UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERU

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE EL USO DE MICRONUTRIENTES EN MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 36 MESES, ATENDIDAS EN CRED DEL C.S. TUPAC AMARU, IQUITOS – 2017

Autoras:

BACH. ENF. RIOS RIOS, HEYDI SHEYLA

BACH. ENF. MACEDO DAHUA, WENDY MILAGROS

Asesora Interna:

LIC. ENF. ELVIA BETTY MALAFAYA RIVERA

Asesora Externa:

DRA. ROSSANA TORRES SILVA

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

IQUITOS – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la vida y salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

A mi madre REYNA RIOS, por su apoyo en todo momento, por sus sabios consejos, por su amor, valores inculcados y por la motivación constante que me permitieron ser una persona de bien.

A mi esposo PERCY RAMOS, por su apoyo incondicional, por su amor y paciencia, por confiar en mi capacidad, y apoyo en mi carrera profesional para un futuro mejor.

Heydi

DEDICATORIA

A mis queridos padres TONY EDGAR MACEDO VELA Y MERY DAHUA CANAYO, que día a día me mostraron su apoyo y me motivaron a continuar mis estudios, por sus consejos, su amor y bendiciones, que hicieron que jamás pierda el entusiasmo y ganas infinitas de terminar la carrera profesional.

A FERNANDO SALVADOR LINARES MACEDO, mi Hijo, que pese haber sacrificado muchos momentos de estar juntos, sé que valió la pena, porque en el futuro compartiremos juntos los éxitos.

A mi Angelito José Fernando Macedo Valles, sé que desde el cielo estará feliz por el mérito logrado.

A mis familiares en general, infinitas gracias por tanto apoyo moral que también me motivaron a cumplir mis objetivos.

Wendy

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes por su valioso tiempo, dedicación y compromiso con la docencia universitaria, a ellos nuestro mayor respeto y aprecio.

A nuestra asesora externa Dra. Rossana Torres Silva, con mucha estima y especial reconocimiento, por su desinteresada e incondicional apoyo, su valiosa y acertada orientación, y a la asesora interna Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera, por compartir sus conocimientos y experiencias, e inculcar en nosotras el espíritu de superación.

Al jurado examinador Mgr. Edita Zamora Julca (Presidente), Dra. Juana Evangelista Fernández Sánchez (Miembro) y Mgr. Gregorio Heredia Quezada (Miembro), por sus valiosa contribución y relevantes aportes durante el desarrollo del presente estudio de investigación.

Al personal del C.S. Túpac Amaru, Lic. Enf. Nadia Laulate Lozano, administrativos, madres de familia atendidas en CRED, por su colaboración durante la ejecución del presente estudio.

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 10 días del mes de Enero del 2018, siendo las 6:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según **Resolución Decanal N° 025- 2017-UCP-FCS**, de fecha 13 de Enero del 2017, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

- **Mgr. Edita Zamora Julca** — **Presidente**
- **Dra. Juana Evangelista Fernández Sánchez** — **Miembro**
- **Med. Mgr. Gregorio Heredia Quezada** — **Miembro**

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: **"CONOCIMIENTO Y PRACTICAS SOBRE EL USO DE MICRONUTRIENTES EN MADRES DE NIÑOS (AS) DE 6 A 36 MESES, ATENDIDAS EN CRED DEL C.S. TUPAC AMARU, IQUITOS-2017"**, de las Bachilleres **en Enfermería: HEYDI SHEYLA RIOS RIOS y WENDY MILAGROS MACEDO DAHUA**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, que otorga la **UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma.....SATISFACTORIA.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A)Aplicación de la teoría a casos reales	3	3	3	
B) Investigación Bibliográfica	4	3	3	
C)Competencia expositiva(claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	3	3	3	
D) Calidad de respuestas	3	4	4	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
CALIFICACIÓN FINAL	16	16	16	

RESULTADO:

APROBADO POR:.....UNANIMIDAD.....

CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS).....DIECISEIS

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos

Mgr. Edita Zamora Julca
Presidente

Dra. Juana Evangelista Fernández Sánchez
Miembro

Med. Mgr. Gregorio Heredia Quezada
Miembro

APROBACIÓN

TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PUBLICA DEL DIA.....10.....MES.....ENERO.....AÑO.....2018..... EN EL AUDITORIO DE LA UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU, EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERU.

ANTE EL JURADO CONFORMADO POR:

.....

Mgr. EDITA ZAMORA JULCA

Presidente

.....

Dra. JUANA EVANGELISTA FERNANDEZ SANCHEZ

Miembro

.....

Mgr. GREGORIO HREDIA QUEZADA

Miembro

.....

Lic. Enf. ELVIA BETTY MALAFAYA RIVERA

Asesora Interna

.....

Dra. ROSSANA TORRES SILVA

Asesora Externa

Asesora Externa

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I	
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	5
1.3. Problema de investigación	10
1.4. Objetivos	14
CAPITULO II	
2.1. Marco Teórico	15
2.2. Marco Conceptual	43
2.3. Variables	44
CAPITULO III	
3.1. Hipótesis	45
3.2. Tipo de Investigación	45
3.3. Diseño de la investigación	45
3.4. Población y muestra	46
3.5. Técnicas	48
3.6. Instrumentos de recolección de datos	48
3.7. Procedimiento de recolección de datos	49
3.8. Procesamiento de la información	50
3.9. Protección de los derechos humanos	50
CAPITULO IV	
4.1. Resultado	51
4.2. Discusión	56
4.3. Conclusiones	59
4.4. Recomendaciones	60
4.5. Bibliografía	61
Anexos	66

INDICE DE GRAFICOS

		Pág.
Grafico 1	Conocimiento sobre el uso de micronutrientes en madres con niños(as) de 6 a 36 meses de edad, atendidos en el consultorio de CRED del C.S. Túpac Amaru, Iquitos 2017.	53
Grafico 2	Practicas sobre el uso de micronutrientes en madres con niños(as) de 6 a 36 meses de edad, atendidos en el consultorio de CRED del C.S. Túpac Amaru, Iquitos 2017.	54

INDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Características sociodemográficas de las madres y de los niños (as) de 6 a 36 meses de edad, atendidos en el consultorio de CRED del C.S. Túpac Amaru, Iquitos 2017.	51
Tabla 2	Conocimiento y Practicas sobre el uso de micronutrientes en madres con niños de 6 a 36 meses de edad, atendidos en el consultorio de CRED del C. S. Túpac Amaru, Iquitos 2017.	55

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE EL USO DE MICRONUTRIENTES EN MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 36 MESES, ATENDIDAS EN CRED DEL C.S. TÚPAC AMARU, IQUITOS – 2017

Autores

Bach. Enf. RIOS RIOS, Heydi Sheyla.

Bach. Enf. MACEDO DAHUA, Wendy Milagros.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la práctica sobre el uso de micronutrientes en madres de niños(as) de 6 a 36 meses de edad. Se empleó el método cuantitativo, diseño transversal, correlacional. Las muestras constituyeron 90 madres atendidas en el consultorio de CRED. Se recolectaron datos a través de la aplicación de la técnica de la encuesta y la visita domiciliaria; los instrumentos, empleados un cuestionario y una ficha de observación. Se procesaron los datos con el programa estadístico SPSS versión 22. Los resultados obtenidos fueron: 64,4% presentaron conocimiento adecuado y 35,6% conocimiento inadecuado; 68,9% practicaron correctamente el uso de micronutrientes y un 31,1% practicaron incorrectamente. Para determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de las madres, se obtuvo un X^2 c = 27.599, gl = 1, p = 0.000, α = 0,05 indica, que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Estos resultados contribuirán a reforzar las acciones educativas en la estrategia de CRED, estableciendo una comunicación más fluida e influya en la adopción de prácticas alimenticias saludables de las madres, a fin de mejorar el estado nutricional de este grupo etareo.

Palabras Claves: Conocimiento, Practicas, Micronutrientes.

KNOWLEDGE AND PRACTICES ON THE USE OF MICRO-NUTRIENTS IN MOTHERS OF CHILDREN FROM 6 TO 36 MONTHS, SERVED IN THE TUPAC AMARU, IQUITOS C.S. CRED - 2017

ABSTRACT

Authors

Bach. Enf. RIOS RIOS, Heydi Sheyla.

Bach. Enf. MACEDO DAHUA, Wendy Milagros.

The study aimed to determine the relationship between knowledge and practice on the use of micronutrient in mothers of children from 6 to 36 months of age. Quantitative method, transverse, correlational design was used. Sample constituted 90 mothers treated in the clinic of CRED. Data were collected through the application of the technique of the survey and the home visits; instruments, used a questionnaire and an observation sheet. Processed data with the statistical program SPSS version 22. The results were: 64.4% had adequate knowledge and 35.6% inadequate knowledge; 68.9% they correctly practiced the use of micronutrient and 31.1% practiced incorrectly. To determine the relationship between the knowledge and practices of mothers, was obtained a $X^2 c$ = 27.599, DF = 1, p = 0.000, α = 0,05 indicates, that there is a statistically significant relationship between the two variables. These results will contribute to reinforce the educational actions in the strategy of CRED, establishing a more fluid communication and influence the adoption of healthy dietary practices of mothers, in order to improve the nutritional status of this age group.

Key words: Knowledge, practices, micronutrient.

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

La anemia es uno de los problemas de salud a nivel mundial, se estima que existen 293 millones de niños menores cinco años con anemia, que representan alrededor del 47% de niños en países de bajos y medianos ingresos; es causada principalmente por deficiencia de hierro. [1]

La prevalencia de anemia superiores al 40% son consideradas en un ámbito internacional como un problema de salud pública severo, siendo la suplementación con hierro de carácter obligatorio en el marco de una estrategia integral de nutrición según la OMS. [2]

El Perú no es ajeno a una tasa inusitadamente alta de anemia en niños menores de 3 años: la mitad de los niños peruanos tiene anemia en algún grado. [3] Tal es así que los departamentos con mayores niveles de anemia son: Puno (76,0%), seguido de Madre de Dios (58,2%), Apurímac (56,8%), Pasco (56,1%) y Loreto (55,6%). Así mismo, con respecto a las buenas practicas del consumo del suplemento de hierro, llego al 73,2%, cifra mayor en 13,4 puntos porcentuales comparado con el año anterior. [4]

Según la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA), reporta que a nivel nacional hay un consumo inadecuado de hierro y otros micronutrientes en la dieta de la población peruana. Es decir, no provee la cantidad necesaria para cubrir los requerimientos del hierro, alcanzando a cubrir solo un 62,9% en el caso de los niños menores de cinco años; donde la mediana de consumo de hierro fue de 4.3mg/día, en niños y niñas de 12 a 35 meses y el 90.9% representaron un consumo de hierro por debajo de las recomendaciones (25mg/día). [5]

Por lo tanto, la anemia por deficiencia de hierro, en los niños menores de 3 años se genera por el bajo consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, vísceras, pescado, etc.) en la alimentación diaria; es decir no cubre los requerimientos nutricionales de este mineral. Si el aporte es por debajo de las necesidades

nutricionales, padecerá de esta enfermedad y como consecuencia el niño o niña alcanzara un desarrollo cognitivo inadecuado, principalmente en los primeros dos años de vida, cuyas secuelas marcan la vida del infante. [6]

Así mismo, entre los principales factores asociados a este problema se encuentran el deficiente régimen alimenticio y continuos episodios de enfermedades infecciosas (probablemente ligado a inadecuadas prácticas de higiene), así como otras determinantes de la salud, asociados a la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión, entre otros. [7]

