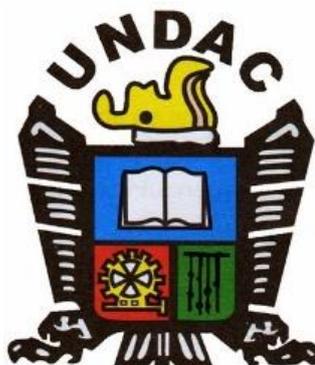


UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**Actitud y cumplimiento de las madres en el tratamiento de la
anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el centro
de Salud de Acobamba 2018**

Para optar el título profesional de:

Licenciada en Enfermería

Autores: Bach. Ceselyn Carito CONDEZO CARLOS

Bach. Geraldine Mishel MEZA ANGLAS

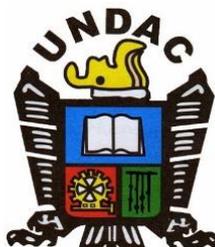
Asesor: Dr. Cesar Iván ROJAS JARA

Cerro de Pasco - Perú- 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

**Actitud y cumplimiento de las madres en el tratamiento de la
anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el centro
de Salud de Acobamba 2018**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado

Mg. Mario SALAZAR BUENO
PRESIDENTE

Mg. Melvi Janet ESPÍNOZA EGOAVIL
MIEMBRO

Mg. Glenn Clemente ROSAS USURIAGA
MIEMBRO

DEDICATORIA

Esta TESIS se la dedicamos a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaron, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad, a nuestros padres por su apoyo incondicional para cumplir nuestras metas.

RECONOCIMIENTO

Son muchas las personas que han contribuido al proceso y conclusión de este trabajo, en primer lugar, queremos agradecer a nuestro asesor de tesis al doctor CESAR ROJAS JARA, él fue el primero que creyó en nuestro proyecto y nos apoyó de manera personal e institucional.

A nuestros padres por su apoyo incondicional y desinteresado, para formarnos profesionalmente llegando a cumplir nuestros objetivos.

RESUMEN

El estudio sobre: Actitud y cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba 2018 planteó como objetivo: Determinar la relación entre la actitud y el cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba. Y el método que se empleó fue el cuantitativo, observacional de corte transversal con diseño Observacional de nivel correlacional, la muestra fue conformada por 86 madres asistentes al servicio de Crecimiento y Desarrollo y se aplicó el muestreo probabilístico y técnica de muestreo intencional a demanda. El instrumento se aplicó directamente a las madres de familia de los niños de 6 a 18 meses. En esta investigación se llegó a las conclusiones; La actitud de las madres frente al cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses es poco favorable; 74,4% (64) y el 52,3% no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico.

La actitud de las madres en el componente cognitivo es poco favorable en el 51,2% (44) y de ellas el 33,7% (29) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico. La actitud de las madres en el componente afectivo es poco favorable en el 59,3% (51) y de ellas el 41,8% (36) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños.

PALABRAS CLAVE:

Cumplimiento del tratamiento de la anemia infantil, Actitud frente a la anemia.

ABSTRACT

The study on: Attitude and compliance of mothers in the treatment of anemia with micronutrients in children aged 6 to 18 months at the Acobamba Health Center 2018 set the objective: To determine the relationship between the attitude and compliance of mothers in the treatment of anemia with micronutrients in children aged 6 to 18 months at the Acobamba Health Center. And the method that was used was the quantitative, cross-sectional observational with correlational Observational design, the sample was made up of 86 mothers attending the Growth and Development service and probabilistic and technical sampling of intentional sampling on demand was applied. The instrument was applied directly to the mothers of children aged 6 to 18 months. In this investigation the conclusions were reached; The attitude of mothers towards compliance with the treatment of anemia with micronutrients in children aged 6 to 18 months is unfavorable; 74.4% (64) and 52.3% fail to administer anti-anemic treatment. The attitude of mothers in the cognitive component is unfavorable in 51.2% (44) and of them 33.7% (29) do not comply with administering anti-anemic treatment. The attitude of the mothers in the affective component is unfavorable in 59.3% (51) and of them 41.8% (36) do not comply with administering anti-anemic treatment to their children.

KEYWORDS:

Compliance with the treatment of childhood anemia, Attitude towards anemia.

INTRODUCCIÓN

Durante los primeros 6 meses de vida se inicia la lactancia materna exclusiva, después de esta edad el sistema digestivo está lo suficientemente desarrollado para lograr el proceso de asimilación, por tal razón se inicia la alimentación complementaria de manera que un niño apropiadamente alimentado va a beneficiarse con un buen crecimiento y desarrollo. Sin embargo, existen factores que propician la vulnerabilidad en este proceso, provocando la anemia que se constituye en una complicación grave de salud pública que afecta a más del 50% de lactantes.

Siendo trascendental advertir la anemia en los niños mediante la suplementación de multimicronutrientes, el cual tiene como meta controlar la anemia y beneficiar el crecimiento y desarrollo del niño. Es por ello que la madre debe asumir un rol muy significativo en el estado nutricional del niño en los 3 primeros años de vida. Para ello no solo es importante tener conocimientos sino también interés para participar activamente en la suplementación.

De modo que la enfermera, en su misión preventiva promocional, es la responsable de informar a la madre acerca de la suplementación con multimicronutrientes, a través de la consejería con la finalidad de disminuir la prevalencia de anemia y garantizar un buen desarrollo y crecimiento del niño.

El presente trabajo de investigación titulado ¿Cuál es la relación entre la actitud y cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba 2018? El Informe de Tesis incluye las partes siguientes: Capítulo I, Problema de Investigación, Capítulo II Marco Teórico, Capítulo III Metodología y Técnicas de

Investigación, Capítulo IV Resultados y Discusión, Conclusiones,
Recomendaciones, Bibliografía, y Anexos.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
RECONOCIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE	

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Identificación y Planteamiento del problema.	11
1.2.	Delimitación de la investigación.	14
1.3.	Formulación del problema.	14
	1.3.1. Problema principal.	14
	1.3.2. Problemas específicos.	14
1.4.	Formulación de objetivos.	15
	1.4.1. Objetivo General.	15
	1.4.2. Objetivos Específicos.	15
1.5.	Justificación de la investigación.	15
1.6.	Limitaciones de la investigación.	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio.	17
2.2.	Bases teórico-científicas.	23
2.3.	Definición de términos básicos.	60
2.4.	Formulación de hipótesis.	61
	2.4.1. Hipótesis general.	61
	2.4.2. Hipótesis Específicas.	61
2.5.	Identificación de variables.	62

2.6.	Definición operacional de variables e indicadores.	62
------	--	----

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1.	Tipo de investigación.	63
3.2.	Métodos de investigación.	63
3.3.	Diseño de investigación.	63
3.4.	Población y muestra.	61
3.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	64
3.6.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	65
3.7.	Tratamiento estadístico.	65
3.8.	Orientación ética.	66

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Descripción del trabajo de campo.	67
4.2.	Presentación, análisis e interpretación de resultados.	67
4.3.	Prueba de hipótesis.	
4.4.	Discusión de resultados.	

CONCLUSIONES.

RECOMENDACIONES.

BIBLIOGRAFÍA.

ANEXOS.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y Planteamiento del problema.

La lactancia materna exclusiva es el excelente alimento para el niño en los primeros 6 meses de vida porque proporciona todos los nutrientes que necesita. Posteriormente a esta edad el aparato digestivo está adecuadamente maduro para efectuar el proceso de digestión y asimilación de nutrientes no lácteos, por tal razón se inicia el comienzo de otros alimentos el cual debe contener nutrientes como el hierro, zinc, calcio, las vitaminas A, C y D para lograr compensar los requerimientos nutricionales del niño y obtener un buen crecimiento y desarrollo, asimismo el niño se va adecuando a nuevos sabores y texturas, y aprende nuevos hábitos alimenticios que son inculcados por la madre.

Por consiguiente, el niño apropiadamente alimentado tiene un buen crecimiento y desarrollo, sin embargo existen diversos factores que propician la vulnerabilidad en este proceso, entre ellos se encuentran la cuantía y calidad de los alimentos y las prácticas de higiene los cuales van a incitar habitualmente deficiencias otros trastornos alimentarios, como la anemia caracterizada por la merma de la producción de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina por debajo de 11g/dl, lo cual es incapaz para recompensar las necesidades del cuerpo, provocando deficiencias en el desarrollo cognitivo, específicamente en las habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización en el niño.

Por ello se considera que la anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial. Al respecto en el Perú el combate a la anemia infantil sigue siendo una de las principales tareas pendientes del Ejecutivo: el 43,6% de niños menores de 6 a 35 meses padece esta afección en todo el país, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) efectuada el año pasado. Es decir, la cifra no se ha reducido respecto al 2016 (43,6%) y al 2015 (43,5%).

Según este reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las regiones que presentan una mayor proporción de este mal son Puno (75,9%), Loreto (61,5%), Ucayali (59,1%), Pasco (58%) y Madre de Dios (57,3%). El menor índice se registra en Moquegua (37,2%), Tacna (37%) y Arequipa (34,2%).⁽⁷⁾

La anemia es un problema multifactorial, el Ministerio de Salud a través del Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia viene

universalizando de modo progresivo la suplementación de multimicronutrientes a niños 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 niños.

