacaroteno incluyen: hojas de espinaca y remolacha, brócoli, zanahorias, batatas, pejibaye, batatas y

frutas naranjas como melones, mangos y carambola. Lechuga, plátano, limón dulce, naranja y piña están excluidos. (Flores, 2010)

Vitamina C

La vitamina C puede ser disuelta en agua, bien conocida que tiene diversos efectos y formas de aplicar a través de su uso local y sistémico. Su tarea primordial en el cuerpo es ser un antioxidante muy fuerte. Por lo tanto, uno de sus efectos más importantes es inhibir la oxidación nociva del colesterol LDL. Por lo tanto, la vitamina C es uno de los factores protectores más importantes contra la oxidación de LDL..

La vitamina C también es un elemento vital en la síntesis de colágeno humano (el primordial componente biológico del tejido). Este elemento básico es clave para la alineación de tejido conectivo, músculos y vasos sanguíneos. La formación de huesos y dientes también es una vitamina esencial. En resumen, el ácido ascórbico también tiene un efecto antihistamínico, que ayuda a la cicatrización de heridas. Participa en la formación de sangre y, por consiguiente, ayuda al sistema inmunitario del ser humano a funcionar correctamente. (VitaBasix, 2010)

También puede aumentar la absorción de hierro en la formación de hemoglobina, lo que es beneficioso para la conversión de ácido fólico en leucovorina, porque la transición de prolina en hidroxiprolina ocupa un papel de suma importancia en la hidroxilación de los esteroides suprarrenales y forma parte en la formación de huesos y dientes;

estimulan la labor fagocítica de los glóbulos blancos y participan en la creación de anticuerpos. (Walley & Wong Donna, 1995)

La vitamina C la podemos encontrar en cítricos, brócoli, espinacas, papas, kiwis, fresas, tomates, piñas y guayabas. Descubrimos que el contenido de vitamina C por 100 gramos de alimento es el siguiente: naranja 50 mg, kiwi 500 mg, limón 80 mg y pimiento rojo 200 mg. (Valdés, 2006)

Consecuencias por carencia de multimicronutrientes

Hierro:

La falta de hierro es el motivo más común de desnutrición en los niños. Ocurre principalmente en bebés, especialmente aquellos entre 6 y 24 meses de edad. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2009)

El factor principal que determina la deficiencia de hierro es la falta de ingesta de hierro de acuerdo con sus requisitos fisiológicos. Esta clase de carencia de hierro ocurre en el momento en que la dosis de hierro que se tiene no es suficiente para satisfacer las necesidades individuales. La deficiencia a largo plazo puede provocar anemia. (Toxqui L. et. al., 2010).

La anemia en niños y bebés se asocia con retraso en el desarrollo y desarrollo cognitivo, y disminución de la resistencia a la infección. En adultos, la anemia puede causar fatiga y reducir el trabajo físico. En mujeres embarazadas, esto está relacionado con el peso bajo en el

nacimiento y el aumento de la letalidad perinatal. La falta de hierro impide la capacidad de graduar la temperatura en climas fríos y cambia la elaboración de hormonas y el metabolismo, comprometiendo los neurotransmisores y las hormonas tiroideas relacionadas con la temperatura que regula la función muscular y nerviosa. (Sato S. et. al, 2010).

La falta de hierro compromete el desarrollo cognitivo en las diferentes edades, e incluso después del tratamiento, las consecuencias de la anemia en la infancia y la vida temprana son irreversibles. Para el primer año de nacimiento, el 10% de los bebés en los países en desarrollo tienen anemia, mientras que aproximadamente el 50% de los bebés en los países en desarrollo tienen anemia. El desarrollo psicomotor de estos niños se retrasará, y cuando lleguen a la edad escolar, su capacidad vocal y su capacidad de coordinación motora se reducirán considerablemente. ((Toxqui L. et. al., 2010).

Zinc

La causa del estado deficiente del zinc puede ser debido a una variedad de factores, tales como: ingesta inadecuada, problemas de absorción intestinal o pérdida excesiva corporal y ciertas enfermedades.

La falta de zinc en niños y adolescentes se debe a la carencia de comidas derivadas de animales, una alimentación alta en fitato, una ingesta inadecuada de alimentos y una mayor pérdida fecal pueden

causar neuronas de retraso del crecimiento, diarrea, trastornos inmunes y en algunos casos puede causar la muerte.

Los principales signos son dermatitis, pérdida de cabello, cambios en el sabor, anorexia, cicatrización tardía de la herida, cambios inmunológicos y disminución de los niveles de fosfatasa alcalina.

La deficiencia de zinc causada por fallas congénitas de la capacidad de asimilación intestinal puede provocar acrodermatitis por enteropatía, junto a lesiones cutáneas, diarrea, alopecia, conjuntivitis, fotofobia, opacidad corneal, irritabilidad, temblor y ataxia ocasional. (Rubio C. et. al., 2010).

Ácido fólico

Es vital para la vida celular, es el ácido fólico, por lo que su falta conducirá al desarrollo de una patología. Las enfermedades más comunes de falta de ácido fólico son la anemia de células grandes y la anemia megaloblástica, y sus síntomas clínicos son muy similares a los causados por la falta de vitamina B12. Si se trata de una enfermedad avanzada, además de los síntomas del sistema sanguíneo, también aparecerán síntomas comunes y neuropsiquiátricos. Dentro las manifestaciones en general, cabe resaltar la fatiga y la anorexia, que aparecen gradualmente. Los síntomas neuropsiquiátricos incluyen alteración del sueño y la memoria, irritabilidad y convulsiones.

Existen circunstancias, donde además se presentan neuropatía periférica, síndrome cerebeloso, depresión y demencia. Así como otros efectos, como la supresión de la médula ósea, la glositis y la malabsorción intestinal. (Varela & Alonso, 1999)

Vitamina A

La falta severa de vitamina A puede causar nictalopia, lo que significa que las personas no pueden ver de noche. La carencia sucesiva de ésta vitamina puede causar deterioro parcial de la visión, especialmente en niños pequeños, y también puede provocar sequedad ocular (endurecimiento y descamación de la córnea y la conjuntiva).

Alrededor del mundo, las zonas más damnificadas son Asia meridional y oriental, África y América Latina. La deficiencia de vitamina A afecta esencialmente a niños menores de 48 meses y a una dieta no adecuada en largo tiempo. La condición más grave es la pérdida completa de la visión. Es poco probable que los niños que amamantan carezcan de esta vitamina porque la leche materna contiene suficientes vitaminas.

La deficiencia de vitamina A puede causar piel seca; los labios tienden a agrietarse y sangrar, caída de cabello, uñas frágiles, queratinización epitelial (endurecimiento y descamación), sequedad del tracto respiratorio, tracto gastrointestinal y urinario, esmalte deficiente, retraso del crecimiento, Deterioro de la formación ósea y reducción de la

creación de tiroxina. La falta severa de vitamina A llega a causar dificultad para respirar, problemas gastrointestinales y problemas del tracto urinario. (Gamboa, 2005)

Vitamina C

El escorbuto es una patología que es originada por una ingesta insuficiente de vitamina C durante mucho tiempo. Surge después de que un adulto carece de nutrición por más de 6 meses. Estas pequeñas hemorragias también suelen causar anemia. La falta de vitamina C impide que el tejido conectivo (el tejido que sostiene las paredes de los vasos sanguíneos, los huesos, el cartílago, etc.) produzca sustancia intercelular. (Pardo, 2004)

Manifestaciones del escorbuto:

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

Musculoesquelética: Hemorragias muscular y articular, inflamación de las articulaciones.