En consecuencia, la alimentación del poblador peruano se basa fundamentalmente en cereales y tubérculos, y existe una accesibilidad limitada a alimentos ricos en micronutrientes, como los de origen animal, que en raras ocasiones son dados a los infantes que están iniciando su alimentación complementaria. Por el contrario, los alimentos diluidos de consistencia semilíquida, baja densidad energética y de nutrientes tales como sopas y caldos son los alimentos más utilizados para los niños pequeños, al ser considerados superiores nutricionalmente a los alimentos semisólidos y sólidos, debido a que son percibidos como fáciles de pasar y digerir. Además, la frecuencia inadecuada de proporcionar los alimentos al niño durante el día (a menudo por falta de tiempo de la cuidadora) y la poca cantidad de alimentos consumidos en cada comida, conlleva a un inadecuado consumo. Esta forma de alimentación origina una brecha nutricional entre lo que consume el niño y sus requerimientos, siendo más crítica entre los niños de 6 a 36 meses de edad, especialmente aquellos que viven en las áreas rurales y urbano marginales, quienes constituyen los grupos de mayor riesgo nutricional en el país. [8]

En este contexto, el gobierno peruano viene implementando desde el año 2009, un programa de administración universal de suplementos con micronutrientes; donde la mayoría de estudios han demostrado eficacia de las intervenciones con suplementación de micronutrientes. [9]

Sin embargo es preciso señalar el reporte de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil 2015, sobre la evolución de la anemia en la población infantil, quien afirma la existencia de debilidades en la promoción y consejería, particularmente en el espacio de atención del CRED, así como en la adaptación cultural de los mensajes: que brinda en la consejería; el cual sigue siendo un nudo crítico. Al respecto el INEI, reporta que el 38.7% de las madres con niños de 6 a 36 meses, no les dijeron que debían recibir el suplemento y entre las que tienen niños entre 6 y 11 meses, esta proporción llega al 45.1%. Esta debilidad también condiciona la deserción en la suplementación; tal es así que del 100% de los niños que reciben la primera dosis solo el 40% llega a la 6ta entrega. [10]

Además, el Centro de Salud de Túpac Amaru - MINSA, reporta que en el consultorio de CRED, se presentan problemas de salud en niños menores de un año tales como: desnutrición, anemia ferropénica, IRA, EDA, etc. y durante las prácticas pre profesionales, al interactuar con las madres de niños de 6 a 36 meses de edad, manifestaron "desconocer cómo preparar y dar el suplemento a su niño, temor a que le pueda caer mal este suplemento", sus beneficios ; con qué tipo de alimentos se le debe dar ", entre otros. [11]

En la actualidad, la existencia de resultados a corto y largo plazo de una mejora en la salud y disminución de anemia en los niños, que en parte se debe al esfuerzo del profesional de enfermería, se considera necesario evaluar el conocimiento y la práctica sobre la administración de la "Chispita" en los hogares, para identificar si son adecuadas o no. [12]

Frente a esta problemática de salud pública, se considera relevante desarrollar el presente estudio de investigación, dado a que a nivel local no se encontró antecedentes científicos relacionados con las variables a estudiar. Para ello se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el conocimiento y prácticas sobre el uso de micronutrientes en madres de niños(as) de 6 a 36 meses, atendidas en CRED del Centro de Salud Túpac Amaru, Iquitos - 2017?

Los resultados del estudio contribuirán a proporcionar información valida, actualizada y confiable a la comunidad científica e institución de salud y a los profesionales de enfermería, a fin de reforzar ciertas estrategias de comunicación o mejorar las actividades de capacitación que facilite la creación de un conocimiento integral e influya en la adopción de prácticas alimenticias saludables de las madres y por ende mejorar el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses; disminuyendo el riesgo a adquirir enfermedades carenciales y desnutrición, y además, con muchas probabilidades de alcanzar un óptimo desarrollo intelectual en un futuro mediano y largo plazo en nuestra región y país.

1.2. ANTECEDENTES

A nivel Internacional.

Rojas, M. Suqui, A (Ecuador, 2016) realizaron un estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años que acuden al sub-centro de salud de Sinincay 2016. El objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años de edad que acuden al sub-centro de salud de Sinincay. El método fue cuantitativa, descriptiva transversal en la que se trabajó con una muestra de 101 madres de niños menores de 3 años, obtenida de un universo de 270 madres. La recolección de información fue a través de una entrevista utilizando un instrumento que consto de 27 preguntas. Los resultados obtenidos fueron: el 40% de madres tiene un nivel de conocimiento bueno, el 73% de madres una actitud positiva y el 39% de madres tienen un nivel de prácticas excelente en la administración de micronutrientes. [13]

Canastuj, H. (Guatemala, 2013) en su estudio "Determinantes conductuales en las prácticas del uso de micronutrientes espolvoreados administrados por madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad, que asisten a los servicios de salud en San Andrés Xecul, Totonicapán"; cuyo objetivo fue evaluar si las determinantes conductuales influyen en las prácticas del uso de micronutrientes espolvoreados de las madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad. El tipo de estudio fue descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida por 266 madres, aplicaron una encuesta compuesta de cinco series a evaluar: conocimientos, hábitos, actitudes y creencias, las prácticas se evaluaron por observación directa en los hogares. Las prácticas en el uso de los micronutrientes pueden considerarse adecuadas, ya que el promedio de las observaciones en los hogares fue correcto. Los resultados muestran que las determinantes conductuales, conocimientos, hábitos, actitudes y creencias no afectan las prácticas del uso de los micronutrientes espolvoreados, ya que no existe una relación entre las variables independientes y dependiente, sin embargo existen hallazgos específicos relacionados en las creencias y las actitudes, que si afectan las prácticas en el uso de los micronutrientes espolvoreados. [14]

Parada, D. (Colombia, 2011) en su estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años", cuyo objetivo fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de 5 años frente a la alimentación complementaria y uso de micronutrientes en el municipio de Cúcuta, durante el I semestre de 2011; fue de carácter descriptivo, cuantitativo en el que participaron 339 cuidadores de las unidades básicas Puente Barco Leones, Libertad y Comuneros. El instrumento utilizado fue un cuestionario de "Prácticas claves" diseñado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y adaptado para la región por el Instituto Departamental de Salud del Norte de Santander. Los resultados demuestran que la introducción de alimentos complementarios se ha realizado en forma oportuna en el 70% de los casos, el destete precoz se ha dado en un 30,08% cuando se inicia ablactación, así mismo se identifica el bajo nivel de conocimientos respecto a la necesidad de introducir micronutrientes en la dieta de los menores de 5 años y sobre los alimentos donde pueden ser hallados. [15]

A nivel Nacional.

Caceda, P Rojas, K. (Trujillo, 2017) realizaron un estudio sobre "Nivel de conocimiento y prácticas del uso de multimicronutrientes administrados por madres a lactantes que acuden al Centro de Salud Unión-Trujillo, 2017; cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas del uso de multimicronutrientes administrados por madres a lactantes del Centro de Salud Unión de Trujillo. La muestra estuvo conformada por 64 madres de lactantes de 6 a 12 meses. Se aplicaron dos instrumentos, el primero midió el nivel de conocimiento de las madres del uso de multimicronutrientes y el segundo las prácticas. Se encontró que el 73% de las madres presentó un nivel de conocimientos regular, el 16% un nivel de conocimiento bueno y el 11% un nivel de conocimiento deficiente; el 70% de madres presentó una práctica inadecuada del uso de multimicronutrientes y el 30% una práctica adecuada. Se encontró que de las madres que presentaron un conocimiento deficiente el 100% tuvieron una práctica inadecuada y de las madres que tuvieron un conocimiento bueno el 80% tuvo una práctica adecuada. Según la prueba chi-cuadrado se obtuvo un valor $p < 0,01$; por lo tanto el nivel de

conocimiento y prácticas del uso de multimicronutrientes están significativamente relacionados. [16]

Sencia, E et al (Lima, 2016) realizó un estudio sobre "Prácticas de Alimentación Complementaria y uso de los Multimicronutrientes de madres con niños de 6 a 36 meses"; el objetivo fue evaluar las prácticas de alimentación complementaria y uso de los multimicronutrientes de las madres con niños de 6 a 36 meses del C.S. Infantas, distrito de San Martín de Porres. El método fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; utilizando como muestra a 147 madres con niños de 6 a 36 meses quienes fueron entrevistadas en sus viviendas durante los meses de abril y mayo del 2015. Resultados: el 8.84% con niños de 6 y de 7 a 8 meses y 9-11 meses utilizan mayormente hígado/sangrecita, verduras y frutas, además lactancia materna; 4.76%con niños de 12-24 meses continúan con lactancia materna más carnes, frutas, pan y verduras y 8.16% hígado/sangrecita, carnes, menestras, verduras, frutas, leche, queso, huevo y pan, pero aún continúan con lactancia materna. El 84.68% cumple con una preparación correcta, el 50.34% brindan una frecuencia 2 a 3 veces diarias. El 81.41% cumple con la forma correcta del consumo de los multimicronutrientes, el 70.10% cumple con la forma correcta de almacenamiento de los multimicronutrientes. El 62.58% de madres participa en actividades educativas sobre alimentación complementaria y el 79.59% sobre multimicronutrientes. Conclusiones: las prácticas de alimentación complementaria revelaron que la mayoría de madres no administra alimentos correspondientes para cubrir la necesidad nutricional ni en la frecuencia de veces al día, pero si cumplen con la forma de preparación, lo que podría aumentar el riesgo de desnutrición en los niños. Más de las dos terceras partes de madres entrevistadas utilizan en forma adecuada de los multimicronutrientes en la preparación de la dieta diaria del niño lo que favorece la disminución de la anemia en hijos de la muestra de estudio. Si bien es cierto que la mayoría de las madres entrevistadas asistieron a la educación que brindan las enfermeras del C.S. Infantas, lo hizo principalmente en sesiones educativas sobre la utilización multimicronutrientes en la alimentación complementaria de los niños de 6 a 36 meses. [17]

García, C. (Lima, 2015) en su estudio "Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de micronutrientes en polvo en un C.S. del MINSA 2015"; cuyo objetivo fue determinar los conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de micronutrientes en polvo. El tipo de estudio fue cuantitativo; de nivel descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 47 padres que acuden al consultorio de Crecimiento con sus niños de 6 a 35 meses de edad. La técnica fue una entrevista encuesta. Los resultados que se hallaron en relación al conocimiento de los padres sobre la suplementación de micronutrientes en polvo observamos que del total de 47 (100%) padres encuestados, conocen sobre la suplementación de micronutrientes el 48,1% (23) y 51,9 % (24) desconocen. El 57,4 % (27) de los padres conocen sobre los beneficios de la suplementación de micronutrientes mientras que el 42,6% (20) no conocen. A su vez el 59,6% (28) presenta conocimientos sobre la administración de micronutrientes mientras que el 40,4% (19) no lo presenta; en el caso de los conocimientos de los padres sobre las medidas de higiene se obtuvo que el 78,7% (37) conoce el tema mientas que el 21,3% (10) no lo conoce. En relación de los conocimientos que tienen los padres sobre los beneficios de la suplementación de micronutrientes que recibe el niño, el 57,4% (27) conoce sobre la importancia de la suplementación mientras 42,6% (20) no conocen sobre el tema. También 59,6% (28) no presenta conocimientos sobre el tema de anemia mientras que 40,4% (19) si presenta dichos conocimientos. En relación al conocimiento de los padres sobre la anemia, del total de 47 (100%) encuestados, 78,7% (37) conoce sobre el concepto de anemia; mientras que 21,3% (10) no conoce. El 76,6% (36) de los padres presenta conocimientos sobre los signos y síntomas de la anemia mientras que 23,4% (11) no presenta dichos conocimientos. El 68,1% (32) conocen sobre la causa de la anemia; mientras que 31,9% (15) no conocen este tema. En cuanto a los conocimientos de las medidas de higiene que deben tener los padres para la suplementación de micronutrientes se obtuvo que 80.9 % (38) conoce sobre las medidas de higiene en los alimentos mientras que 19,1% (9) desconoce. En cuanto a las medidas de higiene en la preparación de la suplementación tenemos que 97,8% conoce; mientras el 3,2% (01) desconoce. El conocimiento de los padres sobre la administración de micronutrientes que debe recibir el niño 85.1% (40) conoce sobre el almacenamiento de los micronutrientes mientras que 14,9% (7) no conoce.