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.

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.

Por ello 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.

Al realizar las prácticas en un Centro de Salud de Acobamba, consultorio de CRED, e interactuar con las madres de niños menores de 36 meses sobre el uso de los multimicronutrientes.

1.2. Delimitación de la investigación.

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud de Acobamba, distrito de Tarma, específicamente en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y desarrollo del niño Sano.

1.3. Formulación del problema.

1.3.1. Problema principal.

¿Cuál es la relación entre la actitud y cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba 2018?

1.3.2. Problemas específicos.

- ¿Qué relación existe entre la actitud en su dimensión cognitiva con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba?
- ¿Qué relación existe entre la actitud en su dimensión afectiva con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba?
- ¿Qué relación existe entre la actitud en su dimensión conductual con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con

micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba?

1.4. Formulación de objetivos.

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre la actitud y el cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Establecer la relación entre la actitud en su dimensión cognitiva con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba
- Establecer la relación entre la actitud en su dimensión afectiva con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.
- Establecer la relación entre la actitud en su dimensión conductual con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.

1.5. Justificación de la investigación.

Teórica.

La anemia es una enfermedad que afecta la salud infantil causando serios estragos en la salud que van a repercutir en su estado nutricional por

ello es de suma importancia para la profesional de enfermería quién es la encargada de realizar el diagnóstico y capacitación a las madres para que administren los micronutrientes a sus niños.

Esta es una actividad preventiva acompañada de acciones promocionales en forma individual y a grupos organizados para lograr la sensibilización.

Práctica.

Las actividades preventivo-promocionales son inherentes a la profesional de enfermería y con esta investigación se permitió conocer la realidad que presentan las madres en cuanto a su actitud para cumplir con el tratamiento de la anemia de sus niños. Por ello se trazó estrategias para mejorar este cumplimiento.

Metodológica.

En esta investigación se utilizarán los instrumentos de investigación para medir la actitud y cumplimiento del tratamiento de la anemia y permitió valorar la información que se presenta a través de sus conclusiones.

1.6. Limitaciones de la investigación.

Esta investigación no tuvo limitaciones para su ejecución debido a que previamente se realizó el estudio concienzudo de factibilidad y viabilidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio.

Vizuet Vega N, 2016. Adherencia al consumo de los suplementos alimenticios del programa Prospera, en la reducción de la prevalencia de anemia en niños menores de tres años en el estado de San Luis Potosí, México. La anemia es un factor de riesgo en la población infantil con consecuencias graves para su crecimiento y desarrollo. Los programas de ayuda alimentaria pueden contribuir a su prevención y control. Objetivo: estudiar la adherencia al consumo de suplementos y su relación con la prevalencia de anemia en niños menores de 3 años en San Luis Potosí, México beneficiarios del programa Prospera. Métodos: se realizó un análisis comparativo en niños de 12 a 36 meses que consumen diferentes

suplementos alimenticios: 414 pertenecientes al grupo de intervención y 334 al de comparación. Se midió la hemoglobina (Hb) por Hemocue clasificando como anémicos a quienes tuvieron valores < 110 g/l. Se aplicaron pruebas de t de Student y X². Se estimaron efectos de intervención mediante el método de diferencias en diferencias y un puntaje de adherencia al consumo de suplementos. Resultados: al final del estudio la prevalencia de anemia disminuyó 11,2 pp en el grupo de intervención y 8,7 pp en el de comparación; la interacción del puntaje de adherencia por suplemento y etapa de observación mostró que la adherencia al consumo de Bebida láctea + Vitaniño reduce el riesgo de presentar anemia ($p = 0,14$). El consumo de Nutrisano + Vitaniño se asoció con menor riesgo (0,2), ambos con respecto al consumo de Nutrisano. Conclusiones: el programa PROSPERA tuvo efectos importantes en la disminución de las prevalencias de anemia. Se recomienda llevar a cabo acciones para mejorar la adherencia al consumo de suplementos alimenticios, a fin de mejorar la efectividad de los programas. ⁽¹⁾

Collachagua Velásquez K. 2016, Eficacia de la suplementación con multimicronutrientes para la prevención de anemia en niños menores de 3 años en el centro de salud Sapallanga. La suplementación con los multimicronutrientes se anuncia el año 2014, tras las críticas al Gobierno porque no se estaría atendiendo la alimentación de los menores de tres años, el Ministerio de Salud anunció que niños y niñas de seis meses a tres años recibirán de manera obligatoria la suplementación con micronutrientes para prevenir la anemia, así logrando que tengan un adecuado desarrollo infantil

y combatir la desnutrición crónica. De ahí nace la investigación con la elaboración del diagnóstico situacional del centro de salud Sapallanga y se planteó como problema principal eficacia de la suplementación con multimicronutrientes para la prevención de anemia en niños menores de 3 años en el centro de salud Sapallanga – 2016, teniendo como objetivo General Identificar la eficacia de la suplementación con multimicronutrientes para la prevención de anemia en niños menores de 3 años en el Centro de Salud Sapallanga en el 2016, la Investigación fue de tipo descriptivo para lo cual se utilizó la ficha de recolección de datos , asimismo se analizó el grado de anemia que presentaron los niños menores de 3 años atendidos en el centro de salud , contando como material las historias clínicas , de esa manera identificar si los niños al finalizar la suplementación con multimicronutrientes mejoraron o no el valor de hemoglobina. Se identificó la eficacia en un 60.93% de la suplementación con multimicronutrientes para la prevención de anemia en niños menores de 3 años en el Centro de Salud Sapallanga – 2016. ⁽²⁾

Chumioque Lujan C. 2016. Cumplimiento de la directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niños y niñas menores de 36 meses en establecimientos de salud del distrito de Chiclayo en el año 2016. Objetivo: Evaluar el cumplimiento de la directiva sanitaria para la prevención de anemia con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses en establecimientos de salud del distrito de Chiclayo en el año 2016. Material y método: Se realizó un estudio no experimental, descriptivo y transversal de enfoque cuantitativo,

en una población de 6195 menores correspondientes a cinco establecimientos de salud del distrito de Chiclayo entre agosto y octubre del 2016, utilizando el programa EPIDAT3.1 con una proporción esperada del 31%, la muestra calculada fue de 313 menores; el muestreo fue por conveniencia, para el análisis de los resultados se utilizó el programa IBM SPSS 22.0 Contando con las autorizaciones pertinentes se obtuvo la información de los participantes, por lo tanto nos dirigimos a la dirección correspondiente para aplicar el cuadro de monitoreo de la suplementación. Resultados: Los resultados se obtuvieron de 307(98%) de 313 menores, 209(68.1%) cumplen parcialmente con la directiva sanitaria para la prevención de la anemia, 205(66.8%) presentaron una adherencia inadecuada. El principal malestar que refiere la madre fue el estreñimiento 80(26,1%). En lo correspondiente a la participación del centro de salud y de la comunidad, 267(87%) manifestaron si haber participado activamente con el centro de salud. Conclusión: No solo fue suficiente la entrega oportuna de los micronutrientes y la participación de la comunidad si no también adherencia. ⁽³⁾

Quispe Pineda S. 2016. Impacto de la administración de multimicronutrientes para la reducción de la anemia en los niños y niñas menores de tres años, C.S. San Francisco Tacna. La presente investigación tiene como objetivo: Evaluar el impacto de la administración de multimicronutrientes para la reducción de la anemia en los niños y niñas menores de tres años, CS. San Francisco Tacna - 2016. Es un estudio cuantitativo - correlacional, la muestra fue 97 niños(as) con dosaje a la edad

de 6 meses para iniciar la suplementación con multimicronutrientes, el instrumento utilizado fue ficha de seguimiento (MINSA). Se concluye comprobando la hipótesis planteada la cual indica que la administración de (MMN) produce impacto alto en la reducción de anemia. Se demostró con la prueba “t” Student que existe diferencia estadística significativa entre los promedios de evaluación de hemoglobina (mg/dl) basal e intermedio y final (360 dosis), $p < 0,05$.⁽⁴⁾

Izquierdo Alcántara J. 2016. Influencia del consumo de micronutrientes en la prevención y tratamiento de anemia leve en niños de 6 a 36 meses. Centro de Salud Alto Perú – Sausal- La Libertad-2016. El propósito de la presente investigación fue determinar la influencia del consumo de micronutrientes en la prevención y tratamiento de anemia leve en niños de 6 a 36 meses. Centro de Salud Alto Perú –Sausal- La Libertad -2016. Para ello el material y Método utilizado fue cuasiexperimental – corte transversal - prospectivo. La población estuvo conformada por 160 niños; de la cual se seleccionó una muestra de 66 niños entre las edades de 6 a 36 meses que acudían al Servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED). Para la recolección de información se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento el cuestionario, considerando el consentimiento informado. Para ver la confiabilidad se realizó la prueba piloto, aplicando la fórmula de Cronbach en el cual se obtuvo un resultado de 0.99, por lo que fue altamente confiable. Los resultados pre-suplementación con micronutrientes de los niños entre las edades de 6 a 36 fue el 75.76% están dentro de los valores normales de hemoglobina y el 24.24% presentan anemia leve, mientras que

en la post-suplementación con micronutrientes el 96.97% si califican como normales y un 3.03% con anemia leve; en cuanto el nivel de consumo de micronutrientes, que se realizó mediante el seguimiento y monitoreo, se obtuvo que el 46.97% su nivel de Consumo de Micronutrientes es Regular, el 30.30% el nivel es Malo y solo el 22.73% su nivel es Buena; por lo tanto el consumo de micronutrientes influye en la prevención y tratamiento de la anemia leve en niños de 6 a 36 meses .CS Alto Perú- Sausal – La Libertad - 2016, mediante la prueba estadística T de Student a un nivel de significancia del 5%.⁽⁵⁾