Encías: Esponjosas, inflamadas, que podrían sangrar con facilidad, de color rojo, dientes no fijos o que se caen.

Disposición general: irritabilidad, anorexia, dolor, anemia cuando está acostado boca arriba (posición en forma de rana) es casi como una

rana, con menos cicatrización de heridas y fácil infección. (Walley & Wong Donna, 1995)

Indicaciones para la suplementación

En los centros de salud, aquellos que se comunican por primera vez con niños y niñas menores de 36 meses (triaje, admisión u otros) verificarán si están recibiendo suplementos con oligoelementos o hierro de acuerdo con el protocolo correspondiente;

De lo contrario, resulta instantáneamente al consultorio que corresponde para el cuidado integral de salud del niño.

En el caso de que una niña o un niño no comienzan a suplementar múltiples micronutrientes cuando tienen 6 meses de edad, deben comenzar a suplementarse en cualquier momento dentro de lo recomendado, que es de 6 a 35 meses inclusive.

Esquema de suplementación

Niños nacidos con peso inferior al promedio (menos de 2,500 gr.) o con partos adelantados (menor de 37 semanas).

- A partir de los 6 meses o desde el momento que se da inicio a la ablactancia, se le brinda 01 sobre de Multimicronutrientes por día, por 12 meses seguidos. (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.

- A partir de la ablactancia, el niño, recibe 01 sobre de Multimicronutrientes diario, a lo largo 12 meses seguidos. (360 sobres en total).

Dosaje de hemoglobina

- No es necesario el dosaje de hemoglobina para comenzar a complementar múltiples micronutrientes.
- La hemoglobina de niños y niñas con un peso igual o superior a 2500 gramos y / o igual o mayor a 37 semanas de gestación se midió 6 meses después del inicio de la administración de micronutrientes múltiples y al final (a los 12 meses de edad). (MINSa, 2014)

Preparación del suplemento de multimicronutrientes en polvo:

- Lavarse las manos con gran cantidad agua y jabón, para prevenir la proliferación de iras y edas.
- Los alimentos no deben ser fríos ni calientes, porque si hace calor, muchos micronutrientes perderán sus características, lo que hará que cambie el sabor y el color de los alimentos.
- Se deben agregar multimicronutrientes a los alimentos espesos, por lo tanto, no los mezcle con alimentos líquidos, ya que la capa lipídica de hierro flotará y se adherirá a las paredes del recipiente.

- Las madres deben poner dos cucharadas de comida en otro plato de la comida provista al niño, porque esto asegurará que el niño coma los micronutrientes compuestos completos.
- Abrir el sobre de multimicronutrientes.
- Mantenga cerradas las bolsitas de micronutrientes múltiples y evite la exposición a la luz del sol y la humedad; lugares inaccesibles para niñas y niños, ya que esto puede evitar la ingestión accidental o intoxicación.
- Mezcle el contenido total de la bolsa de micronutrientes con 2 cucharadas de comida.

Administración del suplemento de micronutrientes en polvo

- Primero alimente al niño con una mezcla que contenga micronutrientes, y luego continúe proporcionando el resto del plato.
- A partir de los seis meses de edad, los niños deben recibir micronutrientes todos los días, ya que los bebés comienzan a recibir alimentos suplementarios que satisfará sus exigencias nutricionales. Debe consumirse una vez al año para evitar la anemia en los niños.
- Explique a la progenitora o al cuidador que los micronutrientes no alterarán su sabor o color debido a la cobertura de lípidos en los alimentos.

- Cuando los niños y las niñas toman antibióticos, la administración de suplementos de micronutrientes debe suspenderse y reiniciarse inmediatamente después de completar el tratamiento.
- Instruir a las madres acerca del uso diario de alimentos de origen derivado del hierro, como el hígado, el bazo, la sangre, el corazón, la carne roja, el pescado, el cuy y otros órganos internos rojos.
- Los alimentos que promueven la asimilación de hierro no ferroso (vitamina C) también deben considerarse
- No tome infusiones (té, hinojo, manzanilla) dos horas antes o después de tomar micronutrientes, ya que interferirán con la asimilación de los micronutrientes. (MINSa, 2007)

Rol de enfermería en la estrategia de CRED

Como la persona a cargo de la estrategia CRED, las enfermeras juegan un rol primordial en la precaución y difusión de la salud, porque su función es detectar las complicaciones de los recién nacidos, bebés y niños lo antes posible, y realizar exámenes físicos y evaluaciones de desarrollo psicomotor utilizando una base científica, utilizando guías de estimulación temprana, dando asesoramiento y sensibilizando a las madres sobre la importancia de cumplir con los suplementos de micronutrientes (los suplementos de micronutrientes son suplementos de pequeñas cantidades de vitaminas y minerales consumidos) y poseen hierro, zinc, vitamina A y vitamina C Y el ácido fólico, y su finalidad

principal es evitar la anemia, la enfermedad y favorecer al crecimiento óptimo y al desenvolvimiento cognitivo, social, deportivo y físico de los niños con menos de 36 meses. (MINSA, 2014)

Teoría de enfermería de Nola Pender

La guía de promoción de la salud enumera ampliamente aspectos relacionados con el cambio del comportamiento humano, las actitudes y motivaciones de las personas para acciones que promueven la salud. Está basado en los fundamentos teóricos: la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de evaluación de expectativas de motivación humana de Feather.

El primero, asume la trascendencia de la evolución cognitiva en el cambio de comportamiento, y combina varias características del aprendizaje cognitivo y conductual, reconociendo que los agentes psicológicos pueden afectar el comportamiento de las personas. Muestra sus cuatro requisitos para aprender y modelar el comportamiento: atención (esperando lo que acontece), retención (recordando lo que se observa), reproducción (capacidad de reproducir el comportamiento) y motivación (querer adoptar Razón suficiente para que este comportamiento (proceder).

La segunda teoría apoya que el comportamiento es racional y que la motivación clave para el logro es intencional. Por lo tanto, cuando existe una intención clara, específica y clara de lograr el objetivo,

aumentará la posibilidad de alcanzar el objetivo. La intencionalidad, forma un factor motivacional crucial, que se demuestra en el análisis de las conductas propias direccionadas al logro de objetivos planteadas. (Cisneros, 2010)

La guía tiende a ser una opción muy fuerte para que las enfermeras entiendan y promuevan las actitudes, motivaciones y comportamientos de los seres humanos, especialmente en base al concepto de autoeficacia identificado por Nola Pender en su modelo, que es usado por profesionales de enfermería. Evaluar la relevancia de las inferencias y rastreo a su alrededor. (Cisneros, 2010)

5.1.2.3 Generalidades sobre actitudes

La palabra "actitud" se define como la "respuesta afectiva positiva o negativa dirigida a un objetivo o proposición abstracto o concreto denotado".