Según los conocimientos en cuanto a la cantidad del suplemento que se debe administrar 93,6% (44) conocen mientras 6,4 % (03) de padres no conocen. Según la preparación para la administración de micronutrientes el 46,8% (21) conoce; mientras que 53.2 % (26) no conocen este tema. Con respecto a los conocimientos sobre la consistencia de los alimentos para la suplementación tenemos que 89,4% (42) conoce; mientras que el 10,6% (5) desconoce el tema. [18]

Huamán, L. et al (Apurímac, 2012) en su estudio "Consumo de suplementos con micronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú"; cuyo objetivo fue evaluar la implementación del programa de suplementación universal con micronutrientes "Chispitas" en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, en niños de 6 a 35 meses. Los resultados fueron que la calidad del consumo fue adecuada cuando la madre refería que el niño consumía toda la comida con el suplemento. [19]

A nivel Local.

No se encontró antecedentes de estudio sobre las variables estudiadas.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Descripción del Problema.

La anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial. Se estima que existen 293 millones de niños menores cinco años con anemia, que representan alrededor del 47% de niños en países de bajos y medianos ingresos; esta anemia es causada principalmente por deficiencia de hierro y que, si bien ha reducido en los últimos años, se mantiene como un importante problema de salud pública. [20]

La prevalencia de anemia superiores al 40% son consideradas en un ámbito internacional como un problema de salud pública severo, siendo la suplementación con hierro de carácter obligatorio en el marco de una estrategia integral de nutrición según la OMS. [21]

Según datos estadísticos recientes en el Perú, en el año 2015, la anemia definida principalmente como la condición de insuficiencia de hierro en la sangre, alcanza al 43,5% de las niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad, cifra menor en 3,3 puntos porcentuales con relación al año anterior. Los mayores niveles de anemia a nivel departamental se reportaron en Puno (76,0%), seguido de Madre de Dios (58,2%), Apurímac (56,8%), Pasco (56,1%) y Loreto (55,6%). Así mismo, el porcentaje de niñas y niños de 6 a menos de 36 a meses que recibieron suplemento de hierro alcanzó el 30,3%, cifra superior en 5,8 puntos porcentuales con relación al año anterior y mayor en 13,3% en los últimos cinco años. Respecto a las buenas prácticas del consumo del suplemento de hierro, en el 2015, destaca la forma de mezclando y consumiéndolo todo que llegó al 73,2%, cifra mayor en 13,4 puntos porcentuales comparado con el año anterior.

En el área rural los niveles de prevalencia de anemia en las niñas y niños de 6 y menores de 36 meses afectaron al 51,1%, habiendo descendido en 6,4 puntos porcentuales, comparado con el año anterior. En el área urbana este porcentaje alcanzó el 40,5% en el 2015, inferior en 1,8 punto porcentual respecto al 2014. [22]

Según Reporte de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil 2015- sobre la evolución de la anemia en la población infantil 2007-2015", refiere en cuanto a las debilidades en la promoción y consejería, en particular en el espacio de atención del CRED, así como en la adaptación cultural de los mensajes: que la calidad del CRED en cuanto a consejería sigue siendo un nudo crítico, según encuesta del INEI, el 38.7% de las madres con niños de 6 a 36 meses, señalaron que no les dijeron que debían recibir el suplemento y entre las que tienen niños entre 6 y 11 meses, esta proporción llega al 45.1%. Esta debilidad también condiciona la deserción en la suplementación. Del 100% de los niños que reciben la primera dosis solo el 40% llega a la 6ta entrega [23]

La anemia por deficiencia de hierro, se genera por el bajo consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, vísceras, pescado, etc.) en la alimentación diaria. Produce consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente nocivos en los primeros dos años de vida, cuyas secuelas marcan la vida del infante. Los principales factores asociados a este problema son el deficiente régimen alimenticio y continuos episodios de enfermedades infecciosas (probablemente ligado a inadecuadas prácticas de higiene), así como otras determinantes de la salud, asociados a la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión, desigualdad, entre otros. [24]

A nivel nacional las encuestas han demostrado que hay un consumo inadecuado de hierro y otros micronutrientes en la dieta de la población peruana. La dieta en el Perú no provee la cantidad necesaria para cubrir los

requerimientos del hierro, alcanzando a cubrir solo un 62,9% en el caso de los niños menores de cinco años; según la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA), la mediana de consumo de hierro fue de 4.3mg/día, en niños y niñas de 12 a 35 meses y el 90.9% representaron un consumo de hierro por debajo de las recomendaciones (25mg/día). [25]

Por otro lado, es preciso señalar, que la alimentación del poblador peruano se basa fundamentalmente en cereales y tubérculos, y existe una accesibilidad limitada a alimentos ricos en micronutrientes, como los de origen animal, que en raras ocasiones son dados a los infantes que están iniciando su alimentación complementaria. Por el contrario, los alimentos diluidos de consistencia semilíquida, baja densidad energética y de nutrientes tales como sopas y caldos son los alimentos más utilizados para los niños pequeños, al ser considerados superiores nutricionalmente a los alimentos semisólidos y sólidos, debido a que son percibidos como fáciles de pasar y digerir. Además, la frecuencia inadecuada de proporcionar los alimentos al niño durante el día (a menudo por falta de tiempo de la cuidadora) y la poca cantidad de alimentos consumidos en cada comida, conlleva a un inadecuado consumo.
Esta forma de alimentación origina una brecha nutricional entre lo que consume el niño y sus requerimientos, siendo más crítica entre los niños de 6 a 36 meses de edad, especialmente aquellos que viven en las áreas rurales y urbano marginales, quienes constituyen los grupos de mayor riesgo nutricional en el país. [26]

Según la oficina de Informática y Estadística del Centro de Salud de Túpac Amaru - MINSA, reporta que en el consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED) se identifican problemas de salud en niños menores de un año tales como: desnutrición, anemia ferropénica, IRA, EDA, etc. Y durante las prácticas pre profesionales, en el referido consultorio de CRED al interactuar con las madres de niños de 6 a 36 meses de edad, manifestaron cómo darle el suplemento, temor a que le pueda caer mal este suplemento", sus beneficios; con qué tipo de alimentos se le debe dar", entre otros. [27]

Frente a esta problemática de salud pública, se considera relevante desarrollar el presente estudio de investigación, dado a que a nivel local no se encontró antecedentes científicos relacionados con las variables a estudiar. Para ello se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el conocimiento y prácticas sobre el uso de micronutrientes en madres de niños(as) de 6 a 36 meses, atendidas en CRED del Centro de Salud Túpac Amaru, Iquitos - 2017?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. General:

Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas sobre el uso de micronutrientes en madres de niños (as) 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio de CRED del C.S. Túpac Amaru, de la ciudad de Iquitos, 2017.

1.4.2. Específicos:

- Caracterizar a las madres de los niños (as) de 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru, de la ciudad de Iquitos.

- Identificar el conocimiento de las madres con niños (as) de 6 a 36 meses, sobre el uso de micronutrientes, atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru, de la ciudad de Iquitos.

- Verificar las prácticas en las madres con niños (as) de 6 a 36 meses, sobre el uso de micronutrientes en la comida de su niño (a), atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru, de la ciudad de Iquitos.

- Establecer la relación entre el conocimiento y las prácticas sobre el uso de micronutrientes en madres de niños de 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru, de la ciudad de Iquitos.

CAPITULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Alimentación y Nutrición en mayores de 6 a 36 meses de edad.

Una alimentación adecuada es clave para un desarrollo integral y una vida digna. Sin embargo, muchas veces las condiciones económicas y sociales dificultan una alimentación de calidad.

Durante los primeros tres años de vida el crecimiento y el desarrollo alcanzan su mayor velocidad. Por ello, si el niño no recibe todos los nutrientes que necesita o si se enferma frecuentemente, limita sus facultades pudiendo llegar a un inadecuado estado nutricional y a padecer de anemia a una edad tan temprana de la vida; por lo tanto, afecta la formación del cerebro ocasionando un deterioro de sus capacidades intelectuales y sociales.

Los padres deben comprender las necesidades del niño y controlar que los alimentos estén disponibles en cantidades adecuadas y que se preparen en forma agradable. Es claro que a medida que los niños aumentan de peso y edad, necesitan mayor cantidad de alimentos los cuales proporcionan más energía y otros nutrientes esenciales para el crecimiento y la salud.

Es necesario que las madres sepan que a medida que los niños crecen después de la infancia, aumentan en peso y necesitan comer más alimentos, sobre todo una mayor cantidad de alimentos básicos, incluso cereales (arroz, maíz, trigo) y legumbres (frijoles, garbanzos, lentejas). [28]

La deficiencia de micronutrientes, en especial del hierro, vitamina A y zinc es consecuencia de múltiples factores entre los cuales destaca de manera directa la dieta pobre en vitaminas y minerales, así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas y la población más vulnerable son las niñas y niños menores de 36 meses. [29]

Las principales causas de la deficiencia de micronutrientes en muchos países en desarrollo, son: una inadecuada ingesta alimentaria, una baja biodisponibilidad por la forma de preparación de los alimentos, debido a la presencia de inhibidores o por interacciones con otros micronutrientes, y/o la presencia de infecciones asociadas.

Aunque estos problemas persisten como interés básico de salud pública, no se pueden obviar otras deficiencias de múltiples micronutrientes.

La Organización Mundial de la Salud, propone algunas estrategias para modificar estas prevalencias altas de deficiencias de micronutrientes (OPS, 2006):

a) Mejoramiento de la calidad y la variedad de la dieta, mediante la promoción de cambios en los hábitos alimentarios, el aseguramiento del consumo de alimentos con alto contenido de vitaminas y minerales y el acceso cultural y económico a alimentos variados.
b) Fortificación de algunos alimentos que no afectan a los hábitos alimentarios, es de amplia cobertura, asegura consumo permanente de nutrientes. Es de bajo costo de implementación y por lo tanto presenta un mejor costo-efectividad.
c) Suplementación farmacológica de grupos vulnerables.
d) Actuar sobre los determinantes de la salud:
   - Desparasitación,
   - Pinzamiento oportuno de cordón umbilical,
   - Agua segura y
   - Lactancia materna [30]

2.1.2. Suplementación con Micronutrientes y Hierro.

Los micronutrientes son las vitaminas y los minerales que se consumen en cantidades relativamente menores, pero que son imprescindibles para las funciones orgánicas. La deficiencia de micronutrientes particularmente de hierro, vitamina A y zinc afectan aproximadamente a la mitad de los niños

menores de dos años alrededor del mundo provocando desnutrición, anemia entre otras enfermedades.

Según ENDES en el Perú la anemia nutricional afecta a 56.8% de niños menores de 3 años (6 de cada 10 niños); frente a este problema, la OMS lo califica como un país con problema severo de salud pública, dado a que la prevalencia de anemia supera el 40%; siendo la suplementación con hierro de carácter obligatorio en el marco de una estrategia integral de nutrición. [31]

La suplementación con micronutrientes para prevenir la anemia es una intervención de comprobada eficacia para la reducción de la prevalencia de anemia en menores de 36 meses y según recomendaciones de la OMS, debe ser implementada en países con niveles de prevalencia de anemia en menores de 3 años, que superen el 20%.

En la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de la población infantil principalmente, el Ministerio de Salud ha establecido la Universalización de la Suplementación con micronutrientes (MMN) llamado "Chispitas", para la Prevención de Anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad como una de las líneas de acción prioritarias en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia.[32]

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

El Ministerio de Salud viene universalizando de manera progresiva la suplementación con hierro y otros micronutrientes a niños menores de 3 años. Es así que para el 2014, se ha distribuido 131 millones de sobres de micronutrientes en polvo para el 65% de niñas y niños menores de 3 años, para 712 mil beneficiarios. Para el 2016, tiene como meta cubrir al 95% de niñas y niños.