Guevara D, et al. 2018. Impacto de la suplementación de micronutrientes con leche en niños escolares de Quito-Ecuador. Introducción: las deficiencias de vitamina A (VA), zinc y hierro son las más comunes en escolares ecuatorianos. El objetivo del presente estudio fue estudiar la eficacia de la leche de vaca como vehículo para la suplementación de VA, zinc y hierro. Métodos: trescientos veintiocho niños en edades entre 6 y 10 años fueron incluidos en un estudio aleatorizado controlado, doble ciego durante 23 semanas; 173 niños recibieron diariamente 480 mL de leche entera (300 Kcals; G1) y 155 niños recibieron leche entera fortificada (300 Kcals, G2). Los niños tuvieron una evaluación nutricional antes y después de la suplementación. Al inicio del estudio, G1 y G2 fueron similares en género, edad, peso, y talla. Los dos tipos de leche fueron bien aceptados. Resultados: las concentraciones séricas de VA, zinc y hierro aumentaron significativamente en ambos grupos después del tratamiento. El aumento de estos micronutrientes fue significativamente mayor en los niños con

deficiencias. No hubo diferencias significativas en las concentraciones de VA, zinc y hierro entre los grupos después de la suplementación. Además, hubo un incremento en el porcentaje de niños con IMC-normal dependiente de una disminución en el número de niños con exceso de peso al final del periodo de tratamiento en G1, mientras que en G2 no hubo cambios. Los perfiles lipídicos fueron normales antes y después de la suplementación con leche en los dos grupos. Conclusiones: en resumen, tanto la leche fortificada como la no fortificada son excelentes opciones para aumentar las concentraciones de VA, zinc y hierro en escolares. ⁽⁶⁾

2.2. Bases teórico-científicas.

I. Actitudes.

1. Componentes de las actitudes.
 - a. Componente cognoscitivo.
 - b. Componente afectivo.
 - c. Componente conductual:
2. Medición de las actitudes.
3. Formación de las actitudes.
 - a. Teoría del aprendizaje.
 - b. Teoría de la consistencia cognitiva.
 - c. Teoría de la disonancia cognitiva.

II Alimentación en niños de 6 a 36 meses.

1. Grupos de alimentos.
 - Cereales, tubérculos y derivados.
 - Frutas.

- Verduras.
 - Leche y derivados.
 - Carnes, legumbres secas y huevos.
 - Azúcares o mieles.
 - Grasas.
2. Factores de riesgo.
 - a. Factores sociodemográficos y económicos.
disponibilidad de alimentos.
 - b. Factores culturales: hábitos alimentarios.
 - c. Factores sanitarios: nutrición e infecciones.
 3. Complicaciones.
 - a. Malnutrición proteico-energética.
 - b. Anemias nutricionales.
 - c. Deficiencias vitamínicas.

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

1. Finalidad.
2. Objetivos.
Objetivo general.
Objetivos específicos.
3. Disposiciones generales.
4. Suplementación con multimicronutrientes.
5. Componentes de los multimicronutrientes.
6. Beneficios de los multimicronutrientes.

- a. Hierro.
Las principales fuentes de hierro son.
 - b. Zinc.
Las principales fuentes de Zinc son.
 - c. Ácido fólico.
Las principales fuentes de Ácido fólico son.
 - d. Vitamina A.
Las principales fuentes de vitamina A son:
 - e. Vitamina C.
Las principales fuentes de vitamina C son.
7. Consecuencias por carencia de multimicronutrientes.
- a. Hierro.
 - b. Zinc.
 - c. Ácido fólico.
 - d. Vitamina A.
 - e. Vitamina C.
- Manifestaciones del escorbuto.
8. Indicaciones para la suplementación.
9. Esquema de suplementación.
- En niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas)
 - En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos.
10. Dosaje de hemoglobina.

11. Preparación del suplemento de multimicronutrientes en polvo.

12. Administración del suplemento de multimicronutrientes en polvo.

III Rol de enfermería en la estrategia de CRED.

IV. Teoría de enfermería de Nola Pender.

I 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 para 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.”⁽²⁵⁾

1. Componentes de las actitudes.

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

a. 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.

b. 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

c. 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.⁽²⁶⁾

2. 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.

3. 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.

a. 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.

b. 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.

c. Teoría de la disonancia cognitiva.

Esta teoría se creó en 1962 por León 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. ⁽²⁷⁾

II. 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 ⁽⁷⁾.

1. 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:**

Lo alimentos de este grupo se deben consumir con moderación, ya que aportan muchas calorías, y suelen contener una elevada cantidad de azúcares simples y poco 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. ⁽⁸⁾

2. Factores de riesgo.

a. 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 ven 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.

b. 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.

c. 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.

3. Complicaciones.

a. 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.

b. 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.

c. 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 ⁽⁹⁾.

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

1. 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

2. 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 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.

3. 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.

4. Suplementación con multimicronutrientes.

Es un suplemento vitamínico y mineral, en polvo constituido

por fumarato ferroso micro encapsulado, cada gramo de multimicronutrientes 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 ⁽²³⁾.

5. Componentes de los multimicronutrientes.

Los sobres de Multimicronutrientes tienen la siguiente dosis:

COMPOSICION	DOSIS
Hierro	12.5 mg (hierro elemental)
Zinc	5 mg
Acido 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-Perú.

6. Beneficios de los multimicronutrientes.

a. 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-hidroxisilasa de colesterol, enzima dependiente de hierro y ligada al sistema de los citocromos, que interviene en la transformación de colesterol a ácido cólico. ⁽¹⁰⁾

- 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 controlada 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 ⁽¹¹⁾.

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. ⁽¹²⁾

b. 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.⁽¹²⁾

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. ⁽¹³⁾

c. 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 poli glutamatos, los cuales tienen que ser convertidos en mono glutamatos por una enzima intestinal llamada conjugasa, facilitándose con ello su absorción en la parte alta del intestino delgado, ya en el interior los mono glutamatos pierden su grupo metilo por medio de una reacción que requiere cianocobalamina, transformándose de nuevo en poli glutamatos.

- 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. ⁽¹⁴⁾

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. ⁽¹⁵⁾

d. 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. ⁽¹⁶⁾

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, pejibaye, 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.⁽¹⁷⁾

e. 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.

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. ⁽¹⁸⁾

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. ⁽¹⁹⁾

7. **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. ⁽¹⁹⁾ El principal factor que determina la deficiencia de hierro es una incorporación insuficiente del hierro al organismo de acuerdo con 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. ⁽¹⁹⁾

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. ⁽¹⁹⁾

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.

- **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 ocasiona.

- **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. ⁽¹⁹⁾

- **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 cuando 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. ⁽²⁰⁾

- **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.). ⁽²¹⁾

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. ⁽²¹⁾

8. **Indicaciones para la suplementación.**

- En el establecimiento de salud el personal que contacte primero (triaje, 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).

9. **Esquema de suplementación.**

- **En niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas).**

A partir 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.**

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

10. 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 esta (a los 12 meses de la suplementación).

11. 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 esta 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.

12. 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 hemínico (vitamina C)
- Dos horas antes o después de consumir las multimicronutrientes, no beber infusiones (te, anís, manzanilla) porque que pueden interferir en la absorción de los micronutrientes. ⁽²²⁾.

III 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 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. ⁽²³⁾

IV 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. ⁽²³⁾

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. ⁽²⁴⁾

2.3. Definición de términos básicos.

a. Actitud.

Es la forma cómo las madres reaccionan o muestran tendencias de aceptación para el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños entre los 6 a 18 meses de edad.

b. Cumplimiento.

Consiste en la administración de micronutrientes bajo condiciones básicas de frecuencia, tipo de preparación, dosis y mezcla y presencia de reacciones.

c. Micronutrientes.

Los micronutrientes, conocidos también como 'chispitas', son complementos nutritivos que contienen pequeñas cantidades de hierro (prevención de la anemia), zinc (para la mejora de las defensas y reconstrucción de los tejidos), vitamina A (mejorará las defensas y buena visión), vitamina C (que mejora la absorción del Hierro y para la construcción de los tejidos) y ácido fólico, que ayudan al organismo de los menores a prevenir la anemia.

d. Niños de 6 a 18 meses.

En esta investigación se consideran a todos los niños que han sido diagnosticados a través de la prueba de tamizaje aplicado por el personal de enfermería y se ha comprobado algún grado de anemia.

e. Madres.