Las actitudes se aprenden. Por lo tanto, se pueden distinguir de las razones sociales biológicas (como el hambre, la sed y el sexo) que aún no se han aprendido. Con el tiempo, las actitudes tienden a permanecer bastante estables. Estos siempre se dirigen a objetos o ideas específicas.

La actitud es una tendencia a reaccionar favorable o adversamente ante algo de cierta manera. Consisten en opiniones o creencias, sentimientos y comportamientos, y factores interrelacionados. Si el mundo exterior tiene la menor influencia para hablar o hacer cosas, las actitudes guiarán a las personas a tomar medidas. Si existe una relación específica

entre actitud y comportamiento, también los guiarán, aunque existe evidencia de que a veces este proceso generalmente se invierte y el comportamiento no es consistente, habrá una percepción de tensión en la llamada disonancia cognitiva.

En el área de la Psicología, el autor más reconocido y con mayor influencia ha sido Allport que determina la actitud como “estado mental y neural de actitud para responder, estructurado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre el comportamiento respecto a todos los objetos y circunstancias con los que se vincula. (Grupo de Investigación Edufísica, 2015)

Componentes de las actitudes

Rodríguez resalta tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** Es la unidad de datos e información que el sujeto entiende el objeto, y en base a esto. Una comprensión detallada del objeto es propicio para la asociación con el objeto, porque para tener una actitud, también debe haber una representación cognitiva del objeto. Consiste en percepciones y creencias sobre un objeto y nuestra información sobre un objeto. En este caso, estamos hablando del modelo de actitud de expectativa de valor, especialmente en alusión a la investigación de Fishbein y Ajzen. Los objetos desconocidos o que no conoces no pueden tener actitudes. El rendimiento cognitivo puede ser vago o incorrecto. En el primer caso, los efectos relacionados con el objeto son a menudo

menos intensos. Las palabras incorrectas no afectarán el efecto en absoluto.

- **Componente afectivo:** Son las sensaciones y sentimientos producidos por el objeto en el sujeto, y los sentimientos a favor o en contra de los objetos sociales. Este es el componente más típico de la actitud. Esta es la principal diferencia entre creencias y opiniones caracterizadas por componentes cognitivos. El sujeto experimenta diferentes sensaciones con objetos, y estas sensaciones pueden ser positivas o negativas.
- **Componente conductual:** Son las intenciones, inclinaciones o tendencias hacia los objetos, cuando forman una conexión real entre el objeto y el sujeto. Esta es una tendencia a reaccionar a los objetos de alguna manera. Es un componente positivo de la actitud. Nuestra investigación se centrará en esta parte y en la relación entre la actitud, el comportamiento y las variables de intervención. (Ubillos & Mayordomo, 2013)

Medición de las actitudes

La forma más común de medir la actitud es la escala Likert. Es una herramienta de medición o recopilación de datos que se puede usar para la medición de las actitudes en la investigación social. Consiste en una serie de elementos en forma de declaraciones o juicios que requieren una respuesta al individuo (bueno o malo, positivo o negativo). (Ubillos & Mayordomo, 2013)

Formación de las actitudes

Se distinguen dos teorías sobre la forma en que se dan las actitudes: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

- Teoría del aprendizaje: La teoría basada en el hecho de que a medida que aprendemos, adquiriremos nuevos conocimientos, de los cuales trataremos de desarrollar los pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados con este aprendizaje. Aprender acerca de estas actitudes puede fortalecerse a través de experiencias agradables.
- Teoría de la consistencia cognitiva: La teoría está basada en aprender nuevas actitudes asociando la información que se recibe en el momento, con otra información ya conocida, por lo tanto, intentamos desarrollar ideas o actitudes que se puedan vincular.
- Teoría de la disonancia cognitiva: Creada en 1962 por León Festinger, se trata de hacernos creer, a nosotros mismos, que algo no nos perjudica pero conociendo en realidad lo que nos podría suceder si se siguiese sosteniendo esta actitud, después de haber hecho una prueba y fracasar en el intento. Esto puede hacernos entrar en dilema porque adoptamos dos actitudes incompatibles y tratamos de evitar esta actitud nosotros mismos. Esto nos conduce a establecer otras actitudes o cambiar las actitudes existentes. (Programa Qualiwarma, 2011)

5.2 Justificación.

5.2.1. Social

La finalidad del estudio es ayudar a mejorar la gestión de los servicios de salud, especialmente la atención brindada por CRED, ya que los graduados en enfermería establecerán nuevos planteamientos de tratamiento para las madres que no usan micronutrientes. Es crucial participar con los micronutrientes para que podamos lograr respuestas a corto y largo plazo de mejorar la salud y reducir la anemia.

5.2.2. Teórica

Este estudio constituye una contribución teórica en cierta medida, aumentará el conocimiento sobre cómo las madres aplican los micronutrientes a sus hijos y evaluará si las madres reciben los micronutrientes de manera adecuada, ya que esto dependerá del éxito del suplemento. En este sentido, es importante considerar que la investigación de micronutrientes en el campo de la salud es esencial, porque la anemia tiene diferentes consecuencias en los primeros dos años de edad; utilizando los datos recopilados en este trabajo de investigación, proporcionará Se pueden usar datos reales para desarrollar procedimientos de diagnóstico efectivos; de manera similar, se proponen estrategias apropiadas para incentivar el consumo de oligoelementos para evitar la anemia local.

5.2.3. Metodológica

El resultado del estudio permitirá conocer las actitudes de las madres hacia la administración de los micronutrientes, de tal manera que los resultados sirvan de ayuda o guía para gestar otras investigaciones relacionadas o puedan ser aplicados por otros investigadores en oportunidades similares

5.3 Problema

5.3.1 Planteamiento.

La lactancia materna, como única comida, es el alimento por excelencia para niños en los primeros meses de su vida, porque le alimenta con los nutrientes indispensables que requiere un niño para crecer sano y fuerte. Después, el sistema digestivo estará lo idóneamente maduro para llevar a cabo el proceso de la digestión y acondicionado para la ingesta de nutrientes no lácteos, por lo tanto, se da inicio a la introducción de otras comidas, estos alimentos deben tener hierro, zinc, calcio, vitaminas A, C y D y otros nutrientes para cubrir las necesidades nutricionales de los niños y tener el progreso deseado, el niño también se va adaptando a otros gustos y texturas, y aprende las nuevas prácticas alimenticias inculcados por la madre. (OMS, 2010)

Por lo tanto, los niños que comen bien tienen un buen crecimiento y desarrollo físico, pero en el proceso, varios factores conducen a la vulnerabilidad, incluida la dosis y calidad de los hábitos alimenticios y de

aseo, y la falta general de otros trastornos alimentarios. (Flores S. et al., 2006)

Es por eso que la carencia de micronutrientes, desencadena uno de los problemas de salud que más sobresale alrededor del mundo, la anemia. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer que solo en 2015, afectó a 1.918 mil millones de personas en todo el mundo, lo que es igual al 34,8% de la población en el mundo. (OMS, 2016)