Los sobres con micronutrientes que entrega el MINSA contienen hierro, ácido fólico, Vitamina A, Vitamina C y zinc. Se utilizan para fortificar los alimentos de manera casera, agregándosele a la comida de los niños, en forma diaria por doce meses continuos.

Son una alternativa para reducir la desnutrición crónica, porque:

- Son de comprobada eficacia: países de Asia, África y América han utilizado este producto con resultados positivos.
- Mayor aceptabilidad y adherencia. Comparado con jarabes de sulfato ferroso, tiene mayor aceptación por los niños debido a su mejor sabor y fácil administración.
- Se mezclan fácilmente con los alimentos. Se agrega un sobrecito a una pequeña porción de comida del bebé, se mezcla y se le da al menor.
- El envase facilita la exactitud de la dosificación y evita sobredosis. Tiene menos peso, menos espacio, menos vulnerabilidad de romperse o dañarse. (33)

2.1.2.1. 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 micronutrientes 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 micronutrientes 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).

2.1.2.2. Esquema de suplementación:

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

- Desde los 30 días de vida hasta antes de cumplir los 6 meses de edad reciben 2 mg. de hierro elemental / kg. de peso/día, por vía oral (en soluciones gotas orales).

- A partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de micronutrientes 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 micronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

2.1.2.3. Consejería para la suplementación:

El personal de la salud (médico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería) responsable de la suplementación con micronutrientes y hierro, debe brindar consejería a la madre o cuidador de la niña y el niño utilizando material educativo de apoyo, enfatizando en los siguientes contenidos:

a. Importancia de la prevención de la anemia:

- ✓ Causas y consecuencias de la anemia en el desarrollo infantil.
- ✓ Importancia del hierro y otros micronutrientes (contenidos en el sobre del suplemento) para el desarrollo de la niña y el niño durante los 3 primeros años de vida.
- ✓ La importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos.
- ✓ Importancia de conocer los valores de la hemoglobina durante la suplementación y al finalizar el esquema.

b. Indicaciones para la administración del suplemento de micronutrientes en polvo:

- ✓ En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño.

- ✓ Mezclar bien el total del contenido del sobre de micronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.
- ✓ Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

c. Advertencias del uso y conservación del suplemento de hierro en gotas y micronutrientes:

- ✓ Explicar a la madre o cuidador que el suplemento no le cambiará el sabor ni color a la comida.
- ✓ Explicar a la madre o cuidador que en casos excepcionales se podrían presentar las deposiciones de color oscuro y que pueden ocurrir molestias, tales como náuseas, estreñimiento o diarrea, que son leves y pasajeras. Si continúan las molestias, se recomienda llevar a la niña o niño al establecimiento de salud, para su evaluación.
- ✓ El consumo del suplemento de hierro en soluciones orales y los micronutrientes deberán ser suspendidos cuando la niña o el niño se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento.
- ✓ Mantener el frasco del suplemento de hierro en gotas o los sobres de micronutrientes bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad, en lugares no accesibles a las niñas y niños para evitar su ingestión accidental o intoxicaciones.

2.1.2.4. Seguimiento y monitoreo de la suplementación con micronutrientes y hierro:

a) El personal de la salud que realiza la atención de salud de niñas y niños (medico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería), es el responsable del monitoreo de la suplementación, a nivel intra y extramural.

b) En el Establecimiento de Salud:

El personal de la salud que realiza la atención de la niña o el niño en el establecimiento de salud (médico, enfermera, nutricionista, técnico), debe aprovechar cualquier motivo de contacto o consulta en el establecimiento de salud para monitorear la aceptación y la adherencia al consumo de los suplementos de hierro y micronutrientes, fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y registrarlos en la historia clínica y carné.

c) En el Hogar:

El monitoreo en el hogar se realiza a través de la visita domiciliaria, utilizando la "Ficha de monitoreo de la suplementación en la vivienda".

- La primera visita domiciliaria se realiza dentro de la segunda semana (7–15 días) de iniciada la suplementación con micronutrientes o hierro.
- La segunda visita se recomienda realizarla a los 2 meses de iniciada la suplementación o cuando las madres no acuden oportunamente al recojo de los suplementos.
- La tercera visita se recomienda realizarla a los 9 meses de iniciada la suplementación.
- En toda visita domiciliaria independientemente del motivo, el personal de la salud (médico, enfermera, nutricionista u otro personal de la salud), debe monitorear el consumo de los suplementos con micronutrientes y hierro, y fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y verificar lo siguiente:
  - ✓ Consumo del suplemento de micronutrientes con preparaciones sólidas/semisólidas y frecuencia del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.

- ✓ Prácticas adecuadas de almacenamiento y conservación del suplemento de los micronutrientes (bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad).
- ✓ Explorar sobre ocurrencia de efectos no deseados relacionados con el consumo de los suplementos y práctica adoptada por los padres o cuidadores en tal caso.
- ✓ Las prácticas de lavado de manos, condiciones sanitarias del domicilio (consumo de agua segura y eliminación adecuada de residuos sólidos) y condiciones de higiene de la madre y/o cuidador.
- ✓ Según la situación encontrada en la familia, se brindará orientación, consejería, consulta y/o demostración, fortaleciendo los mensajes del beneficio de la suplementación con micronutrientes.
- ✓ Cumplimiento del esquema de vacunación según la edad de la niña y niño; y práctica de lactancia materna exclusiva y prolongada según corresponda.

2.1.2.5. Composición del suplemento:

Los sobres de micronutrientes tienen la siguiente composición:

(Un sobre = 1 gramo)

COMPOSICION	DOSIS
Hierro	**12.5 mg (Hierro elemental)**
Zinc	**5 mg**
Ácido Fólico	**160 ug**
Vitamina A	**300 ug RE**
Vitamina C	**30mg**

La composición del micronutriente podrá reajustarse según las nuevas evidencias y las necesidades nutricionales de la población. [34]

2.1.2.6. Características de los MMN en polvo: [35]

❖ No tienen sabor
❖ No manchan los dientes
❖ Una sola dosis por sobre fácil de usar y muy poca probabilidad de sobredosis.
❖ Producto liviano, fácil de transportar
❖ El hierro encapsulado evita molestias gastrointestinales.

2.1.3. Generalidades del Conocimiento.

2.1.3.1. Definición de Conocimiento:

Es más que un conjunto de datos, visto solo como datos es un conjunto sobre hechos verdades o de información almacenada a través de la experiencia del aprendizaje o a través de introspección. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón.

Según **Bunge** el conocimiento es un "conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico, que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia". [36]

2.1.3.2. Origen del Conocimiento:

En la obtención del conocimiento intervienen tres elementos:

a) Un sujeto que quieres conocer (sujeto cognoscente)

Es aquel sujeto que busca saber o conocer, entra en contacto con el objeto del conocimiento a través de sus sentidos. Luego sus percepciones son procesadas mentalmente. Al razonarlas se forman imágenes (conceptos) que son abstracciones de la realidad. El proceso concluye al conformar las propias ideas con la realidad objetiva.

El proceso mental es subjetivo, porque no puede verse, sentirse, tocarse, olerse, oírse ni manipularse. Las corrientes que intentan explicar el origen del conocimiento son muy variadas y controvertidas. Algunos autores afirman que su origen está en los sentidos; otros, que se inicia al razonarse, y otro más, que dependen del azar.

b) Un objeto del estudio (objeto de conocimiento)

La materia, el universo, la teoría, los seres del universo, etc., pueden ser objetos de conocimiento.

c) El conocimiento

En relación con la teoría del conocimiento, existen dos posturas diametralmente opuestas: el materialismo y el idealismo. Conforme a una postura materialista, el objeto de conocimiento existe independientemente de la razón o de las ideas del hombre. Según una postura idealista, el objeto de conocimiento es estructurado por las ideas del hombre no existe sin ellas.

El hecho de que tanto el sujeto como el objeto son influidos en el proceso de conocimiento, es la tesis de diversas corrientes en la teoría del conocimiento:

- **Corriente materialista:**

  Sostiene que la materia es infinita y eterna; el hombre es materia. Para esta corriente, el conocimiento es objetivo y da énfasis al objeto de conocimiento del cual, según se afirma, existe independientemente de que sea o no conocido por el sujeto cognoscente.

- **Corriente idealista:**

  Sostiene que lo primario es la conciencia cognoscente, que es el sujeto quien recrea el objeto a través de sus abstracciones. El objeto de conocimiento existe a partir de que el sujeto le da vida.

2.1.3.3. Principales Corrientes en la Obtención del Conocimiento Científico:

Con el propósito de distinguir la orientación de las corrientes actuales en la obtención del conocimiento, definiremos primero los tipos de éste, que se reducen básicamente a dos:

a) Conocimiento empírico:

El conocimiento empírico se desprende de la experiencia y a través de los sentidos. Es el conocimiento que le permite al hombre interactuar con su ambiente; es generacional, sin un razonamiento elaborado, ni una crítica al procedimiento de obtención ni a las fuentes de información.

Los conceptos empíricos son imprecisos e inciertos, se producen por ideas preconcebidas, tienden a aceptar explicaciones metafísicas y son dogmáticos. Sin embargo, el conocimiento empírico sirve de base al conocimiento científico, al extraerse con método de la realidad.

b) Conocimiento científico:

El conocimiento empírico se convierte en científico al extraerlo de la realidad con métodos y herramientas precisas. Se integra en un sistema de conceptos, teorías y leyes. El conocimiento científico rebasa los hechos empíricos. Puede generalizarse y puede pronosticarse.

El conocimiento científico resiste la confrontación con la realidad, descarta explicaciones metafísicas, y utiliza fuentes de primera mano. Por ejemplo, una enfermera puede notar diferencias entre la profesional y la técnica. Sabe que realizan aparentemente las mismas funciones (conocimiento empírico), y aunque pudiera atribuir esto a los estereotipos, no acierta a explicarse las determinantes de la práctica de enfermería, ni a definir las diferencias que percibe entre una y otra. Sin embargo, al estudiar las determinantes históricas, políticas, culturales, económicas, demográficas, ecológicas, educativas, etc., puede describir, explicar, generalizar y predecir (conocimiento científico) las causas de una práctica profesional en relación con una técnica.

La forma de interpretar las informaciones de la realidad en un contexto científico, deriva de cuatro posturas al respecto:

A. Positivismo y neopositivismo:

El principio fundamental del positivismo y el neopositivismo es: no existe conocimiento que no provenga de la percepción. La importancia se da al rigor en las técnicas para obtener el conocimiento; se insiste en la cuantificación, y se afirma la unidad de la ciencia, es decir, la semejanza de todas las ciencias del hombre.

El positivismo concibe al conocimiento como separado de la acción, a la ciencia como "neutra". El científico debe desprenderse de sus conceptos e ideas, de la influencia del ambiente; es decir, el científico no es un ser humano.

B. Hermenéutica:

El planteamiento fundamental de la hermenéutica es opuesto al positivismo. Afirma que no existe un lenguaje observacional puro; todo lenguaje es interpretación, todo conocimiento es interpretación.

Lo más importante, según esta corriente, es la teorización, el interés en datos cualitativos, el rechazo a lo cuantitativo, el manejo crítico del lenguaje, y la diferencia importante entre las ciencias naturales y las sociales.

La hermenéutica y la dialéctica coinciden en su oposición al positivismo clásico. En el positivismo, los científicos hacen ciencia "neutra"; en la hermenéutica, la ciencia se supedita a la práctica social, de acuerdo con las determinantes ambientales, En una, es el conocimiento por el conocimiento; en otra, es el conocimiento para la acción.

C. Dialéctica:

El énfasis está en la realidad como una "totalidad", de la que no puede aislarse ningún elemento sin que deje de tener sentido. Se rechaza el análisis cuantitativo. En la práctica, las actividades científicas no se disocian de las posiciones de los científicos, las cuales influyen de manera decisiva en el conocimiento.