Todas las personas de sexo femenino que tienen hijos de 6 a 18 meses y que acuden a la estrategia de CRED del Centro de Salud de Acobamba.

2.4. Formulación de hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general.

“La actitud de las madres es poco favorable en el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba”

2.4.2. Hipótesis Específicas.

- La actitud de las madres en su dimensión cognitiva es poco favorable en el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.
- La actitud de las madres en su dimensión afectiva es poco favorable en el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.
- La actitud de las madres en su dimensión conductual es poco favorable en el cumplimiento del tratamiento de la anemia con

micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.

2.5. Identificación de variables.

Variable 1

Actitud de las madres.

Variable 2

Cumplimiento del tratamiento de anemia.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Actitud de las madres.	Reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición o abstracto o concreto denotado	Se medirá en base a las reacciones que presenta la madre frente al planteamiento de las proposiciones formuladas en el instrumento de medición y en base a sus dimensiones.	Cognitiva. Afectiva. Conductual.	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido de las chispitas. • Administración • Acompañamiento del tratamiento. • Efectividad contra la anemia • Precauciones en su preparación. • Edad de inicio del tratamiento.
Cumplimiento del tratamiento de anemia.	Es el cumplimiento estricto de la dosificación con micronutrientes para 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	Para esta investigación se evaluó solo a las madres de niños menores entre los 6 a 18 meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia. • Sobres consumidos. • Tipo de preparación. • Dosis/mezcla. Presencia de reacciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario. • Interdiario. • No le administra • Consume. • Consume poco. • No consume • Líquido. • Semilíquido • Semisólido • Ninguno • Dos cucharadas. • En todo el alimento. • No le administra • Presenta. • No precisa

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.

Es una investigación que utilizó el enfoque cuantitativo.

3.2. Métodos de investigación.

Para esta investigación se utilizarán métodos estadísticos como: deductivo, inductivo y sintéticos que permitió arribar a las conclusiones de esta investigación.

3.3. Diseño de investigación.

Es una investigación de nivel correlacional entre las variables actitud y cumplimiento del tratamiento de la anemia por las madres de los menores de 6 a 18 meses de edad.

3.4. Población y muestra.

Población.

La población estuvo conformada por madres de niños menores comprendidos entre los 6 a 18 meses de edad que asistieron a su control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano en el establecimiento del Centro de Salud de Acobamba en los meses de enero a junio del 2018.

El total de madres de niños entre los 6 a 18 meses de edad atendidas durante los meses de abril a mayo fueron de 110 madres con sus niños comprendidos entre estas edades mencionadas.

Muestra.

Aplicando la fórmula de estimación del tamaño de población para poblaciones finitas nos indicaron un tamaño de muestra con 86 madres con niños entre los 6 a 18 meses de edad.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnicas:

- **Registro.**

A través de esta técnica se aplicaron los dos instrumentos, en caso del test actitudinal se procedió a entregar a cada madre objeto a estudio un instrumento y se les explicó la forma en que deberán marcar sus opiniones en los espacios que ellas consideraron pertinente.

En caso de la ficha de registro la investigadora procedió a marcar en los espacios correspondientes el cumplimiento del tratamiento con micronutrientes a sus niños.

Instrumentos.

- **Test actitudinal.**

Este instrumento constó de 3 datos generales y 21 items específicos referentes a la evaluación de la actitud de las madres en el tratamiento que debe administrar a sus niños con micronutrientes (chispitas). Este instrumento tuvo tres alternativas de respuesta: de acuerdo, indiferente y desacuerdo.

La valoración total del instrumento nos permitió clasificar la actitud de las madres en; actitud favorable, actitud poco favorable y actitud desfavorable.

- **Ficha de registro.**

Este instrumento permitió determinar el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres a sus menores de edad. Este instrumento constó de 5 items con criterios de respuesta que nos permitió clasificar el grado de cumplimiento en: óptimo, cumplimiento parcial y no cumple.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

El procesamiento de la información se hizo a través de los paquetes estadísticos Excel y SPSS V24. Para ello se procederá a lo siguiente:

- Codificación de los instrumentos de investigación.
- Construcción de la base de datos.
- Tabulación electrónica de los datos.

3.7. Tratamiento estadístico.

- Construcción de las tablas estadísticas que dieron respuesta a cada uno

de los objetivos planteados en la investigación.

- Presentación de las tablas estadísticas y aplicación del contraste de hipótesis a través de la prueba de correlación de Spearman.
- Se realizó el análisis e interpretación de los resultados de investigación.
- Se procedió a formular las conclusiones, resultados y recomendaciones de la investigación.

3.8. Orientación ética.

Para esta investigación se utilizó el formato del consentimiento informado por cada participante, haciendo de su conocimiento el propósito y los objetivos del mencionado estudio de investigación; con la finalidad de que cada participante tuviera el conocimiento completo y este de acuerdo con su participación voluntaria en el estudio, además el participante tuvo la oportunidad para decidir retirarse o no del estudio en cuanto ella lo creía conveniente.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.

La investigación se ha llevado a cabo en el Centro de Salud de Acobamba, específicamente en la Estrategia Sanitaria del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano. En el año 2018.

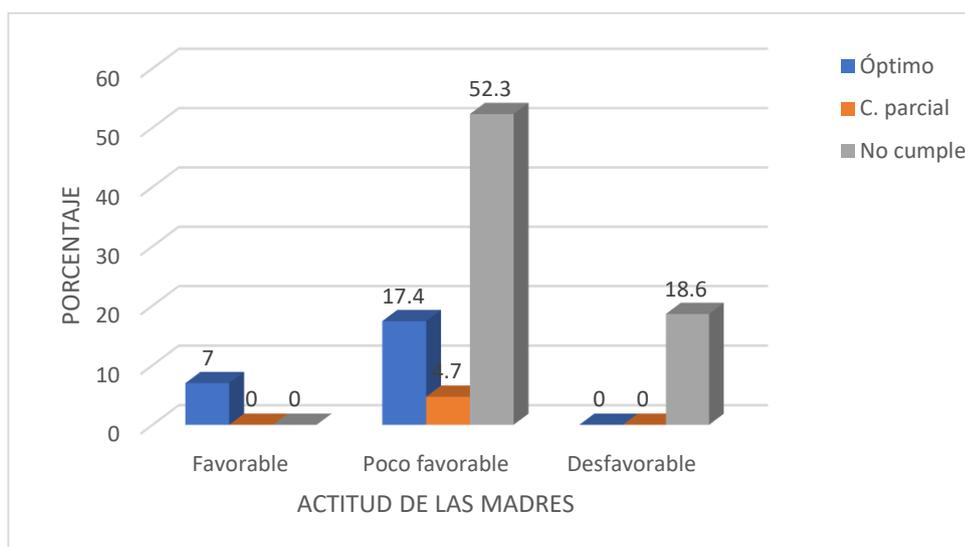
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

TABLA N° 01

**ACTITUD SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LAS MADRES AL
TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES
EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE
SALUD DE ACOBAMBA 2018**

ACTITUD	CUMPLIMIENTO						Total	
	Óptimo		Cumplimiento Parcial		No cumple			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	6	7,0	0	0,0	0	0,0	6	7,0
Poco favorable	15	17,4	4	4,7	45	52,3	64	74,4
Desfavorable	0	0,0	0	0,0	16	18,6	16	18,6
Total	21	24,4	4	4,7	6	70,9	86	100,0

Fuente: Test actitudinal, Ficha de registro aplicado a las madres.



COMENTARIO:

En la tabla N° 01 se asocian las dos variables principales de la investigación en la que se observa que la actitud de las madres frente al cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba es poco favorable; 74,4% (64) y no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico porque argumentan una serie de justificaciones sobre los efectos que les causan a sus niños.

El 18,6% de madres presentan actitud poco desfavorable frente a la administración del tratamiento antianémico de ellos el 17,4% cumplen óptimamente con el tratamiento, y un 7% de madres muestran actitud favorable frente al cumplimiento de este tratamiento.

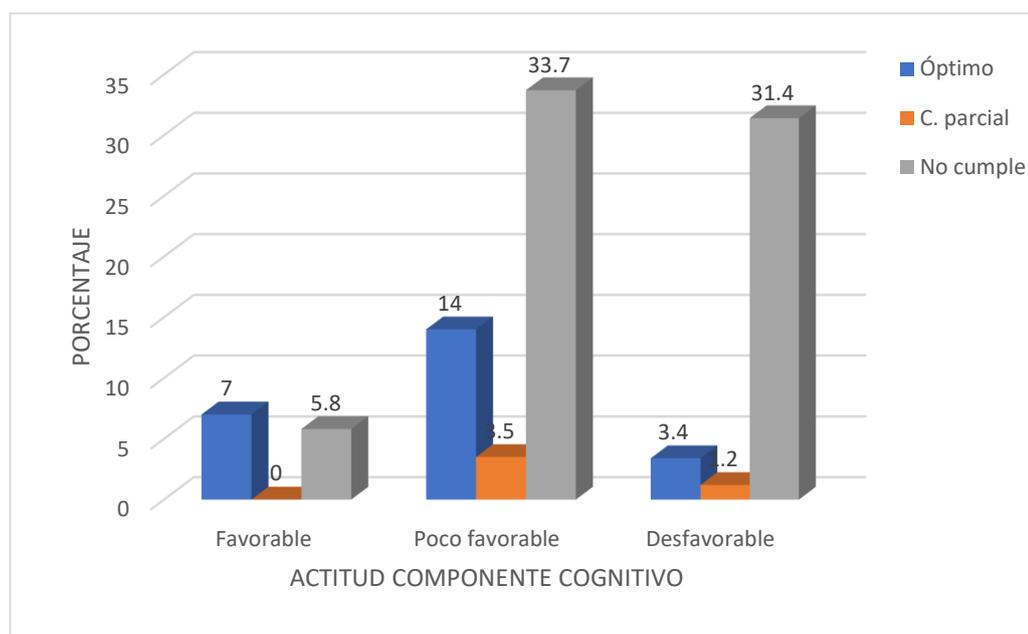
Se puede establecer que sí existe correlación significativa por lo que se establece la confirmación de la hipótesis de investigación contrastada.