En Perú, la anemia es considerada como un problema de salud pública muy grave, que sumerge a más del 60% de los niños (Fernández G., Aguirrezabalaga B., 2006). La prevalencia de cada grupo de población es tan alta que Perú se ha convertido en el país más afectado por la anemia en América del Sur y Perú se encuentra en un estado comparable al de los países africanos. (OMS, 2016)

Además, en 2015, el 56.8% de los infantes menores de tres años tenían anemia, y el 57.6% de los niños de seis a ocho meses tenían anemia, lo que representa el 57.3%. De 9 a 11 meses, de 12 a 17 meses. 60.4%, 18 a 23 meses, 48.5%, 24 a 35 meses (34.1%). (INEI, 2016)

Aunque la anemia es de hecho un problema multifactorial, el Ministerio de Salud ha adoptado gradualmente micronutrientes, incluidos hierro, ácido fólico, vitamina A, vitamina C y zinc, para niños menores de 3 años a través del plan nacional Qualiwarma. En este sentido, solo en 2016, se distribuyeron 141 millones de envolturas con micronutrientes en polvo al 65% de los niños menores de 3 años, de los cuales 912,000 fueron

beneficiarios, por lo que el objetivo para 2018 es cubrir el porcentaje de 95 niñas. (Plan Qualiwarma, 2011)

La suplementación con micronutrientes ha demostrado su eficacia en países de Asia, África y las Américas porque los han utilizado para producir resultados positivos y tienen una mayor aceptabilidad y cumplimiento que el jarabe de sulfato ferroso. Posteriormente fue aceptado por los niños porque no estaba sazonado y se mezclaba fácilmente con los alimentos. (Portal del Programa Qualiwarma, 2011)

En tal sentido, la madre juega un papel muy notable en la nutrición del niño en los primeros 3 años del niño, ya que brinda atención directa para proteger su salud, que es el conocimiento básico que necesita, el más importante. Es tener una actitud positiva. Lidiando con las tareas del hogar, complementando los micronutrientes para prevenir la anemia. (MINSa, 2014)

Es por eso que, en el desarrollo de estándares técnicos para la administración de micronutrientes para niños de hasta 3 años, las enfermeras son responsables de proporcionar asesoramiento a las madres o cualquier persona involucrada en este trabajo para complementar con micronutrientes y así mejorar a en su promoción preventiva. El poder brindar información para prevenir los problemas por falta de micronutrientes y garantizar el buen desarrollo y crecimiento de los niños. (MINSa, 2014)

Al realizar esta práctica en el Centro de Salud de San José en la oficina de CRED y entrevistar a madres de niños menores de 3 años con

respecto al uso de micronutrientes, se refirieron a: “se me brindaron las chispitas cuando mi hijo cumplió los 6 meses, pero por falta de tiempo no le di hasta que se llegó a enfermar y por ese motivo es que recién desde este mes le estoy dando”, “A veces le doy las chispitas, cuando lo recuerdo, a veces me olvido”, “llegó a enfermarse de anemia mi hijo pero ya está recuperado, así que le estoy dando el sobrecito rojo todos los días pero se necesita tiempo para darle eso”, “solía darle las chispitas así como me lo indicaron, pero como mi hijo demora en comer , decidí ya no seguirle dando”, entre otra expresiones.

5.3.2 Formulación.

¿Cuáles son las Actitudes de madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes menores de 3 años. Centro de Salud San José, 2019?

5.4 Conceptuación y Operacionalización de las variables

5.4.1 Definición conceptual

Actitudes de madres menores de 3 años con respecto a la suplementación de Micronutrientes

Los micronutrientes son suplementos vitamínico y mineral. Y éstos poseen hierro, Zinc, ácido fólico, Vitamina A y C que favorecen a un óptimo crecimiento y desarrollo y a evitar la anemia del niño menor a 3 años, de allí que las madres desarrollan un papel primordial no sólo por los conocimientos que deberían de tener del mismo sino principalmente por su

actuar frente a éstas, ya que son predisposiciones que guían el proceder de las mismas con miras a la elaboración y la administración de los micronutrientes.

Actitudes

Estas son algunas de las respuestas de las madres a su actitud hacia la suplementación de múltimicronutrientes, y su valor es favorable y desfavorable.

Madres

Todas las mujeres que tienen hijos de 6 a 36 meses y participaron en la estrategia CRED del Establecimiento de Salud San José de Piura durante 2018.

Suplementación con Multimicronutrientes

Son funciones que las madres manifiestan hacer para la elaboración y administración de multimicronutrientes en niños de 6 a 36 meses.

Variables

Variable 1

Actitud de la madre en la suplementación de micronutrientes.

5.4.2 Operacionalización de variables:

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor	
Actitudes de madres de niños menores de 3 años con respecto a la suplementación de Micronutrientes	Los micronutrientes son complementos vitamínico y mineral que poseen hierro, Zinc, ácido fólico, Vitamina A y Vitamina C que ayudan a favorecer un óptimo crecimiento y desarrollo y a evitar la anemia del niño menor a 3 años, de allí que las madres desarrollan un rol primordial, no solo por el conocimiento que deben de tener del mismo sino principalmente por sus actitudes ya que estas son inclinaciones que orientan el actuar de las mismas hacia la preparación y la dosis de los micronutrientes.	Preparación	Lavado de manos	Favorable	
			Separar comida y mezclarla con los micronutrientes		
			Apertura del sobre de micronutrientes	Desfavorable	
			Mezclar comida separada con contenido del sobre de micronutrientes.		
			Consistencia de la comida		
		Temperatura de la comida			
		Administración	Dar de comer al niño la mezcla preparada	Frecuencia	Favorable
				Cantidad	
				Alimentos ricos en hierro	Desfavorable
				Alimentos que favorecen la absorción del hierro	
Bebidas que favorecen a la absorción del hierro					

5.5 Hipótesis

Por ser descriptiva no es necesario

Hernández et, al (2017), indicó: Los estudios descriptivos no requieren hipótesis, solo presentan los hechos tal como se obtienen de la estadística (p.134).

5.7 Objetivos

5.7.1 Objetivo general

Determinar las Actitudes de madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes menores de 3 años. Centro de Salud San José, 2019.

5.7.2 Objetivos específicos

- a. Identificar las actitudes de las madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en la dimensión preparación del Centro de Salud San José, 2019.
- b. Identificar las actitudes de las madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en la dimensión administración del Centro de Salud San José, 2019.

6. Metodología

a. Tipo y Diseño de investigación

Tipo:

La presente investigación fue de tipo cuantitativo porque nos permitió la medición de la variable de estudio.

En la presente investigación fue de nivel aplicativo, porque se derivó de hechos reales para alterarlos.

Diseño

El diseño de investigación que se emplea es cuantitativo, en cuanto los datos fueron susceptibles a cuantificación, según su alcance temporal es prospectivo.

b. Población y Muestra

Población

La población en estudio fue conformada por 158 madres de niños menores a 3 años, donde acuden mensualmente al Servicio de Control y Desarrollo del centro de salud San José de Piura, dentro del periodo de evaluación 2019.