Supuestos de la dialéctica:

- La realidad existe independientemente y con anterioridad al ser humano. No ha sido creada por ningún espíritu universal.
- La realidad es cognoscible.
- Los procesos y los objetos están relacionados y son interdependientes.
- Todos los conocimientos son verdades relativas.

- La realidad está en continuo cambio, movimiento y transformación.
- La realidad se presenta a diversos grados y niveles.
- La práctica es el criterio de verdad del conocimiento.

D. Racionalismo crítico:

Constituye una postura intermedia entre el positivismo y la hermenéutica clásicos. En esta postura, el conocimiento es la interpretación de las experiencias. Pone énfasis en lo cuali-cuantitativo, y subraya la importancia de las técnicas para obtener datos. Describe una relación entre las ciencias naturales y las sociales.

La corriente del racionalismo crítico pretende establecer un equilibrio entre el conocimiento y la acción, y critica a la dialéctica por su "alto grado de confusión en cuanto a la teoría para la acción". La ciencia tiene criterios propios diferentes e independientes de las condicionantes ambientales. Se acepta el valor del conocimiento empírico en la construcción del conocimiento científico.

2.1.3.4. Objetividad y Subjetividad del Conocimiento:

Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez. Objetivo, porque corresponde a la realidad; subjetivo, porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo.

El conocimiento vincula procedimientos mentales (subjetivos) con actividades prácticas (objetivas). Sin embargo, la ciencia busca el predominio de lo objetivo a través de explicaciones congruentes, predicciones y control de los fenómenos naturales.

Si bien el proceso mental es subjetivo, el contenido de las teorías no lo es en modo alguno. La verdad se presenta con teorías, la realidad se aprehende con herramientas teórico-metodológicas. A medida que

se profundiza en el conocimiento, aparecen nuevos elementos originados por las contradicciones internas.

Todo conocimiento es aproximado y relativo, de tal modo que nunca se considera acabado (verdad absoluta), ya que éste es condicionado por la realidad histórica. [37]

2.1.4. Conocimiento sobre los Micronutrientes:

- ¿Qué son las Chispitas Nutricionales?

  Son pequeños sobres que contienen una mezcla de micronutrientes en polvo y que pueden fácilmente mezclarse con las comidas, que se preparan en el hogar fortificándolas instantáneamente; para prevenir las deficiencias de minerales y vitaminas en los niños/as y estos puedan padecer de anemia.

- ¿Para qué sirven los Micronutrientes?
  - Para prevenir la anemia por deficiencia de hierro y otras enfermedades derivadas del bajo consumo de vitaminas y minerales.
  - Para mejorar el apetito, así como el crecimiento y desarrollo del niño/a.

- ¿Cómo prevenir la anemia en los niños/as?
  - Dándole a nuestro bebe lactancia materna exclusiva, durante los 6 primeros meses.
  - Dándole a nuestro niño/a alimentos de origen animal, ricos en hierro, como: bazo, sangrecita, hígado y carnes rojas en general.
  - Dándole a nuestro niño/a suplementos de micronutrientes a partir de los 6 meses durante los 3 primeros años de vida.

- ¿Cuáles son los micronutrientes que contiene el sobre de Chispitas Nutricionales?

  Son: la Vitamina A, Vitamina C, Zinc, Ácido Fólico y Hierro.

- ¿Para quienes son el sobre de Chispitas Nutricionales?

  Para los niños/as de 6 a 35 meses de edad.

- ¿Qué forma tienen?

  Los Micronutrientes vienen en polvo y tiene 1 solo gramo de contenido.

- ¿Por cuánto tiempo los debe consumir el niño/a?

  La niña/o tiene que consumir un sobrecito todos los días, durante 1 año (12 meses).

- ¿En qué alimentos encontramos los Micronutrientes?

HIERRO	Vísceras y menudencia (hígado, bofe, bazo, corazón, etc.) sangrecita, carnes rojas, pescado y alimentos fortificados con hierro (harina de trigo, papillas).
ZINC	Todas las carnes y vísceras en general: corazón, hígado, carne de res; menestras en general, leche y derivados, yema de huevo, quinua, avena, etc.
VITAMINA A	Leche, carnes, huevos, mantequilla, aceite vegetal, frutas y verduras de color amarillo o verde oscuro, zanahoria, espinaca, mango, papaya, etc.
VITAMINA C	Brócoli, coliflor, limón, camu camu, tumbo, mango, mandarina, granadilla, papaya, ciruelas, limón, pepino, otras frutas y verduras.
ACIDO FOLICO	Hígado, leche y derivados, cereales cocidos como: el arroz, maíz, quinua, avena, trigo, menestras en general, palta, papaya, melón, naranja, plátano, etc.

- ¿Cuáles son los alimentos que disminuyen la absorción del Hierro?

  - Te
  - Infusiones
  - Café
  - Gaseosas
  - Leche, etc.

- ¿Cómo se prepara el suplemento de micronutrientes en polvo "Chispitas Nutricionales"?
  1. Lavarse las manos con agua y jabón.
  2. En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida del niño/a. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño.
  3. Abrir el sobre de micronutrientes.
  4. Echar todo el contenido del sobre en la comida separada.
  5. Mezclar bien el total del contenido del sobre de micronutrientes hasta que no se vean en la comida.
  6. Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

- ¿Cuáles son las recomendaciones que debemos dar a la madre o cuidador?
  - Que las Chispitas no se preparan en líquidos como agua, refrescos, chapo, ni masato.
  - Para prevenir la anemia es necesario que además le dé al niño/a alimentos ricos en hierro.
  - Desde los 6 meses de edad debe iniciar la suplementación.
  - No olvides que la suplementación son seis meses cada año, hasta que cumpla los 3 años de edad.

- ¿Cuáles son las advertencias del uso?
  - Que el suplemento no le cambiara el sabor ni color a la comida.
  - En casos excepcionales se podrían presentar las deposiciones de color oscuro y que pueden ocurrir molestias, tales como náuseas, estreñimiento o diarrea, que son leves y pasajeras. Si continúan las molestias, se recomienda llevar a la niña o niño al establecimiento de salud, para su evaluación.
  - El consumo del suplemento de micronutrientes deberán ser suspendidos cuando la niña o el niño se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento.

- ¿Cómo se debe conservar el suplemento de micronutrientes?

  Los sobres de micronutrientes se deben mantener siempre bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad, en lugares no accesibles a las niñas y niños para evitar su ingestión accidental o intoxicaciones. [38]

2.1.5. Generalidades de las Practicas Alimentarias:

Concepto de Práctica. Es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.

Por otra parte la práctica en una persona, es aquella que piensa y actúa de acuerdo a la realidad y que persigue un fin útil. Aplicado a una cosa, este adjetivo señala que algo tiene utilidad o es provechoso. [39]

Práctica alimentaria:

Las prácticas alimentarías se adquieren a través de las conductas aprendidas del grupo al que se pertenece y son compartidas por éste. La adquisición de conocimientos y el desarrollo de nuevas actitudes pueden modificar el comportamiento alimentario, sin embargo, este cambio se logra fundamentalmente a través de la práctica**.**

También puede ser definida como una respuesta establecida para una situación común. Es decir, el comportamiento que está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, de lo que acontece al individuo y de la que participa; y cuando estas prácticas se vuelven regulares se conocen como hábitos.

2.1.6. Rol familiar en los Hábitos Alimentarios:

Generalmente, las prácticas alimenticias se desarrollan y se mantienen debido a que son comportamientos eficaces, y con significado dentro de una determinada cultura.

Se ha demostrado que el núcleo familiar juega un papel importante en el desarrollo de los patrones alimentarios. Las influencias sociales parecen estar enclavadas dentro de las normas familiares de alimentación y con frecuencia

interactúan con otros determinantes de la ingesta de alimentos. Tal es así, que las madres tienen una mayor influencia que otros miembros de la familia, debido a su papel en la crianza y alimentación, el control sobre las actividades con los alimentos en el hogar y la presencia a la hora de las comidas.

También están influenciados por patrones culturales en la preferencia y en el consumo, la disponibilidad de alimentos en el hogar y los factores genéticos (en el tamaño y frecuencia de las comidas). [40]

2.1.7. Practicas Alimentarias del Infante en el Perú:

En el Perú, como otros países en vías de desarrollo, existen hábitos y costumbres relacionados con la alimentación de infantes y niños pequeños que necesitan ser mejorados para asegurar un óptimo desarrollo y nutrición. Por estas razones, para mejorar la alimentación infantil y lograr un mayor éxito en la implementación de alternativas es necesario conocer primero las prácticas de alimentación a través del tiempo hasta la actualidad, y las razones de éstas.

La alimentación del poblador peruano se basa fundamentalmente en cereales y tubérculos, y existe una accesibilidad limitada a alimentos ricos en micronutrientes, como los de origen animal, que en raras ocasiones son dados a los infantes que están iniciando su alimentación complementaria.

Por el contrario, los alimentos diluidos de consistencia semilíquida, baja densidad energética y de nutrientes tales como: sopas y caldos, son los alimentos más utilizados para los niños pequeños, al ser considerados superiores nutricionalmente a los alimentos semisólidos y sólidos, debido a que son percibidos como fáciles de pasar y digerir. Además, la frecuencia inadecuada de proporcionar los alimentos al niño durante el día (a menudo por falta de tiempo de la cuidadora) y la poca cantidad de alimentos consumidos en cada comida, conlleva a un inadecuado consumo.

Esta forma de alimentación origina una brecha nutricional entre lo que consume el niño y sus requerimientos, siendo más crítica entre los niños de 6 a 24 meses de edad, especialmente aquellos que

viven en las áreas rurales y urbano marginales, quienes constituyen los grupos de mayor riesgo nutricional en el país. [41]

2.1.8. Práctica de la Alimentación del Niño(a) a Partir de los 6 Meses de Edad:

Durante el período de la alimentación complementaria, los niños se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición. Con frecuencia, los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional y son administrados demasiado antes o demasiado tarde, en cantidades muy pequeñas o poco frecuentes. La interrupción prematura o la poca frecuencia de la lactancia materna, también contribuye al aporte insuficiente de nutrientes y de energía para los lactantes mayores de 6 meses de edad.

Así mismo, Practicar una **"alimentación perceptiva",** el cual es empleado para describir que el cuidador o cuidadora aplica los principios del cuidado psicosocial:

- ✓ Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- ✓ Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- ✓ Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas
- ✓ combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer
- ✓ Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
- ✓ Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor hablar con los niños y mantener el contacto visual.

También es necesario ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos, dado a que la contaminación microbiana de los alimentos complementarios es la principal causa de enfermedad diarreica, que es muy común entre niños de 6 a 12 meses de edad.

La preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea.

Todos los utensilios, como ser vasos, tazas, platos y cucharas empleados para alimentar al lactante o niño pequeño, deben ser exhaustivamente lavados. Es importante que las manos del cuidador y del niño sean cuidadosamente lavadas antes de comer.

Los alimentos complementarios deben ser lo suficientemente espesos para mantenerse en la cuchara y que no se escurran hacia fuera. Generalmente, los alimentos que son más espesos o más sólidos tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los alimentos aguados o muy blandos. Cuando el niño come alimentos espesos o sólidos, resulta más fácil el darles mayor suministro de kcal e incluir una variedad de ingredientes ricos en nutrientes, como ser alimentos de origen animal. Existen pruebas sobre la presencia de una 'ventana crítica' para incorporar alimentos 'grumosos' (con pedazos de alimentos): si estos son administrados más allá de los 10 meses de edad, se puede incrementar el riesgo posterior de sufrir problemas de alimentación. Si bien, el continuar con alimentos semisólidos puede ahorrar tiempo es importante, para el crecimiento óptimo del niño, que se incremente de manera gradual y con la edad, la 'solidez' de los alimentos. Los alimentos complementarios deberían brindar suficiente energía, proteína y micronutrientes para cubrir las brechas de energía y de nutrientes del niño, de manera que junto con la leche materna se cubran todas sus necesidades.