TABLA N° 02

ACTITUD EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE COGNITIVO SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LAS MADRES AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018

COMPONENTE COGNITIVO	CUMPLIMIENTO						Total	
	Óptimo		Cumplimiento Parcial		No cumple			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	6	7,0	0	0,0	5	5,8	11	12,8
Poco favorable	12	14,0	3	3,5	29	33,7	44	51,2
Desfavorable	3	3,4	1	1,2	27	31,4	31	36,0
Total	21	24,4	4	4,7	61	70,9	86	100,0

Fuente: Test actitudinal, Ficha de registro aplicado a las madres.



COMENTARIO:

En la tabla N° 02 se asocian las variables; actitud según su componente cognitivo y el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba en la que se observa que la actitud de las madres es poco favorable en el 51,2% (44) y no cumplen con

administrar el tratamiento anti anémico.

El 36,0% de madres presentan actitud desfavorable frente a la administración del tratamiento antianémico y de de ellas el 31,4% (27) no cumplen con el tratamiento, y el 12,8% de madres muestran actitud favorable frente al cumplimiento de este tratamiento.

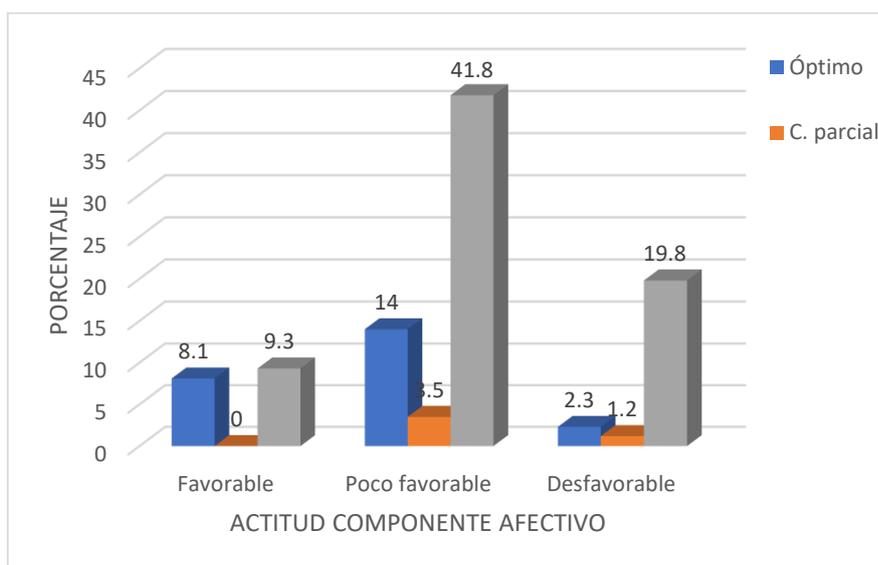
Con este resultado se pudo establecer que existe correlación significativa por lo que se establece la confirmación de la hipótesis de investigación contrastada.

TABLA N° 03

ACTITUD EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE AFECTIVO SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LAS MADRES AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018

COMPONENTE AFECTIVO	CUMPLIMIENTO						Total	
	Óptimo		Cumplimiento Parcial		No cumple			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	7	8,1	0	0,0	8	9,3	15	17,4
Poco favorable	12	14,0	3	3,5	36	41,8	51	59,3
Desfavorable	2	2,3	1	1,2	17	19,8	20	23,3
Total	21	24,4	4	4,7	61	70,9	86	100,0

Fuente: Test actitudinal, Ficha de registro aplicado a las madres.



COMENTARIO:

En la tabla N° 03 se asocian las variables; actitud según su componente afectivo y el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses atendidos en el Centro de Salud de Acobamba en la que se observa que la actitud de las madres es poco favorable en el 59,3% (51) y el 41,8% no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños.

El 23,3% (20) de madres presentan actitud desfavorable frente a la administración del tratamiento antianémico y de ellas el 19,8 (17) no cumplen con el tratamiento, y del 17,4% (15), el 8,1% (7) madres muestran actitud favorable frente al cumplimiento de este tratamiento.

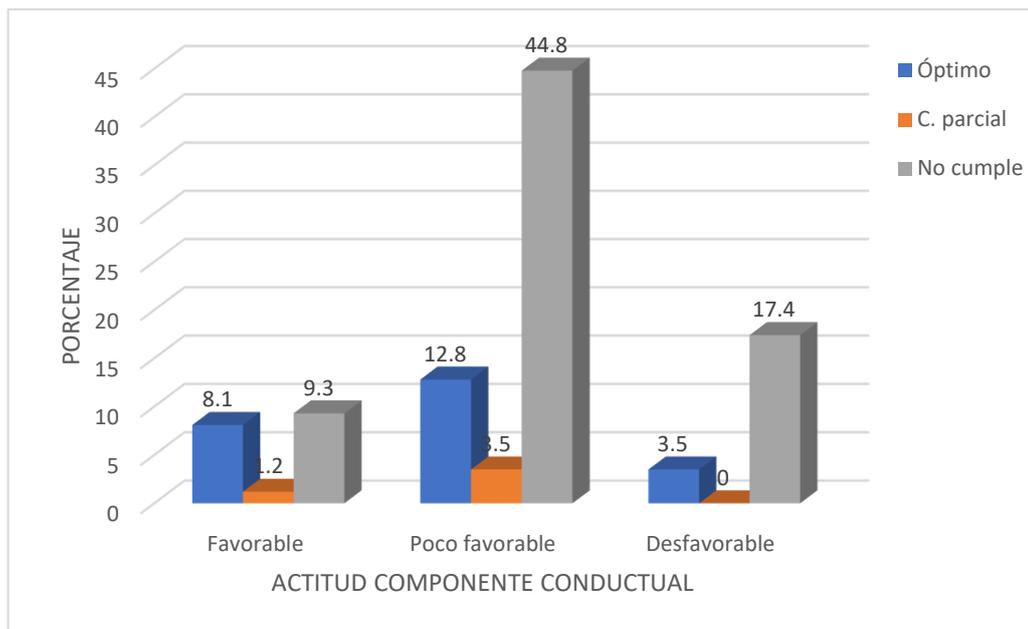
Con este resultado se pudo establecer que existe correlación significativa por lo que se establece la confirmación de la hipótesis de investigación contrastada.

TABLA N° 04

ACTITUD EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE CONDUCTUAL SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LAS MADRES AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018

COMPONENTE CONDUCTUAL	CUMPLIMIENTO						Total	
	Óptimo		Cumplimiento Parcial		No cumple			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	7	8,1	1	1,2	8	9,3	16	18,6
Poco favorable	11	12,8	3	3,5	38	44,2	52	60,5
Desfavorable	3	3,5	0	0,0	15	17,4	18	20,9
Total	21	24,4	4	4,7	61	70,9	86	100,0

Fuente: Test actitudinal, Ficha de registro aplicado a las madres.



COMENTARIO:

En la tabla N° 04 se asocian las variables; actitud según su componente conductual con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses atendidos en el Centro de Salud de Acobamba en la que se observa que la actitud de las madres es poco favorable en el 60,5% (52) y de ellas el 44,2% (38) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños.

El 20,9% (18) madres presentan actitud desfavorable frente a la administración del tratamiento antianémico y de ellas el 17,4 (15) no cumplen con el tratamiento.

Así mismo se observa que del 18,6% (16), madres muestran actitud favorable frente al cumplimiento de este tratamiento, y el 8,1% (7) cumplen óptimamente con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños.

Con este resultado se pudo establecer que existe correlación significativa por lo que se establece la confirmación de la hipótesis de investigación contrastada.