Muestra

Estuvo constituida por un total 113 madres. El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas, que tiene la expresión siguiente:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)d^2 + Z^2pq}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Reemplazando en la fórmula se obtiene:

$$n = \frac{158(1.96^2)(0.5)(0.5)}{(158 - 1)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = 113$$

La muestra fue de 113 madres de niños menores a 3 años, donde acuden mensualmente al Servicio de Control y Desarrollo del centro de salud San José de Piura.

Criterio de inclusión

- Madres de niños menores de 3 años de edad, que son suplementados con los micronutrientes y asisten al Servicio de CRED del Centro de Salud San José de Piura.
- Madres de niños menores de 3 años de edad, que tengan conocimientos básicos de lectura y escritura.
- Madres de niños menores de 3 años de edad, que deseen participar en el estudio.

Criterio de exclusión

- Madres de niños menores de 3 años de edad que no deseen participar en el estudio.
- Madres de niños menores de 3 años de edad con problemas mentales.

c. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica usada fue la encuesta para medir la variable de estudio, la cual consta de: datos generales y datos específicos; para medir la dimensión preparación se adecuaron 12 preguntas para determinar el nivel del mismo, y para la dimensión administración se adecuaron 16 ítems para conocer el nivel de actitud, todo este test fue sometido a juicio de expertos, fueron 3 profesionales de enfermería con reconocida trayectoria profesional e investigativa.

Debe indicar el valor de la actitud:

FAVORABLE =

DESFAVORABLE =

7. Resultados

Tabla 1: Datos generales de las madres y niños menores de 3 años suplementados en el Centro Salud San José, 2019.

Datos Generales		N	%
Edad de la madre	17 a 29 años	48	42.5
	30 años a más	65	57.5
	Total	113	100.0
Número de Hijos	1	49	43.4
	2 - 3	52	46.0
	4 a más	12	10.6
	Total	113	100.0
Edad del niño	6 a 12 meses	56	49.6
	13 a 24 meses	43	38.1
	25 a 36 meses	14	12.4
	Total	113	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 1, indican que la edad de la madre encuestada pertenece al grupo etario 30 años a más con un 57.5% (65), seguidamente del grupo etario de 17 a 29 años con 42.5% (48). De acuerdo al número de hijos, tenemos que de 2 a 3 hijos son el 46.0% (52), solo un hijo con el 43.4% (49), y por último tenemos de 4 a más con el 10.6% (12). Con respecto a la edad del niño tenemos que en su mayoría son de 6 a 12 meses con 49.6%(56), seguida de 13 a 24 meses con 38.1% (43), y por último de 25 a 36 meses con 12.4% (14).

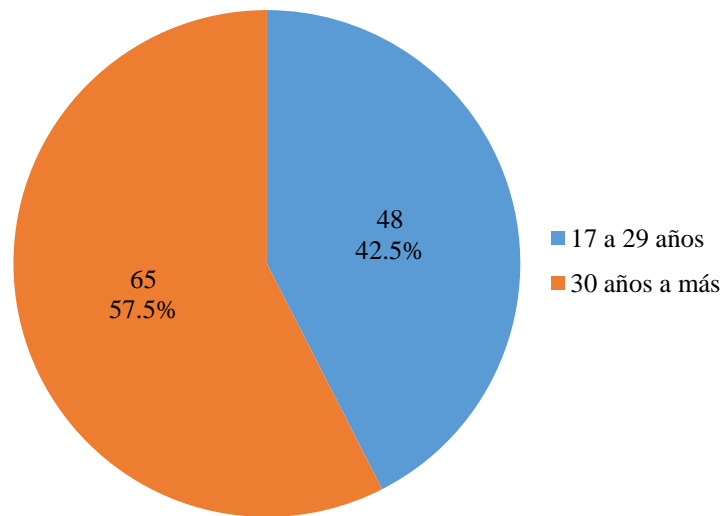


Figura 1: Grupo de edad de las madres de niños menores de 3 años. Centro de Salud San José, 2019.

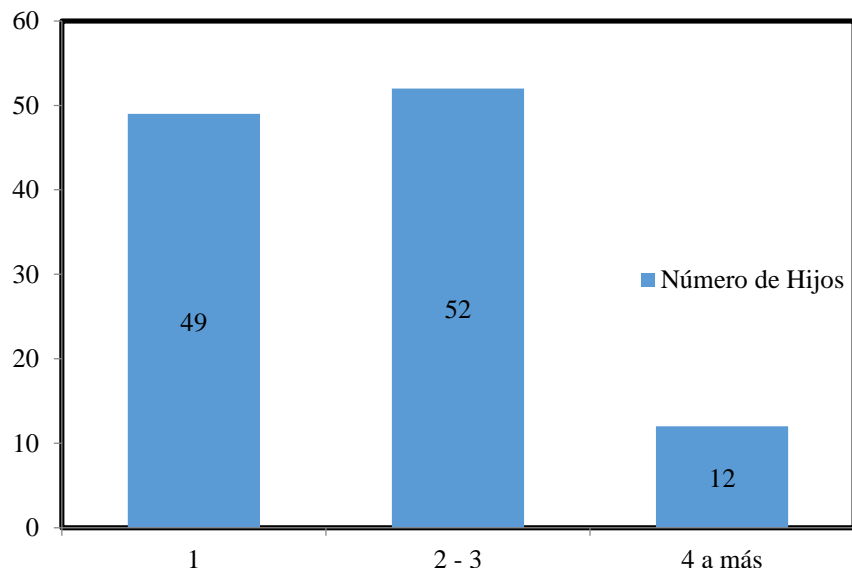


Figura 2: Número de hijos de las madres atendidos en el Centro de Salud San José, 2019.

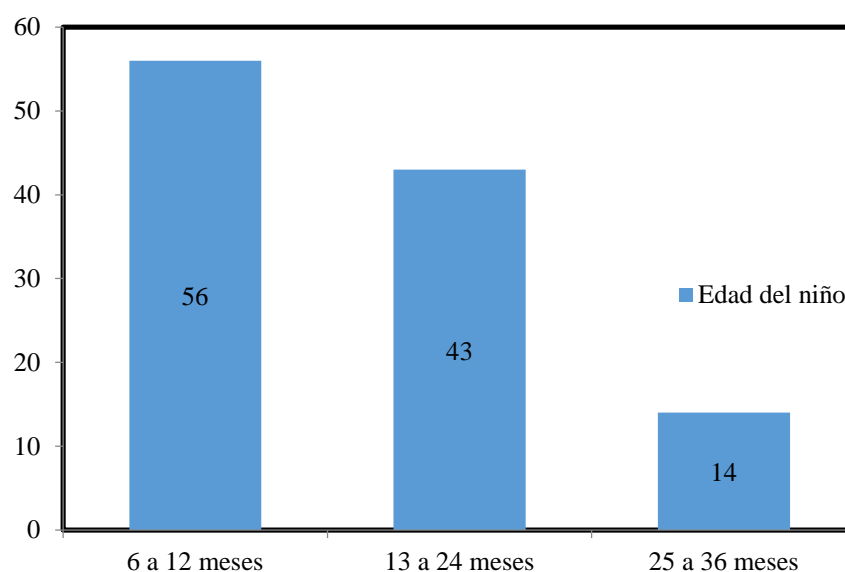


Figura 3: Edad de los niños atendidos en la suplementación de micronutrientes en el Centro de Salud San José, 2019.