La mayor brecha es la que corresponde a la del hierro, de manera que es de particular importancia que los alimentos complementarios contengan hierro; en lo posible se debe emplear alimentos de origen animal, como ser carne, órganos de animales, aves de corral o pescado. Una alternativa son los guisantes, frijoles, lentejas y nueces, que deben ser administrados con alimentos ricos en vitamina C, para favorecer la absorción de hierro; pero estos alimentos no deben reemplazar completamente a los de origen animal. Generalmente, el ingrediente central del alimento complementario es el alimento básico local. Los alimentos básicos pueden ser cereales, raíces o frutas que están constituidos principalmente por hidratos de carbono y, por lo tanto, aportan energía. Los cereales también contienen algo de proteína; pero las raíces, como ser la yuca, el camote (o batata) y frutas con almidón, como

la banana y el fruto del árbol del pan, contienen muy poca cantidad de proteína.

Cada día, se debería añadir una variedad de otros alimentos al alimento básico, para aportar otros nutrientes. Estos incluyen:

- Los alimentos de origen animal o pescado son buenas fuentes de proteína, hierro y zinc. El hígado también aporta vitamina A y folato. La yema de huevo es una buena fuente de proteína y de vitamina A, pero no de hierro. El niño debe recibir la parte sólida de estos alimentos y no solamente el jugo.
- Los productos lácteos, como ser la leche, queso y el yogur, son buenas fuentes de calcio, proteínas, energía y vitaminas del complejo B.
- Los guisantes, frijoles, lentejas, maníes y soja, son buenas fuentes de proteína y contienen algo de hierro. El comer al mismo tiempo alimentos ricos en vitamina C (por ejemplo tomates, cítricos y otras frutas, además de vegetales de hojas verdes), favorece la absorción de hierro.
- Las frutas y vegetales de color naranja, como ser la zanahoria, zapallo, mango y papaya y las hojas de color verde oscuro, por ejemplo la espinaca, son ricos en caroteno, un precursor de la vitamina A y también son ricos en vitamina C.
- Las grasas y aceites son fuentes concentradas de energía y de ciertas grasas esenciales que son necesarias para el crecimiento del niño.

Los alimentos complementarios de origen vegetal (vegetarianos) no son suficientes por si solos para cubrir los requerimientos de hierro y zinc de un lactante o niño pequeño de 6–23 meses de edad. Es necesario añadir alimentos de origen animal que contengan suficiente hierro y zinc. Como alternativa, para llenar algunas brechas críticas, se puede emplear alimentos fortificados con micronutrientes.

El consumo de grasas y aceites es importante, debido a que incrementan la densidad energética de los alimentos y mejoran su sabor. Las grasas también mejoran la absorción de la vitamina A y de otras vitaminas

liposolubles. Algunos aceites, en especial los de soja o de colza (nabo), también aportan ácidos grasos esenciales. La grasa debe representar el 30–45% del aporte total de la energía aportada por la leche materna y la alimentación complementaria juntas. La proporción de grasa no debe ser superior ya que el niño no comería otros alimentos que contengan proteína y otros nutrientes importantes, como ser hierro y zinc.

El azúcar es una fuente concentrada de energía, pero carece de otros nutrientes. Puede dañar los dientes de los niños y provocar sobrepeso y obesidad. El azúcar y las bebidas dulces, como las gaseosas, deben ser evitadas debido a que reducen el apetito del niño y estos no consumen alimentos más nutritivos. El té y el café contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro y no se recomiendan para niños pequeños. [42]

2.1.9. El Uso de Micronutrientes en Niños de 6 a 36 Meses de Edad:

El Ministerio de Salud (MINSA), establece la Directiva Sanitaria N° 056, sobre la Suplementación con micronutrientes y Hierro, para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses.

Pasos a seguir:

1. Lavarse las manos con abundante agua y jabón, así como el plato y la cuchara del niño/a.

2. En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida del niño/a.

3. Abre o rasgue el borde superior del sobre con los dedos o tijera (no con los dientes).

4. Ponga todo el contenido del sobre en la comida separada (semisólida o solida) y esté a la temperatura que come el niño.

5. Mezcle bien el total del contenido del sobre hasta que no se vea en la comida.

6. Primero alimente al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

7. De a su niño solo un sobre entero por día con cualquiera de sus comidas principales.

8. No comparta la comida que ha mezclado con las Chispitas con otros miembros de su familia porque el sobrecito tiene justo los nutrientes que su niño necesita.

9. La comida preparada con las chispitas debe ser consumida dentro de la media hora porque los minerales y vitaminas que contienen luego de este tiempo puede oscurecer la comida. [43]

2.1.10. Practica de las Madres Sobre el Uso de Micronutrientes:

A inicios del año 2011 el equipo de monitoreo y evaluación del PRONAA recopiló información a través de visitas domiciliarias de seguimiento al Programa Integral de Nutrición (PIN). Donde muestran ciertos indicadores respecto al tipo de alimentos que se añaden a los micronutrientes, el cual reporta que se añade a sopas y refrescos, lo cual es una práctica inadecuada. Con ello demostraron que se requieren esfuerzos adicionales para brindar mensajes adecuados sobre la preparación de los micronutrientes.

Con respecto al patrón de consumo de los micronutrientes entre la población de estudio, destaca que solo el 5,4% de la población no recibió ningún sobre con los MMN y un 49% refiere haber consumido de manera

adecuada los MMN. De la misma manera el 50.7% de esta población reporta haber consumido todos los sobres de los MMN recibidos. En el caso de los niños que no recibieron regularmente los MMN, se menciona la falta de recursos económicos para asistir a los establecimientos de salud, el desabastecimiento del producto al momento de la visita y falta de tiempo u olvido como factores limitantes.

En el plano cognitivo y de la información hubo una valoración positiva del niño que consume el suplemento "chispita", lo que sugiere que la madre considera importante la suplementación con MMN. Los efectos más visibles de las "chispitas" en el niño fueron percibidos a nivel físico (niños más robustos, saludables y fuertes) y en menor proporción a nivel del aprendizaje (más inteligentes). También se reporta que la escuela, la asamblea comunal y la iglesia, espacios valorados por la comunidad no eran debidamente aprovechados para promover la información sobre el producto.

En el plano sociocultural destacan dos lecciones importantes respecto al protocolo recomendado para la ingesta. Primeramente, la temperatura de preparación tibia, no es generalmente aceptada. Por otro lado, la administración ordenada del suplemento "chispitas" durante el almuerzo no es compatible con la rutina de las madres que trabajan en el campo. Ambos factores, al romper de alguna manera con la rutina campesina y su idiosincrasia pueden tener un impacto negativo en su consumo. [44]

Otros estudios realizados en el 2012, reportan que, el 45% de madres refirieron que dejaron de darle los micronutrientes a sus hijos debido a que los niños no querían comer los alimentos. Además el 30.4% de los beneficiarios del suplemento no lo consumieron en forma adecuada, principalmente porque el niño no terminaba la comida, en el 84% de los casos, porque no les gustaba el sabor. Así mismo, el 98% de las madres mezclaban el suplemento de micronutrientes con el desayuno o el almuerzo. Además, del total de niños en fase de consumo, el 90% lo ingiere con rechazo. El personal de salud opina que las madres entienden la trascendencia e importancia de los micronutrientes. Por último, no basta con entregar o

consumir la cantidad necesaria de los micronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de la anemia. [45]

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Conocimientos: Es el conjunto de información o ideas almacenadas mediante la experiencia o el aprendizaje que presentan las madres de niños (as) de 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio de CRED del C. S. Túpac Amaru y reciben los sobres de micronutrientes.

2.2.2. Practicas: Es la acción, habilidad o conductas aprendidas, frente al uso de los sobres de micronutrientes en polvo que utilizan las madres de niños (as) de 6 a 36 meses de edad, en la comida diaria que preparan en el hogar.

2.2.3. Micronutrientes: Son pequeños sobres "Chispitas" que contienen una mezcla de micronutrientes en polvo y que las madres pueden fácilmente mezclarlo con las comidas, fortificándolas instantáneamente; para prevenir las deficiencias de minerales y vitaminas en sus niños/as.

2.2.4. Madres: Son aquellas personas responsables del cuidado del niño (a) de 6 a 36 meses de edad, atendidos en el consultorio de CRED del C.S. Túpac Amaru.

2.2.5. Niños(as) de 6 a 36 meses: aquellos que reciben suplementación de micronutrientes en polvo en el consultorio de CRED del Centro de Salud Túpac Amaru

2.3. VARIABLES

2.3.1. Operacionalización de las Variables:

Variable Independiente (X)

Conocimiento sobre el Uso del Micronutriente. Se define a la información que tiene la madre, acerca del suplemento nutricional "Chispitas" (definición, uso, importancia, composición, usuarios, tiempo de consumo, preparación del sobre y conservación), que emplea en la comida del niño o niña, para cubrir sus necesidades nutricionales. Se consideró 2 categorías:

- Conocimiento Adecuado. Cuando los sujetos de la muestra expresan una información correcta evidenciada en el cuestionario y alcancen un puntaje de 20 a 30 puntos (o equivalente de 70% al 100%).
- Conocimiento Inadecuado. Cuando los sujetos de la muestra expresan una información incorrecta evidenciada en el cuestionario y alcancen un puntaje < o igual de 18 puntos (o equivalente de 0% a 69%).

Variable Dependiente (Y)

Practica sobre el uso del Micronutriente. Se define al comportamiento o acción que evidencia la madre, respecto a la preparación del sobre de suplemento nutricional "Chispitas", en la comida de su niño o niña. Se consideró 2 categorías:

- Practicas Correctas. Cuando las madres alcancen un puntaje de 20o a 30 puntos (o equivalente de 70% al 100%) en la ficha de observación.
- Practicas Incorrectas. Cuando las madres alcancen un puntaje menor o igual a 18 puntos (o equivalente de 0% a 69%) en la ficha de observación.

CAPITULO III

3.1. HIPÓTESIS

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las prácticas sobre el uso de micronutrientes, en madres de Niños (as) de 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru, de la ciudad de Iquitos, 2017.

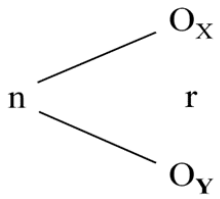
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio fue el descriptivo, porque se buscó especificar el conocimiento y las características de las prácticas sobre el uso de micronutrientes en las madres de niñas (os) de 6 a 36 meses.

Se empleó el método cuantitativo, porque los procedimientos de recolección, y análisis de los datos a investigar fueron expresados cuantitativamente y se utilizó pruebas estadísticas (descriptiva e inferencial no paramétrica Chi - Cuadrada) para probar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de investigación.

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño fue transversal correlacional, porque permitió recolectar la información de las variables simultáneamente en un determinado momento; así mismo describió la relación que existe entre las dos variables en estudio. [46]



Donde:

n	=	Muestra
O_X	=	Variable Independiente (Conocimiento del MMN).
O_Y	=	Variable Dependiente (Practica sobre el uso del MMN).
r	=	La relación entre las variables estudiadas.

3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población. La población estudiada estuvo conformada por las madres de niñas (os) de 6 a 36 meses, que concurren a los controles en el consultorio CRED del Centro de Salud Túpac Amaru, de agosto a octubre del presente año y que reciben el suplemento nutricional; que aproximadamente fueron un total de 118 según registros del referido establecimiento de salud.

3.4.2. Muestra. Estuvo conformada por madres de niñas (os) de 6 a 36 meses que asisten a dichos controles y reúnan los criterios de inclusión.