TABLA N° 05

**ACTITUD POR CUMPLIMIENTO DE LAS MADRES AL
TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN
NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA
2018**

CUMPLIMIENTO	ACTITUD						Total	
	Favorable		Poco favorable		Desfavorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FRECUENCIA								
Diario	6	7,0	7	8,1	0	0,0	13	15,1
Interdiario	0	0,0	12	14,0	0	0,0	12	14,0
No le administra	0	0,0	45	52,3	16	18,6	61	70,9
SOBRES CONSUMIDOS								
Consume	6	7,0	17	19,8	0	0,0	23	26,7
Consume poco	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2
No consume	0	0,0	46	53,5	16	18,6	62	72,1
TIPOS DE PREPARACIÓN								
Líquido	0	0,0	6	7,0	0	0,0	6	7,0
Semilíquido	6	7,0	12	14,0	0	0,0	18	20,9
Semisólido	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Ninguno	0	0,0	45	52,3	16	18,6	61	70,9
DOSIS MEZCLA								
Dos cucharadas	6	7,0	15	17,4	0	0,0	21	24,4
Con el alimento	0	0,0	4	4,7	0	0,0	4	4,7
No le administra	0	0,0	45	52,3	16	18,6	61	70,9
REACCIONES								
Presenta	6	7,0	55	64,0	11	12,8	72	83,7
No precisa	0	0,0	9	10,5	5	5,8	14	16,3

Fuente: Test actitudinal, Ficha de registro aplicado a las madres.

COMENTARIO:

En la tabla N° 05 se asocian las variables; actitud y el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses atendidos en el Centro de Salud de Acobamba en la que se observa:

El 70,9%, (61) de madres no administran el tratamiento a sus niños y tienen actitud poco favorable el 52,3% (45).

El 72,9%, (62) de madres no hacen consumir los sobres con micronutrientes a sus niños y presentan actitud poco favorable el 53,5% (46).

El 70,9%, (61) de madres utilizan ninguna preparación para acompañar el tratamiento ya que no lo administran, y presentan actitud poco favorable el 52,3% (45).

El 70,9%, (61) de madres no administran la dosis de tratamiento y de ellas el 52,3 (46) presentan actitud poco favorable.

El 83,7%, (72) madres refieren que los niños presentan reacciones cuando reciben el tratamiento con micronutrientes para combatir la anemia y el 64% (55) presentan actitud poco favorable frente al tratamiento.

Con estos resultados se pueden establecer que existe correlación significativa por lo que se establece la confirmación de las hipótesis de investigación.

TABLA N° 05-A

ACTITUD DE LAS MADRES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018

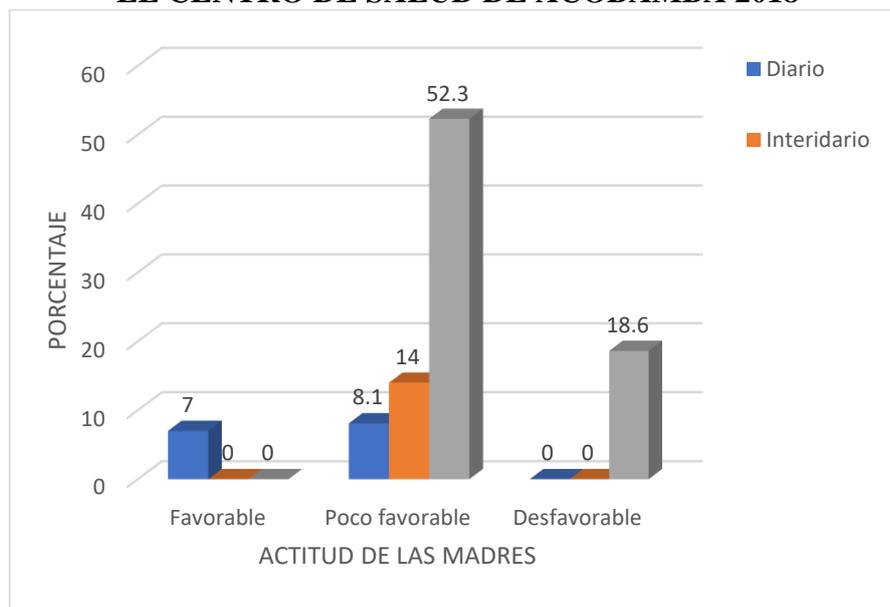


TABLA N° 05-B

ACTITUD DE LAS MADRES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LOS SOBRES CONSUMIDOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018

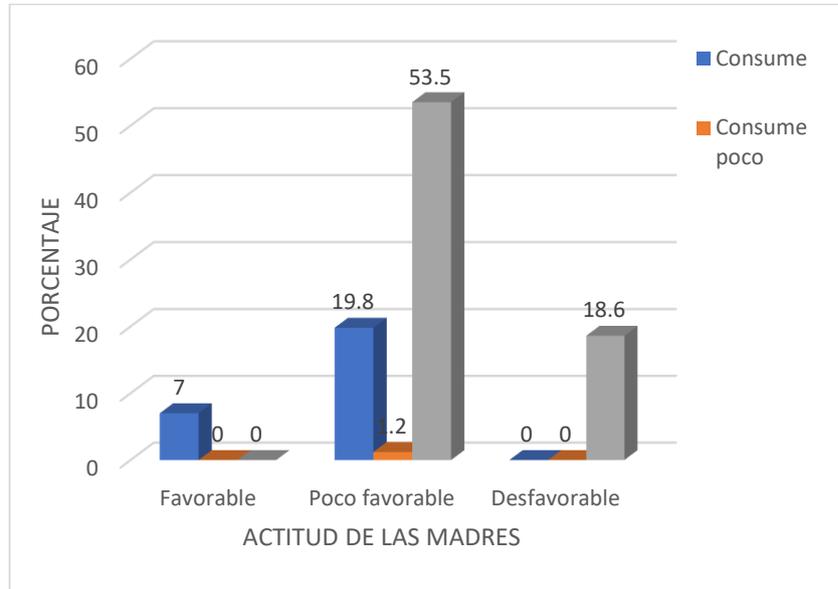


TABLA N° 05-C

ACTITUD DE LAS MADRES SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL TIPO DE PREPARACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018

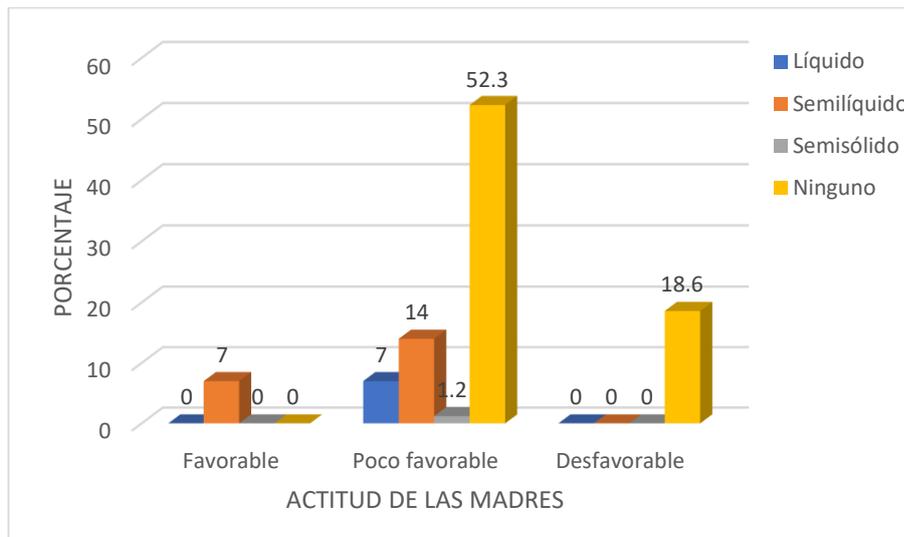


TABLA N° 05-D

ACTITUD DE LAS MADRES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA DOSIS MEZCLA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018

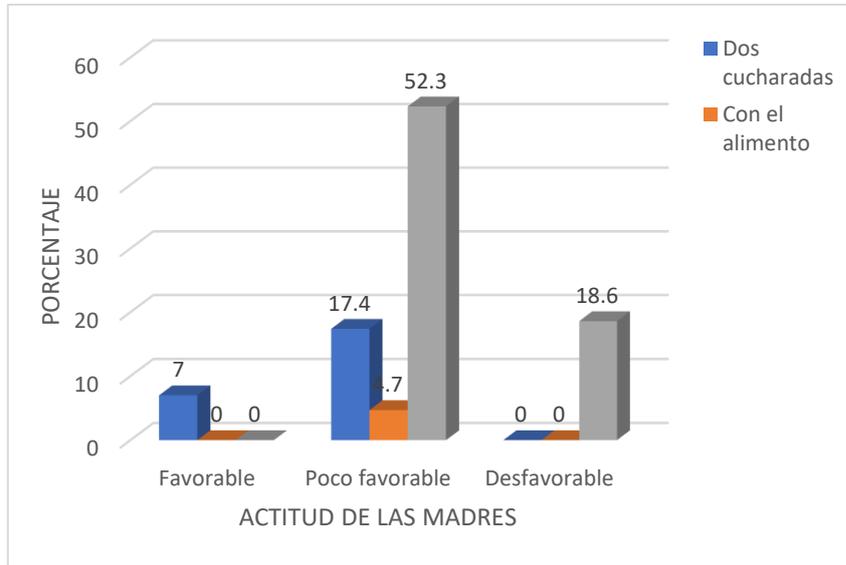
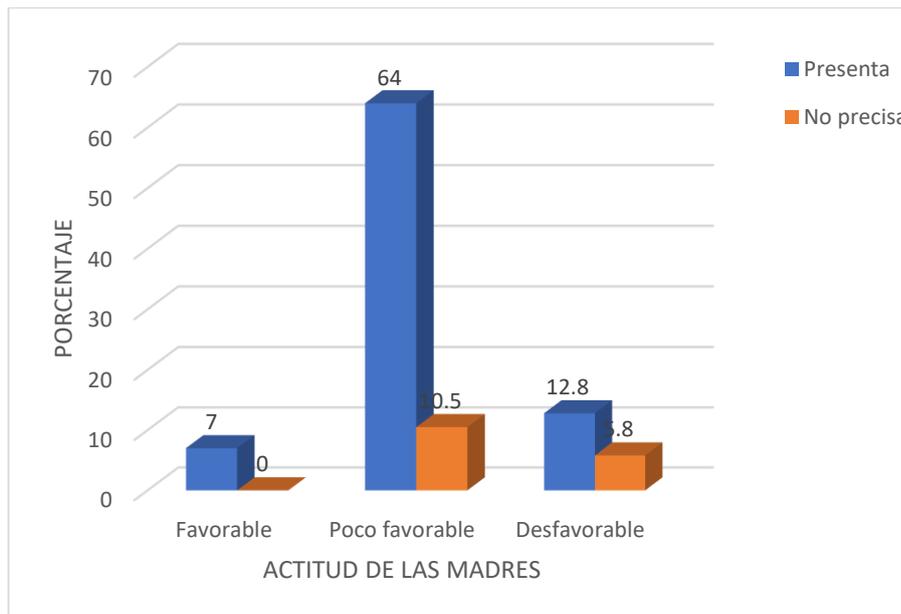