Tabla 2: Actitudes de las madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en la dimensión preparación del Centro de Salud San José, 2019.

Dimensión Preparación	N	%
Favorable	45	39.8
No Favorable	68	60.2
Total	113	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 2, nos indica que la actitud en su dimensión preparación del suplemento de micronutrientes fue no favorable con un 60.2% (68), con actitud favorable un 39.8% (45).

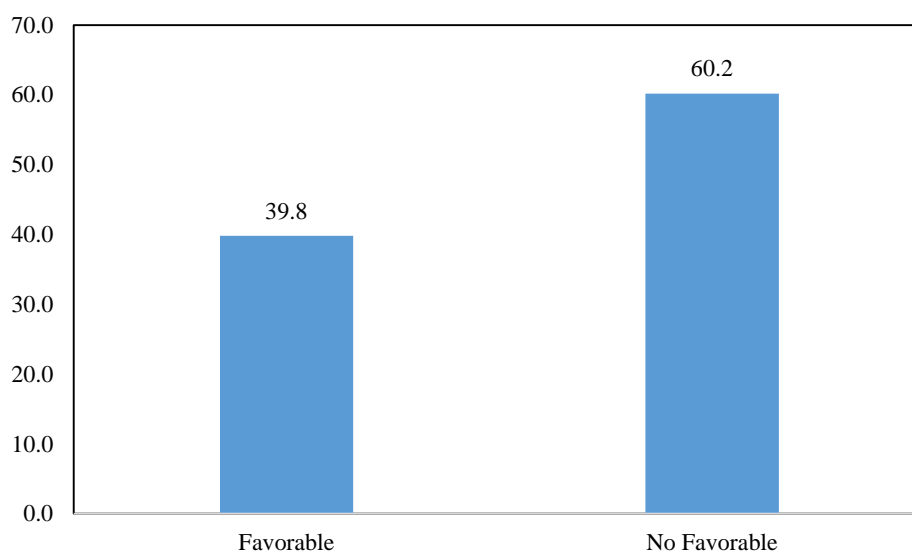


Figura 4: Actitudes de las madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en la dimensión preparación del Centro de Salud San José, 2019.

Tabla 3: Actitudes de las madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en la dimensión Administración del Centro de Salud San José, 2019.

Dimensión Administración	N	%
Favorable	46	40.7
No Favorable	67	59.3
Total	113	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 3, nos indica que la actitud en su dimensión administración del suplemento de micronutrientes fue no favorable con un 59.3% (67), con actitud favorable un 40.7% (46).

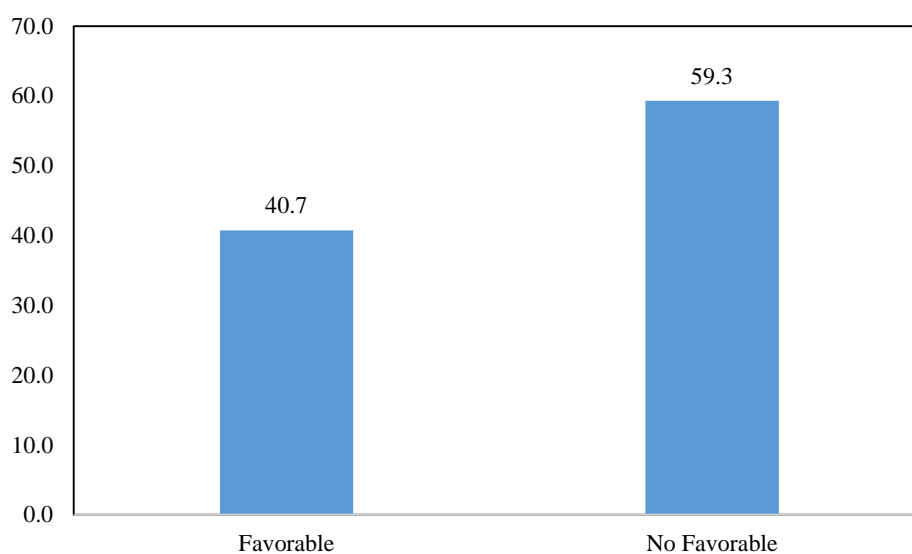


Figura 5: Actitudes de las madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en la dimensión administración del Centro de Salud San José, 2019.

Tabla 4: Actitudes de madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en niños menores de 3 años. Centro de Salud San José, 2019.

Actitud	N	%
Favorable	46	40.7
No Favorable	67	59.3
Total	113	100.0

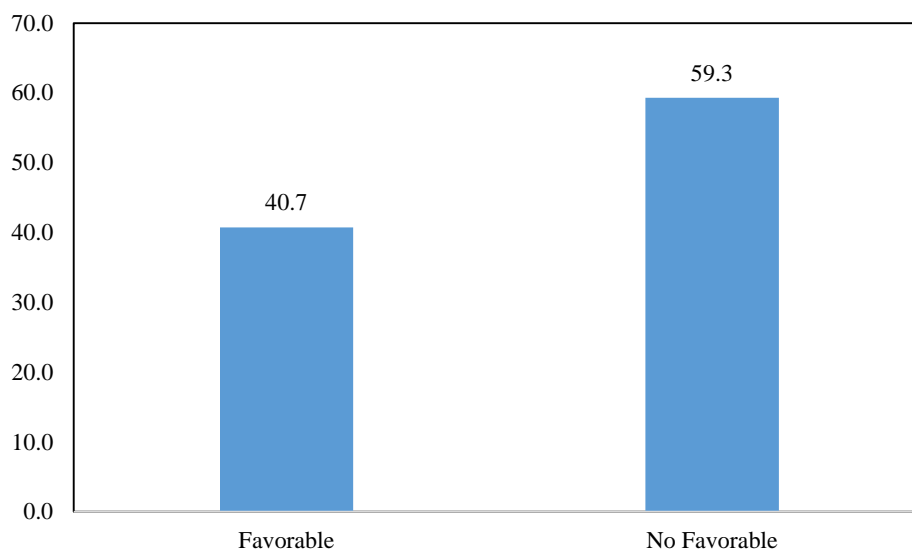


Figura 6: Actitudes de madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en niños menores de 3 años. Centro de Salud San José, 2019.

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 4, nos indica que la actitud con respecto a la suplementación de micronutrientes fue no favorable con un 59.3% (67), con actitud favorable un 40.7% (46).

8. Análisis y discusión

Según los resultados de mi investigación, en la tabla N° 1, indican que la edad de la madre encuestada pertenece al grupo etario 30 años a más con un 57.5% (65), seguidamente del grupo etario de 17 a 29 años con 42.5% (48). De acuerdo al número de hijos, tenemos que de 2 a 3 hijos son el 46.0% (52), solo un hijo con el 43.4% (49), y por último tenemos de 4 a más con el 10.6% (12). Con respecto a la edad del niño tenemos que en su mayoría son de 6 a 12 meses con 49.6%(56), seguida de 13 a 24 meses con 38.1% (43), y por último de 25 a 36 meses con 12.4% (14).