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicará la siguiente fórmula de poblaciones finitas, asumiendo un nivel de confianza del 95%.

$$n = \frac{Z^{2\alpha} \times p_e \times q_e}{E^2}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

$Z^2\alpha$ = Coeficiente de confiabilidad con un nivel de confianza del 95%, que equivale a 1.96

p_e = Proporción estimada que se consideró 0.5 (50%) porque no se cuenta con datos sobre el comportamiento de la variable en estudio.

q_e = Es la diferencia de 1 – 0.5 = 0.5 (50%)

E^2 = Es el nivel de error o precisión para generalizar los resultados del estudio, se determinó usando el valor de α 0.05

Reemplazando la Fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)}{(0.025)}$$

$$n = \frac{0.9604}{0.0025}$$

$$n = 384$$

AJUSTE DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fórmula:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población de referencia

Reemplazando la Fórmula:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{118}} = \frac{384}{1 + 3.25} = \frac{384}{4.25} = \mathbf{90.35}$$

El tamaño de la muestra quedo conformada por 90 niñas (os) de 6 a 36 meses, que asistan al consultorio de CRED a recibir su suplemento nutricional "Chispitas", durante los meses de Agosto a Octubre del 2017.

El tipo de muestreo que se utilizo fue el probabilístico donde, se seleccionaron las unidades muéstrales utilizando la tabla de números aleatorios, por tener una población homogénea. El proceso de selección de las madres de niñas (os) de 6 a 36 meses se realizó a través del método de lotería o rifa.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Madres de niñas (os) de 6 a 36 meses de edad que acudieron a los controles de CRED del C.S. Túpac Amaru y recibieron el suplemento nutricional en polvo.
- ✓ Con óptima salud mental.
- ✓ Participación voluntaria (Consentimiento Informado).

Criterios de Exclusión:

- ✓ Madres de niñas (os) de 6 a 36 meses de edad que acudan a los controles de CRED del C. S Túpac Amaru y no recibieron el suplemento nutricional en polvo.

- ✓ Que no gozan de una óptima salud mental.
- ✓ No desearon participar en el estudio.

3.5. Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos.

3.5.1. Técnicas: empleadas en el presente estudio, fueron:

- La **Encuesta.** La cual permitió la aplicación del cuestionario para recolectar información sobre el conocimiento de micronutrientes.
- La **Visita Domiciliaria**. Que permitió llegar al domicilio de las madres, para verificar in situ la práctica sobre el uso de micronutrientes, en la comida del niño o niña.

3.5.2. Instrumentos: fueron los siguientes:

- Un **Cuestionario**. Que permitió recolectar la información del nivel de conocimientos sobre los micronutrientes (definición, uso, importancia, composición, usuarios, tiempo de consumo, preparación del sobre, y conservación del sobre), de los sujetos de estudio; el cual fue elaborado por las investigadoras. Consto de 15 preguntas, cada pregunta correcta tuvo un valor de 2 puntos, haciendo un total de 30 puntos y la respuesta incorrecta tuvo un valor de 0. Se midió en 2 niveles: Conocimiento Adecuado (cuando las madres alcanzaron un puntaje de 20 a 30 puntos (equivalente 70% a 100%) y Conocimiento Inadecuado (cuando las madres alcanzaron un puntaje de menor o igual a 18 puntos (equivalente de 0 a 69%) en el cuestionario; con una duración aproximada de 20 minutos por cada sujeto de la muestra.
- Una **Ficha de Observación**. Que permitió evaluar en la madre el uso de la preparación del micronutriente "Chispitas" en la comida de su niño o niña. Fue elaborada por las investigadoras y consto de 15 items. Cada item afirmativo, tuvo un valor de 2 puntos, haciendo un total de 30 puntos y cada ítem negativo tuvo un valor de 0. Se midió en 2 niveles: Practica Correcta (cuando la madre alcanzo un puntaje de 20 a 30 puntos (equivalente 70% a 100%) y Practica Incorrecta (cuando la madre alcanzo un puntaje menor o igual a 18 puntos (equivalente de 0% a 69%) en la ficha de observación;

cuya duración fue de aproximadamente entre 25 a 30 minutos por cada sujeto de la muestra.

Validez y confiabilidad de los instrumentos:

Se procedió a determinar la validez de los instrumentos, mediante el método Delphy o juicio de expertos, para lo cual se solicitó la participación de 8 profesionales, entre ellos 5 enfermeras, 2 médicos y un nutricionista, posteriormente se sometió a la prueba de correlación de Pearson; alcanzando el Cuestionario un valor de 79% (aceptable) y la Ficha de Observación de 92%. La confiabilidad, se determinó a través de la prueba piloto, correspondiente a un 10% del total de la muestra aplicada en otro establecimiento de salud con similares características. Posteriormente los datos fueron procesados mediante el coeficiente Alfa de Crombach, que permitió determinar la fiabilidad de los instrumentos; alcanzando el Cuestionario un valor de 72% (Bueno) y la Ficha de Observación de 73% (Bueno).

3.6. Procedimiento de recolección de datos:

Se procedió de la siguiente manera:

1) Se solicitó un documento de autorización al Decanato de la Escuela de Ciencias de la Salud, para la presentación respectiva ante las autoridades del establecimiento de salud.
2) Se solicitó una entrevista con los responsables del consultorio de CRED del C.S. Túpac Amaru; para coordinar el contacto inicial con las madres de niños de 6 a 36 meses y autorizar su participación voluntaria a través del consentimiento informado.
3) Una vez obtenida la autorización respectiva de los sujetos de la muestra, se les dio a conocer el propósito del estudio y seguidamente se procedió a la aplicación del cuestionario (instrumento) para medir el conocimiento sobre el uso de micronutrientes, utilizando la técnica de la encuesta en el Consultorio de CRED; en el horario de Lunes a sábado de 8 am a 1pm, con el respectivo uniforme de salud pública.

4) Para la aplicación de la Ficha de observación (instrumento) se utilizó la técnica de la visita domiciliaria, donde se verifico en el domicilio la preparación del suplemento nutricional en la comida del niño o niña.
5) Concluida la recolección de datos se procedió a la sistematización de la información para el análisis estadístico, haciendo uso del paquete estadístico SPSS 22.0

3.7. Procesamiento de la información:

Para el análisis de los datos recolectados se empleó el paquete estadístico SPSS versión 22.00 para Windows XP. En el análisis univariado se utilizó las frecuencias: simples y porcentajes. Y para el análisis bivariado se empleó la prueba estadística inferencial no paramétrica de libre distribución chi-cuadrada (X^2) con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$; el mismo que permitió determinar la relación de las variables en estudio y aceptar o rechazar la hipótesis planteada.

3.8. Protección de Derechos Humanos:

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, de los sujetos de la muestra, y se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Firma del consentimiento informado por parte de las participantes en el estudio (Anexo N°4).
- Los instrumentos fueron anonimizado, para no afectar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.
- Se tuvo respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.
- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por las investigadoras para el logro de los fines de la investigación, destruyendo posteriormente la información.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Análisis Univariado

Tabla 1

Caracterización de las madres y niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, 2017

Características de las madres	**n**	**%**
Edad ($\bar{X} = 28.01$ $S = 8.37$ años)		
Cuidador		
Madre	83	92.2
Padre	1	1.1
Cuidador(otro)	6	6.7
Total	**90**	**100.0**
Grado de Instrucción		
Primaría	10	11.1
Secundaria	55	61.1
Técnico	5	5.6
Superior	20	22.2
Total	**90**	**100.0**
Ocupación		
Independiente	18	20.0
Dependiente	5	5.6
Ama de casa	67	74.4
Total	**90**	**100.0**
Características del Niño (a)	n	%
Edad ($\bar{X} = 16.90$ $S = 7.67$ meses)		
6 a 11 meses	25	27.8
12 a 23 meses	44	48.9
24 a 36 meses	21	23.3

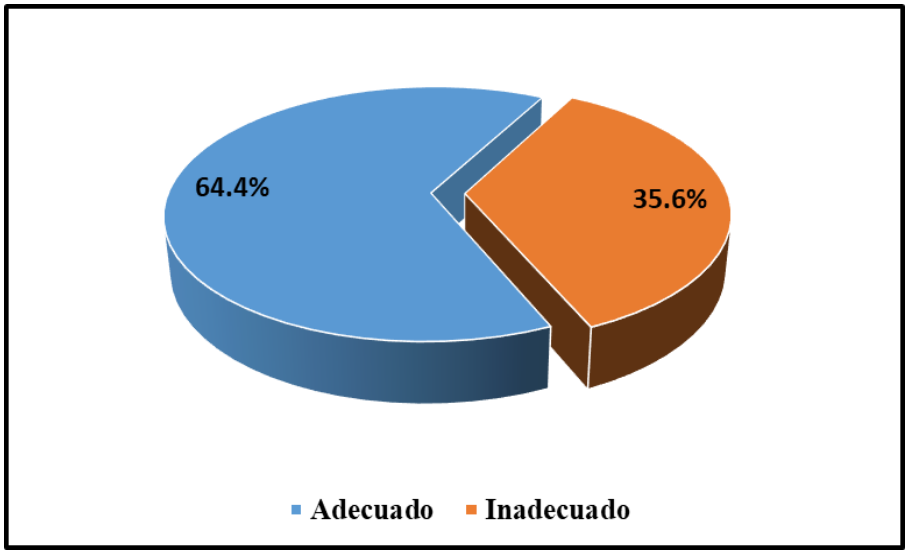
Total	**90**	**100.0**
Sexo	n	%
Masculino	46	51.1
Femenino	44	48.9
Total	**90**	**100.0**

Fuente: Cuestionario elaborado por investigadoras.

En la tabla 1 se observa que del 100% (90) de madres que constituyeron la muestra en estudio, la edad promedio fue de 28 años; predomina como cuidador del niño o niña, la madre en un 92,2% (83), el grado de instrucción secundaria en un 61,1% (55) y 74.4% (67) refirieron ser amas de casa. El promedio de edad de los niños(as) fue de 16.90 meses; de los cuales el 48.9% (44) se encontraban entre 12 a 23 meses de edad, 27.8% (25) entre 6 a 11 meses de edad y 23.3% (21) entre 24 a 36 meses de edad. El cuanto al sexo predomino el masculino, representando el 51.1% (46) y femenino en un 48.9% (44).

Grafico 1

Conocimiento sobre el uso de micronutrientes de las madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, 2017

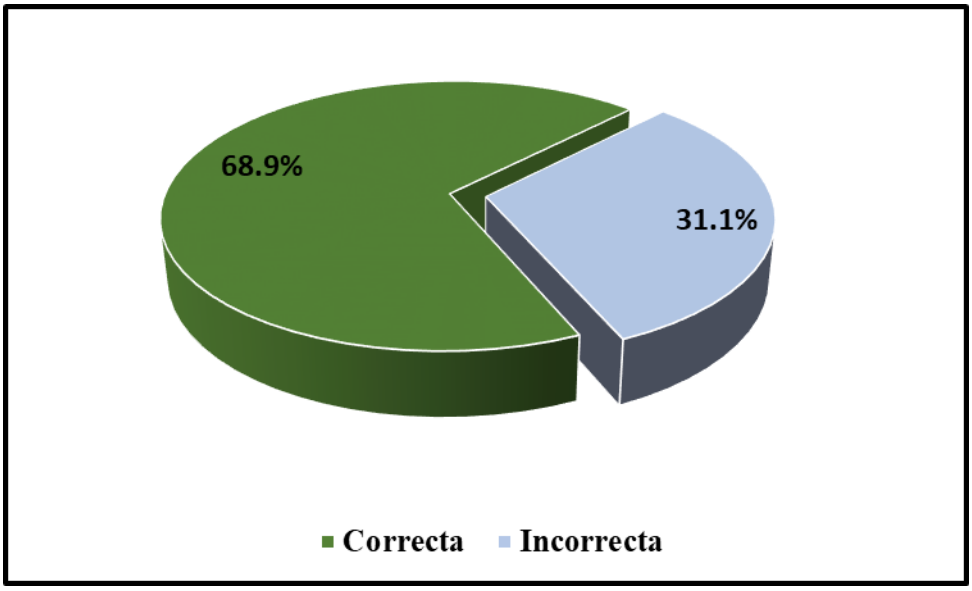


Fuente: Cuestionario elaborado por investigadoras.