TABLA N° 05-E

ACTITUD DE LAS MADRES SEGÚN CUMPLIMIENTO EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS REACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018



4.3. Prueba de hipótesis.

**TABLA N° 01
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN**

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,922	,005	21,841	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,986	,006	54,140	,000 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

**TABLA N° 02
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN**

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,323	,100	3,124	,002 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,313	,097	3,022	,003 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

**TABLA N° 03
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN**

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,249	,102	2,355	,021 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,236	,101	2,229	,028 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

TABLA N° 04
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,217	,108	2,038	,045 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,222	,107	2,091	,040 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

TABLA N° 05-A
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,911	,023	20,214	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,945	,031	26,451	,000 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

TABLA N° 05-B
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,909	,016	19,948	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,964	,024	33,463	,000 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

TABLA N° 05-C
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,873	,017	16,377	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,972	,012	37,838	,000 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

TABLA N° 05-D
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,922	,005	21,841	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,986	,006	54,140	,000 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

TABLA N° 05-E
PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS
CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,261	,041	2,481	,015 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,279	,044	2,666	,009 ^c
N de casos válidos		86			

Valor $P < 0,05 \rightarrow$ Es significativo

Ha = Se acepta

Ho = Se rechaza

4.4. Discusión de resultados.

En la investigación efectuada en el Centro de Salud de Acobamba se ha llegado a las siguientes conclusiones; La actitud de las madres frente al cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses es poco favorable; 74,4% (64) y el 52,3% no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico.

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 para 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.

Adherencia al consumo de los suplementos alimenticios del programa Prospera, en la reducción de la prevalencia de anemia en niños menores de tres años en el estado de San Luis Potosí, México. La anemia es un factor de riesgo en la población infantil con consecuencias graves para su crecimiento y desarrollo. Los programas de ayuda alimentaria pueden contribuir a su prevención y control. Objetivo: estudiar la adherencia al consumo de suplementos y su relación con la prevalencia de anemia en niños menores de 3 años en San Luis Potosí, México beneficiarios del

programa Prospera. Métodos: se realizó un análisis comparativo en niños de 12 a 36 meses que consumen diferentes suplementos alimenticios: 414 pertenecientes al grupo de intervención y 334 al de comparación. Se midió la hemoglobina (Hb) por Hemocue clasificando como anémicos a quienes tuvieron valores < 110 g/l. Se aplicaron pruebas de t de Student y X². Se estimaron efectos de intervención mediante el método de diferencias en diferencias y un puntaje de adherencia al consumo de suplementos. Resultados: al final del estudio la prevalencia de anemia disminuyó 11,2 pp en el grupo de intervención y 8,7 pp en el de comparación; la interacción del puntaje de adherencia por suplemento y etapa de observación mostró que la adherencia al consumo de Bebida láctea + Vitaniño reduce el riesgo de presentar anemia ($p = 0,14$). El consumo de Nutrisano + Vitaniño se asoció con menor riesgo (0,2), ambos con respecto al consumo de Nutrisano. Conclusiones: el programa PROSPERA tuvo efectos importantes en la disminución de las prevalencias de anemia. Se recomienda llevar a cabo acciones para mejorar la adherencia al consumo de suplementos alimenticios, a fin de mejorar la efectividad de los programas. ⁽¹⁾

Otro resultado menciona que las actitudes de las madres en el componente cognitivo son poco favorable en el 51,2% (44) y de ellas el 33,7% (29) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico. El 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.

La actitud de las madres en el componente afectivo es poco favorable en el 59,3% (51) y de ellas el 41,8% (36) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños.

El 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.

La actitud de las madres en el componente conductual es poco favorable en el 60,5% (52) y de ellas el 44,2% (38) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños. 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. ⁽²⁶⁾

El 70,9%, de madres no administran el tratamiento y el 72,9%, no hacen consumir los sobres con micronutrientes, el 70,9%, no utilizan ninguna preparación para acompañar el tratamiento, el 70,9%, no administran la dosis de tratamiento y el 83,7% refieren que los niños presentan reacciones cuando reciben el tratamiento con micronutrientes para combatir la anemia y por ello se estableció que presentan actitud poco favorable frente al tratamiento.

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.

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.

CONCLUSIONES

1. La actitud de las madres frente al cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses es poco favorable; 74,4% (64) y el 52,3% no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico.
2. La actitud de las madres en el componente cognitivo es poco favorable en el 51,2% (44) y de ellas el 33,7% (29) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico.
3. La actitud de las madres en el componente afectivo es poco favorable en el 59,3% (51) y de ellas el 41,8% (36) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños.
4. La actitud de las madres en el componente conductual es poco favorable en el 60,5% (52) y de ellas el 44,2% (38) no cumplen con administrar el tratamiento anti anémico a sus niños.
5. El 70,9%, de madres no administran el tratamiento y el 72,9%, no hacen consumir los sobres con micronutrientes, el 70,9%, no utilizan ninguna preparación para acompañar el tratamiento, el 70,9%, no administran la dosis de tratamiento y el 83,7% refieren que los niños presentan reacciones cuando reciben el tratamiento con micronutrientes para combatir la anemia y por ello se estableció que presentan actitud poco favorable frente al tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. A los responsables de la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo incentivar a que sensibilicen a las madres de familia para que cumplan con administrar el tratamiento a sus niños, ya que es un medio muy necesario para recuperar la anemia y disminuir los riesgos a su salud.
2. Las madres deben de mejorar su actitud cognitiva frente a la anemia elevando su nivel de conocimiento que favorecerá la aceptación a los micronutrientes como tratamiento para controlar la anemia de sus niños.
3. Se sugiere al personal de salud que trabajen con las madres en la mejora de la actitud en el componente afectivo para la aceptación del tratamiento de la anemia con micronutrientes a los menores de 6 a 18 meses de edad.
4. Se sugiere a las madres a mejorar su actitud conductual frente a la anemia y aceptar la administración de micronutrientes aún éstas presenten reacciones adversas que influyen a su rechazo en su utilización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vizuet Vega N, Shamah Levy T, Gaona Pineda E, Cuevas Nasu L, Méndez Gómez-Humarán I. Adherencia al consumo de los suplementos alimenticios del programa PROSPERA, en la reducción de la prevalencia de anemia en niños menores de tres años en el estado de San Luis Potosí, México. *Nutrición Hospitalaria* [serial on the Internet]. (2016, July), [cited August 31, 2018]; 33(4): 782-789. Available from: Food Science Source.
2. Guevara D, Reyes S, López M, Flores N, Aguirre S, Baldeón M, et al. Impacto de la suplementación de micronutrientes con leche en niños escolares de Quito-Ecuador. *Nutrición Hospitalaria* [serial on the Internet]. (2018, Jan), [cited August 31, 2018]; 35(1): 50-58. Available from: Food Science Source.
3. Collachagua Velásquez K, Torres Guillen C. Eficacia de la suplementación con multimicronutrientes para la prevención de anemia en niños menores de 3 años en el centro de salud Sapallanga-2016 [monograph on the Internet]. [place unknown]: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2017. [cited August 31, 2018]. Available from: Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto (ALICIA).
4. Chumioque Lujan C. Cumplimiento de la directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niños y niñas menores de 36 meses en establecimientos de salud del distrito de Chiclayo en el año 2016 [monograph on the Internet]. [place unknown]: Universidad de San Martín de Porres, Chiclayo, Perú.; 2018.

[cited August 31, 2018]. Available from: Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto (ALICIA).