Las causantes principales que establecen una alta prevalencia de anemia tiene como el consumir alimentos bajos en hierro (hígado, bazo); la ausencia hierro por contaminación parasitaria y una baja asimilación de hierro por la pérdida de nutrientes que ayudan a la asimilación del hierro (cítricos) y/o presencia de inhibidores de su asimilación causando como consecuentes que el niño tenga un lento desarrollo, variaciones de manera decreciente en el desarrollo cognitivo y psicomotor, pérdida en la facultad de aprender, problemas para tener concentración. (MINSAs, 2014)

Para ayudar a la solución de este gran problema nacional, el estado peruano ha creado en su Marco normativo de la suplementación con micronutrientes en niñas y niños menores de 3 años y su objetivo es conllevar a bajar el alto promedio de anemia en niñas y niños menores de 3

años de edad; a la protección de la salud y el desarrollo infantil de este importante grupo etario que serán el futuro generacional de nuestro país.

Este programa es respaldado por la investigación de Ruiz A. (2010), realizada en Riobamba en Ecuador, lleva como título 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, donde concluyó que los niveles de hemoglobina suben drásticamente con la injerencia del programa de las Chis –Paz.

Con respecto a la tabla N° 2, nos indica que la actitud en su dimensión preparación del suplemento de micronutrientes fue no favorable con un 60.2% (68), con actitud favorable un 39.8% (45). En la tabla N° 3, nos indica que la actitud en su dimensión administración del suplemento de micronutrientes fue no favorable con un 59.3% (67), con actitud favorable un 40.7% (46).

La enfermera como responsable en el sector salud de la suplementación de micronutrientes dado ello quienes pertenezcan a la estrategia de Crecimiento y Desarrollo del niño sano, cumple un papel fundamental en la prevención y difusión de la salud, ya que posee como función determinar tempranamente posibles complicaciones en el neonato, lactante y niño, se debe acontecer con el examen físico y la valoración del desarrollo psicomotriz utilizando los conocimientos científicos de lo aprendido en su vida profesional, además de técnicas de estimulación

temprana, otorgando las consejerías respectivas y hacer hincapié a la madre con respecto a la preparación y administración de los micronutrientes en el niño.

Con respecto a la tabla N° 4, nos indica que la actitud con respecto a la suplementación de micronutrientes fue no favorable con un 59.3% (67), con actitud favorable un 40.7% (46).

Estos resultados coinciden con lo obtenido por Cala E. (2012), investigación realizada en La Paz en Bolivia, donde tiene como título Percepción de madres de niños de 6 a 23 meses de edad respecto a la ingesta de micronutrientes “chispitas nutricionales” en el municipio de Puerto Carabuco - La Paz, concluyó, que la obligación final del custodia de los niños recae en los padres o cuidadores, lo que significa encontrar o deslizar otros esfuerzos y recursos para satisfacer las carencias de sus hijos. Esta es una gran razón para alentar la trascendencia del uso de chispitas en la prevención de la falta de hierro, los efectos para la salud del hierro y las posibles consecuencias adversas y su manejo.

La realización de todo lo enseñado por parte de las licenciadas de enfermería con respecto a la suplementación de micronutrientes se verá reflejado en la hemoglobina del niño, por ello en la investigación de Galindo M. (2012), realizado en Bogotá – Colombia, titulada Efecto de la fortificación casera con micronutrientes en polvo, como una estrategia de intervención contra la deficiencia de micronutrientes en población infantil

de 12 hasta 59 meses, de cuatro municipios del departamento de Atlántico, pertenecientes a programas de complementación alimentaria en el año 2013, donde concluyó respecto a la administración del manejo de micronutrientes en polvo, está claro que el 95.2% de las madres tomaron cambios positivos al tomar micronutrientes en polvo entre sus hijos, y solo el 71% de las madres dijeron que recibieron capacitación en nutrición, y el 94% dijo Han implementado las recomendaciones dadas, lo que demuestra la necesidad de fortalecer las actividades educativas para todas las personas inmersas en dichos procesos.

Los resultados difieren a lo investigado por García C. (2015), estudio titulado Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA 2015, realizado en Lima – Perú, donde concluyó que los padres poseen suficientes conocimientos acerca de la elaboración y el manejo de múltiples micronutrientes, lo que promoverá un óptimo desarrollo físico y psicológico y evitará la anemia.

Las actitudes de las madres es el papel primordial ya que estas reacciones ya sean positivas o negativas hacia una situación en especial, siendo principalmente con respecto a la administración y preparación ya que de esa forma su menor hijo tendrá un correcto desenvolvimiento y desarrollo cognitivo, resaltando en lo psicomotriz, física y socialización y poder evitar la famosa enfermedad destructiva de la infancia correcta como es la anemia infantil.

9. Conclusiones y Recomendaciones

9.1. Conclusiones

- Las madres encuestadas pertenecen al grupo de edad de 30 años a más, tienen entre 2 y 3 hijos, además las edades de los niños están entre 6 a 12 meses, los cuales son atendidos en el Centro de Salud San José durante el año 2019.
- Las actitudes no son favorables de las madres con respecto a la suplementación de Micronutrientes en la dimensión preparación del Centro de Salud San José, 2019.
- Las actitudes no son favorables de las madres con respecto a la suplementación con Micronutrientes en la dimensión administración del Centro de Salud San José, 2019.
- En conclusión, las actitudes no son favorables de las madres con respecto a la suplementación con Micronutrientes, del Centro de Salud San José, 2019..

9.2. Recomendaciones

- Realizar investigaciones similares al presente, utilizando conceptos cualitativos y cuantitativos para así llegar a ahondar más en el tema.

- Fabricar estrategias institucionales de intervención que contengan una perspectiva multisectorial, inclinadas a las madres de familia con respecto a la suplementación con los micronutrientes en niños menores de 3 años.

- Capacitar continuamente en el tema de la preparación de los micronutrientes a las licenciadas de enfermería que realizan funciones en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del centro de Salud San José.

10. Referencias Bibliográficas

- Alimentación Saludable (2011) *Guía familiar para promover la alimentación saludable en la primera infancia*. 1-27
- Cala E. (2012) *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.
- Cisneros F. (2010) *Introducción a los modelos y teorías de enfermería*. Recuperado el 15 de Diciembre 2018: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
- Cisneros F. (2010) *Teorías y modelos de enfermería*. Recuperado el 16 de Diciembre 2018: [http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ TeoriasY ModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf](http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf)
- Del Águila C., Falen J. (2005) *Crecimiento y desarrollo y evaluación nutricional*. Lima: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Espichán P. (2010) *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.
- Fernández G., Aguirrezabalaga B. (2006) *Anemias en la infancia. Anemia ferropénica*. Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Recuperado el 20 de Diciembre del 2018: https://www.sccalp.org/documents/0000/0100/BolPediatr2006_46_supl2_311-317.pdf

- Flores S. et al. (2006) *Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad*. 63(16). Recuperado el 20 de Diciembre del 2018: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n2/v63n2a8.pdf>
- Flórez L. (2010). *Vitaminas liposolubles e hidrosolubles*. Recuperado el 12 de Diciembre del 2018: http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/650_59vitaminas%20liposolubles%20e%20hidrosolubles.pdf
- Galindo M. (2012) *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.
- Gamboa C. (2005) *Vitamina A. Guías alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica*. Recuperado el 12 de Enero del 2019: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/vitaminaA.pdf
- García C. (2015) *Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA* [Tesis]. Lima. Facultad de Medicina.
- Grupo de Investigación Edufísica. (2015) *Las actitudes*. Revista EDUFISICA. Recuperado el 15 de Diciembre del 2018: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016) *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES*. Recuperado el 12 de Diciembre del 2018: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/obj10.pdf>

Ministerio de Salud (2011) *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.