5. Quispe Pineda S. Impacto de la administración de multimicronutrientes para la reducción de la anemia en los niños y niñas menores de tres años, C.S. San Francisco Tacna – 2016 [monograph on the Internet]. [place unknown]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017. [cited August 31, 2018]. Available from: Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto (ALICIA).
6. Izquierdo Alcántara J. Influencia del consumo de micronutrientes en la prevención y tratamiento de anemia leve en niños de 6 a 36 meses. Centro de Salud Alto Perú – Sausal- La Libertad-2016 [monograph on the Internet]. [place unknown]: Universidad César Vallejo; 2016. [cited August 31, 2018]. Available from: Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto (ALICIA).
7. Guía familiar para promover la alimentación saludable en la primera infancia. Alimentación Saludable. 2011:1-27
8. Rioja Salud. Alimentación equilibrada en los niños de 1 a 3 años: 1-20.
9. Montoya SP. Alimentación, nutrición y salud: 1-31.
10. 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>
11. Del Águila V C, Falen B J. Crecimiento y desarrollo y evaluación nutricional. Lima: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional

Federico Villarreal; 2005.

12. Sato APS, Fujimori E, Szarfarc SC, Borges ALV, Tsunechiro 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
13. 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>
14. 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>
15. Varela MG, Alonso AE. Ácido fólico y salud. Madrid: Fundación española de nutrición; 1999.
16. Walley L, Wong Donna L. Enfermería pediátrica. 4ª Ed. Madrid: Mosby/doyma libros; 1995.
17. Flórez L. Vitaminas liposolubles e hidrosolubles. [Revista online] 2010 [Consultado 31 mayo 2015]. Disponible en: http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/650_59vitaminas%20liposolubles%20e%20hidrosolubles.pdf
18. VitaBasix. Vitamina C. [Revista on-line] 2010 [Consultado 31 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.vitabasix.com/fileadmin/content/produktInfoPDFs/esPDF/Prod>

uktinfoVitamina_C_ES.pdf

19. 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
20. 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
21. 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>
22. Ministerio de Salud. El hierro. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
23. 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>
24. Cisneros GF. Teorías y modelos de enfermería. [Revista on-line] [Consultado 9 agosto 2016]

Disponible:<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

25. Grupo de Investigación Edufísica. Las actitudes. Revista EDUFISICA.[Revista on-line] [Consultado 20 junio 2015]
Disponible:<http://www.edufisica.com/Formato.pdf>.
26. Ubillos U, Mayordomo S. Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. .2013:5-9
27. Construcción de escalas para la evaluación de actitudes. 2013:27-33.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA
ACTITUD Y CUMPLIMIENTO DE LAS MADRES EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON MICRONUTRIENTES
EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOBAMBA 2018

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general. ¿Cuál es la relación entre la actitud y cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba 2018?</p> <p>Problemas específicos.</p> <p>1. ¿Qué relación existe entre la actitud en su dimensión cognitiva con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba?</p> <p>2. ¿Qué relación existe entre la actitud en su dimensión afectiva con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba?</p> <p>3. ¿Qué relación existe entre la actitud en su dimensión conductual con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba?</p>	<p>Objetivo general. Determinar la relación entre la actitud y el cumplimiento de las madres en el tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>1. Establecer la relación entre la actitud en su dimensión cognitiva con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba</p> <p>2. Establecer la relación entre la actitud en su dimensión afectiva con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.</p> <p>3. Establecer la relación entre la actitud en su dimensión conductual con el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes por las madres de niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba</p>	<p>Hipótesis general. La actitud de las madres es poco favorable en el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.</p> <p>Hipótesis específicas.</p> <p>1. La actitud de las madres en su dimensión cognitiva es poco favorable en el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.</p> <p>2. La actitud de las madres en su dimensión afectiva es poco favorable en el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.</p> <p>3. La actitud de las madres en su dimensión conductual es poco favorable en el cumplimiento del tratamiento de la anemia con micronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud de Acobamba.</p>	<p>Actitud</p> <p>Cumplimiento</p>	<p>Cognitiva.</p> <p>Afectiva.</p> <p>Conductual.</p> <p>• Frecuencia.</p> <p>• Sobres consumidos.</p> <p>• Tipo de preparación.</p> <p>• Dosis/mezcla.</p> <p>• Presencia de reacciones.</p>	<p>• Composición del producto.</p> <p>• Frecuencia de administración</p> <p>• Método de conservación</p> <p>• Ventajas del producto</p> <p>• Desventajas del producto.</p> <p>• Diario.</p> <p>• Interdiario.</p> <p>• No le da</p> <p>• < del 50% de lo entregado por mes.</p> <p>• Más del 50% de lo entregado por mes.</p> <p>• No consume</p> <p>• Líquido.</p> <p>• Semi sólido</p> <p>• Sólido</p> <p>• Ninguno</p> <p>• Dos cucharadas.</p> <p>• En todo el alimento.</p> <p>• No le da</p> <p>• Presenta.</p> <p>• No presenta.</p>	<p>Tipo de Investigación. Enfoque cuantitativo, observacional de corte transversal</p> <p>Diseño de investigación. Observacional de nivel correlacional.</p> <p>Muestra: 86 madres.</p> <p>Instrumentos y Técnicas de recolección de datos. Instrumentos. Test actitudinal Ficha de registro</p> <p>Técnicas. Registro.</p> <p>Análisis de datos Estadística descriptiva y la estadística inferencial para establecer la contrastación de la hipótesis a través de la prueba de correlación de Spearman</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 01

TEST ACTITUDINAL

DATOS GENERALES:

a. Edad de la madre.

1. 16 – 25 años ()
2. 26 – 35 años ()
3. 36 a más años ()

b. Procedencia.

1. Acobamba urbano. ()
2. Acobamba rural. ()
3. Otros anexos ()

c. N° de hijos.

1. 1 hijo ()
2. 2 – 3 hijos ()
3. Especifique()

DATOS ESPECÍFICOS:

PROPOSICIONES POR DIMENSIÓN		De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
COMPONENTE COGNITIVO.				
1.	Las Chispitas Nutricionales contienen hierro, vitamina A, zinc, vitamina C y ácido fólico.			
2.	Las Chispitas Nutricionales contienen proteínas, carbohidratos y grasas			
3.	Las chispitas Nutricionales se administran todos los días.			
4.	Las Chispitas Nutricionales se le da al niño (a) con dos cucharaditas de comida.			
5.	Las Chispitas Nutricionales están mejor en un lugar fresco, seco, que no les dé la luz del sol y fuera del alcance de los niños.			
6.	Las Chispitas Nutricionales protegen contra la anemia.			
7.	Las Chispitas Nutricionales no le producen fiebre y protegen al niño (a)			
8.	Las Chispitas Nutricionales no se deben hervir, cocinar o calentar.			
9.	Las Chispitas Nutricionales una vez abierto deben darse todo en ese momento.			

10.	Las Chispitas Nutricionales se les da a los niños (as) a partir de los 6 meses y durante seis meses.			
COMPONENTE AFECTIVO				
11.	Las sustancias que contienen las Chispitas Nutricionales son buenas para los niños.			
12.	Se interesa saber sobre lo que contiene las Chispitas Nutricionales.			
13.	Se interesa alimentar a su niño con las Chispitas Nutricionales			
14.	Me siento a gusto cuando le doy las Chispitas Nutricionales con sus comidas blandas.			
15.	Me interesa guardar bien las Chispitas Nutricionales porque así no le causará daño a mi niño.			
16.	Estoy contenta por conocer las ventajas y desventajas de las Chispitas Nutricionales.			
COMPONENTE CONDUCTUAL.				
17.	Se informará más sobre lo que contienen las Chispitas Nutricionales.			
18.	Le daré las chispitas nutricionales en el horario indicado.			
19.	Llevaré un registro de los días que debe darle las Chispitas Nutricionales a su niño			
20.	Tendré cuidado de buscar un buen lugar para guardar las Chispitas Nutricionales.			
21.	Me informaré más sobre las ventajas y desventajas que tienen las Chispitas Nutricionales.			

VALORACIÓN:

ACTITUD	Puntaje
Actitud favorable	52 - 63
Actitud poco favorable	32 - 51
Actitud desfavorable	21 - 31

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 02
FICHA DE REGISTRO

DATOS GENERALES:

a. Edad de la madre.

1. 16 – 25 años ()
2. 26 – 35 años ()
3. 36 a más años ()

b. Procedencia.

1. Acobamba urbano. ()
2. Acobamba rural. ()
3. Otros anexos ()

c. N° de hijos.

1. 1 hijo ()
2. 2 – 3 hijos ()
3. Especifique()

DATOS ESPECÍFICOS:

Cumplimiento del tratamiento	Criterios	Valoración
Frecuencia.	• Diario.	2
	• Interdiario.	1
Sobres consumidos.	• Cumple estrictamente	3
	• Más del 50% de lo entregado por mes.	2
	• < del 50% de lo entregado por mes.	1
	• No hace consumir a su niño.	0
Tipo de preparación.	• Líquido.	2
	• Semi sólido	1
	• Sólido	0
Dosis/mezcla.	• Dos cucharadas.	2
	• En todo el alimento.	1
Presencia de reacciones.	• Presenta.	1
	• No presenta.	0

VALORACIÓN:

CUMPLIMIENTO	Puntaje
Óptimo	07 – 10
Parcial	04 – 06
No cumple	00 – 03