Ministerio de Salud (2014) *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.

Ministerio de Salud. (2007) *El hierro*. Lima:

Montoya S. (2014) *Alimentación, nutrición y salud*. 1-31.

OMS (2010) *La alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra. Organización Mundial de la salud; 1-120.

OMS. (2016) *La prevalencia mundial de la anemia 1993-2015*. 1(50). Recuperado el 20 de Diciembre del 2018: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n2/v63n2a8.pdf>

Pardo P. (2004) *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.; 4(16) Recuperado el 13 de Diciembre del 2018: http://cdeporte.rediris.es/revista/revista16/a_rtvitamina.htm

Programa Qualiwarma. (2011) *Suplementación con micronutrientes*. Recuperado el 12 de Diciembre del 2018: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especial/es/2015/Qualiwarma/situacion.html>

Rioja Salud (2015) *Alimentación equilibrada en los niños de 1 a 3 años*. 1-20.

- Rubio C, González W, Martín E, Revert C, Rodríguez I, Hardisson A. (2010) *El zinc: oligoelemento esencial. Nutrición Hospitalaria*. Recuperado el 12 de Diciembre del 2018: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n1/alimentos1.pdf>
- Ruiz A. (2010) *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; Riobamba-Ecuador. Facultad de Salud Pública.
- Sato S., Fujimori E, Szarfarc C., Borges V., Tsunechiro A. (2010) *Consumo alimentar e ingestión de hierro por mujeres embarazadas y en edad reproductiva*. Rev. Latino Americana. Enfermagem Recuperado el 12 de Diciembre del 2018: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_16.pdf
- Secretaría de Salud. (2003) *El Ácido Fólico y la prevención de defectos al nacimiento*. Recuperado el 12 de Diciembre del 2018: <http://www.udep.edu.pe/publicaciones/desdelcampus/art1041.html>
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2009) *Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento*. 1(8). Recuperado el 12 de Diciembre del 2018: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n2/v63n2a8.pdf>
- Toxqui L. et al. (2010) *Deficiencia y sobrecarga de hierro; implicaciones en el estado oxidativo y la salud cardiovascular*. *Nutrición Hospitalaria*; 3(25). Recuperado el 12 de Diciembre del 2018: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n3/revision3.pdf>
- Ubillos U, Mayordomo S. (2013) *Actitudes: definición y medición componentes de la actitud*. 5-9
- UNICEF (2009), Ministerio de Salud del Perú. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. *Guía De Consejería Nutricional*. (Documento de Trabajo)

- Valdés F. (2006) *Vitamina C*. 9(97). Recuperado el 12 de Diciembre del 2018:
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
- Varela G., Alonso E. (1999) *Ácido fólico y salud*. Madrid: Fundación española de nutrición
- VitaBasix (2010) *Vitamina C*. Recuperado el 12 de Diciembre del 2018:
http://www.vitabasix.com/fileadmin/content/produktInfoPDFs/esPDF/ProduktinfoVitamina_C_ES.pdf
- Walley L, Wong Donna L. (1995) *Enfermería pediátrica*. 4ª Ed. Madrid: Mosby/doyma libros.

12. Anexos y apéndice

Anexo 1



UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO

Introducción.

Buenos días, soy la Srta. -----, de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Privada San Pedro, estoy realizando un estudio con el objetivo de obtener información sobre lo que usted conoce acerca de los cuidados que debe recibir su bebé. No requiere identificarse. Se le solicita responda lo más exacto.

Agradezco su apoyo.

Datos generales.

Edad	Estado civil	Grado de instrucción

Instrucciones.

Tiene usted a la vista varias preguntas con 4 alternativas de respuesta, inicie, con mucho cuidado responda.

VALIDACION JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTO: ENCUESTA

“ACTITUDES DE MADRES RESPECTO A LA SUPLEMENTACIÓN DE MICRONUTRIENTES EN MENORES DE 3 AÑOS. CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ,

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO

2019”

A continuación, sírvase a identificar cada ítem, marcando con un check lo que usted crea conveniente: V: Valido, R: Reformulación, C: Cambio o eliminación. Agradezco de antemano las apreciaciones y aportes en beneficio al proyecto de investigación.

RANGO		SIGNIFICADO
1	C	Descriptor no adecuado y debe ser eliminado
2	R	Descriptor adecuado pero debe ser modificado
3	V	Descriptor adecuado.

TÉCNICA: ENTREVISTA
INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

1. Edad de la madre: (Años)

2. Número de hijos

a) 1 b) 2 - 3 c) 4 a más

3. Edad del niño: (Meses)

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

Nº	ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
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 manzanilla para que se absorban mejor las chispitas					
6	Es agradable para el niño echar las chispitas en comida 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 beneficiosas 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 liquidas 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					

Gracias por su participación



UNIVERSIDAD PRIVADA "SAN PEDRO"

TITULO: ACTITUDES DE MADRES RESPECTO A LA SUPLEMENTACION DE MICRONUTRIENTES EN MENORES DE 3 AÑOS. CENTRO DE SALUD SAN JOSE, 2019

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100				OBSERVACIONES
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
ASPECTOS DE VALIDACION		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado																					✓
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																		✓			
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación																				✓	
4. Organización	Existe una organización lógica entre sus ítems																✓					
5. Suficiencia	Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad.																			✓		



UNIVERSIDAD PRIVADA "SAN PEDRO"

TITULO: ACTITUDES DE MADRES RESPECTO A LA SUPLEMENTACION DE MICRONUTRIENTES EN MENORES DE 3 AÑOS. CENTRO DE SALUD SAN JOSE, 2019

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100				OBSERVACIONES
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
ASPECTOS DE VALIDACION		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado																				✓	
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																				✓	
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación																				✓	
4. Organización	Existe una organización lógica entre sus ítems																✓					
5. Suficiencia	Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad.																✓					



UNIVERSIDAD PRIVADA "SAN PEDRO"

TITULO: ACTITUDES DE MADRES RESPECTO A LA SUPLEMENTACION DE MICRONUTRIENTES EN MENORES DE 3 AÑOS. CENTRO DE SALUD SAN JOSE, 2019

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100				OBSERVACIONES
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
ASPECTOS DE VALIDACION		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado																					✓
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																					✓
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación																					✓
4. Organización	Existe una organización lógica entre sus ítems																					✓
5. Suficiencia	Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad.																					✓