En el grafico 1, se observa del 100,0% (90) de madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, 64,4% (58) de ellas presentaron un nivel de conocimiento adecuado y 35,6% (32) conocimiento inadecuado sobre el uso de micronutrientes.

Grafico 2

Prácticas sobre el uso de micronutrientes de las madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, 2017



Fuente: Ficha de Observación elaborada por investigadoras.

En el grafico 2, se observa que del 100,0% (90) de las madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, el 68,9% (62) de ellas, realizaron prácticas correctas sobre el uso de micronutrientes en la comida del niño (a) y 31,1% (28) realizaron prácticas incorrectas.

4.1.2. Análisis Bivariado

Tabla 3

Conocimiento y prácticas sobre el uso de micronutrientes de las madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, 2017

Conocimiento sobre el uso de micronutrientes	Prácticas hacia el uso de micronutrientes				Total	
	Correcta		Incorrecta			
	n	%	n	%	n	%
Adecuado	51	56.7	7	7.8	58	64.4
Inadecuado	11	12.2	21	23.3	32	35.6
Total	**62**	**68.9**	**28**	**31.1**	**90**	**100.0**

X^2 = 27.599 GL = 1 p = 0.000 α = 0.05

Fuente: Cuestionario y Ficha de Observación elaborado por investigadoras.

En la tabla 1, se observa que del 100% (90) madres con niños(as) de 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio de CRED del C. S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, el 68,9% (62) de ellas mostraron una práctica correcta en el uso de micronutrientes en la comida del niño(a), de las cuales 56,7% (51) de las madres presentaron un nivel de conocimiento adecuado.

Para verificar la hipótesis y determinar si existe relación entre el conocimiento y las prácticas de las madres sobre el uso de micronutrientes en la comida del niño (a), se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada (X^2), donde $X^2c = 27.599$, gl = 1, $p = 0.000 < \alpha = 0.05$, por lo que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas sobre el uso de micronutrientes "Chispita" en madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, 2017.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos en el grafico 1 respecto al Conocimiento del uso de micronutrientes por las madres con niños (as) de 6 a 36 meses, atendidos en el C.S. Túpac Amaru, de la ciudad de Iquitos 2017, se encontró que el 64,4% (58) de ellas presentaron un nivel de conocimiento adecuado y 35,6% (32) un nivel de conocimiento inadecuado.

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados por Rojas, M. Suqui, A (Ecuador, 2016) en su estudio sobre "Conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años que acuden al sub-centro de salud de Sinincay 2016"; donde encontraron que el 40% de madres tiene un nivel de conocimiento bueno sobre la administración de micronutrientes.

Así mismo los resultados concuerdan con el estudio realizado por García, C. (Lima, 2015) sobre "Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de micronutrientes en polvo en un C.S. del MINSA 2015; encontró que de un total de 47 (100%) padres encuestados, el 59,6% (28) presentaron conocimientos sobre la administración de micronutrientes mientras que el 40,4% (19) no presentaron.

Como se puede observar de acuerdo a los resultados, las madres aun presentan en mayor proporción un conocimiento adecuado sobre el uso del micronutriente. Dado a que el conocimiento es un proceso activo y enfermería juega un rol importante en el consultorio de CRED, como es el de transmitir o brindar información culturalmente pertinente con respecto a la importancia sobre el uso de multimicronutrientes, a través de la consejería con ello continuar reforzando los conocimientos de las madres cuando asiste a control de CRED con su niño (a) con la finalidad de que la administración que realicen sea basado en un juicio razonable.

En relación al grafico 2, se encontró predominio de madres con niños(as) de 6 a 36 meses, que mostraron una práctica correcta sobre el uso de micronutrientes, representando el 68,9% (62) de ellas y 31,1% (28) mostraron practicas incorrectas.

Estos resultados son similares al estudio realizado por Canastuj, H. (Guatemala, 2013) sobre "Determinantes conductuales en las prácticas del uso de micronutrientes espolvoreados administrados por madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad, que asisten a los servicios de salud en San Andrés Xecul, Totonicapán"; encontró que las prácticas en el uso de los micronutrientes son adecuadas, ya que el promedio de las observaciones en los hogares fue correcto.

Así mismo, son similares al estudio realizado por Sencia, E et al (Lima, 2016) sobre "Prácticas de Alimentación Complementaria y uso de los Multimicronutrientes de madres con niños de 6 a 36 meses"; donde encontró que el 81.41% cumple con la forma correcta del consumo de los multimicronutrientes y el 70.10% cumple con la forma correcta de almacenamiento de los multimicronutrientes.

Al respecto podemos afirmar, que las madres aplican los conocimientos adquiridos en su quehacer diario durante la alimentación de su niño (a), significa a la vez la adopción de habilidades que se van perfeccionando basado en un criterio racional, de conocimiento previo, brindado por el profesional de enfermería. Aun así, es imprescindible seguir fomentando las sesiones demostrativas in situ, y re demostración de las madres, con la finalidad de asegurarse que la información captada persiga el fin útil de la correcta administración de los micronutrientes.

Al analizar la tabla 1 (análisis bivariado) relacionado al conocimiento de la madre con niños(as) de 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio de CRED del C.S. Túpac Amaru y las practicas sobre el uso de micronutrientes, se encontró predominio en el nivel de conocimiento adecuado de las madres, representando 56,7 % (51), de las cuales 68,9% (62) de madres mostraron una práctica correcta en el uso del micronutriente en la comida del niño (a). Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrada (X^2), donde $X^2c = 27.599$, $gl = 1$, $p = 0.000 < \alpha = 0.05$; se pudo observar que existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de las madres y las practicas sobre el uso de micronutrientes en la comida del niño (a). Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Caceda, P Rojas, K. (Trujillo, 2017) sobre "Nivel de conocimiento y prácticas del uso de multimicronutrientes administrados por madres a lactantes que acuden al Centro de Salud Unión-Trujillo"; donde encontró que aquellas madres que tuvieron un conocimiento bueno el 80% tuvo una práctica adecuada. Según la prueba chi-

cuadrado obtuvo un valor $p < 0,01$; por lo tanto el nivel de conocimiento y prácticas del uso de multimicronutrientes están significativamente relacionados.

Es decir, ambas variables se encuentran relacionadas significativamente, dado a que a un mayor conocimiento respecto al uso de los micronutrientes de la madre, ellas aplican dichos conocimientos, preparando un sobre del suplemento diariamente en la comida del niño (a) y ofreciendo al niño (a) para su consumo.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, presentamos las siguientes conclusiones:

1. En relación a las características de las madres con niños (as) de 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio de CRED, del C.S. Túpac Amaru, se logró identificar que la edad promedio fue de 28 años; dentro de la característica de cuidador, la madre represento el 92,2%, otro 6,7% y el padre 1,1%. El grado de instrucción que predomino fue secundaria, representando el 61,1%, superior 22,2%, primaria 11,1% y técnico 5,6%. En cuanto a la ocupación, predomino ama de casa representando el 74,4%, independiente 20,0% y dependiente 5,6%.
2. En relación a los niños(as) atendidos en el consultorio de CRED del C.S. Túpac Amaru, se identificó que la edad promedio fue de 16,90 meses; 48,9% se encontraban entre 12 a 23 meses de edad, 27,8% entre 6 a 11 meses y 23,3% entre 24 a 36 meses de edad. Predominando el sexo masculino en un 51,1% y 48,9% pertenecieron al sexo femenino.
3. En relación al nivel de conocimiento de las madres sobre el uso de micronutrientes, 64,4% de ellas presentaron un nivel de conocimiento adecuado y 35,6% presentaron un nivel de conocimiento inadecuado.
4. En relación a la práctica de la madre sobre el uso de micronutrientes en la comida del niño(a), 68,9% de ellas, mostraron prácticas correctas y 31,1% mostraron prácticas incorrectas.
5. Se logró determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las prácticas de las madres sobre el uso de micronutrientes en la comida del niño (a) de 6 a 36 meses de edad; demostrando que ambas variables de estudio son relativamente dependientes.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas, las investigadoras recomendamos lo siguiente:

1. **A la DIRESA – Loreto**, potenciar la gestión de información, educación y comunicación, prioritariamente en el primer nivel de atención de salud, a fin de fortalecer las estrategias preventivo – promocionales y proveer información culturalmente adecuada, enfatizando , el tiempo que debe consumir el niño(a) los micronutrientes y que debe hacer la madre, en caso de oscurecerse una vez mezclado el micronutriente con la comida del niño(a); así mismo, continuar implementando los talleres con sesiones demostrativas y redemostrativas dirigidas a las madres de los niños de 6 a 36 meses de edad y por ende prevenir y reducir la desnutrición y anemia.

2. **Al Centro de Salud Túpac Amaru**, programar actividades extramurales constantemente, para realizar seguimiento y monitoreo en los domicilios para difundir e informar sobre el uso correcto de los micronutrientes, en los respectivos domicilios, enfatizando en aquellas madres que vienen mostrando una preparación incorrecta del uso de micronutrientes, como en aquellas madres que tratan de abandonar el esquema de suplementación con micronutrientes.

3. **A la Escuela de Enfermería de la UCP de Iquitos,** difundir los resultados de la investigación a través de jornadas científicas, o en las asignaturas que se desarrollan a nivel de campo comunitario, enfatizar en la educación sanitaria que se brinda a las familias y comunidad en general, sobre la importancia, beneficios y el uso del suplemento en la comida del niño (a), a través de sesiones demostrativas.

4. **A los investigadores o comunidad científica**, realicen estudios en esta temática considerando mayor ámbito geográfico, métodos y diseños diferentes, a fin de que los resultados tengan mayor impacto en la población beneficiaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Huamán, L. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses en Apurímac. Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica v.29 n.3 Lima jul. /set. 2012. Pp. 6
2. INS - MINSA: Eficacia y efectividad de la suplementación de micronutrientes para la prevención de anemia, enfermedades y un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo en la población infantil de 6 a 36 meses de edad. UNAGESP, Centro Nacional de Salud Pública, Diciembre, 2012. Pp. 4 -8.
3. INEI: Desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años disminuyo en 3,1 puntos porcentuales. 18/03/2016. Disponible en: www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-infantil-en-ninas-y-ninos-menores-de-cinco-anos-disminuyo-en-31-puntos-porcentuales-8963/
4. MCLCP. Evolución de la anemia en la población infantil 2007-2015. Reporte de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil -2015-1- P p. 5.
5. MINSA - PERU. Documento técnico plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016; Lima – 2014.
6. Parancco C. Efectos de las Prácticas de la Suplementación del Sulfato Ferroso y consumo de Hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses de edad, del PS. Villla Sacca - Acora. Tesis: UNA – Puno, 2015. Pp. 5, 6.
7. MINSA – NUTRI WAWA. Situación de la desnutrición y anemia en el Perú. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/situacion.html
8. Del Águila, A y J. Del Águila. Prácticas de alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 a 24 meses, atendidos en Centros de Salud del Distrito de Belén. Tesis: UNAP- Iquitos, 2015.
9. Huamán, L. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses en Apurímac. Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica v.29 n.3 Lima jul. /set. 2012. Pp. 6
10. MCLCP. Evolución de la anemia en la población infantil 2007-2015. Reporte de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil -2015-1- P p. 5.
11. Oficina de Estadística e Informática del C.S. Túpac Amaru. Iquitos.2015

12. Huamán, L. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses en Apurímac. Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica v.29 n.3 Lima jul. /set. 2012. Pp. 8
13. Rojas, M. Suqui, A. Conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años que acuden al Sub Centro de Salud de Sinincay, 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Enfermería. 2016.
14. Herberth Ivan. Determinantes conductuales en las prácticas del uso de micronutrientes espolvoreados administrados por madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad, que asisten a los servicios de salud en San Andrés Xecul, Totonicapán. Tesis: Guatemala, julio 2013. Pp. 12. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3479.pdf.
15. Parada, D. Revista Ciencia y Cuidado. Volumen 8 / Numero 1 / Año 2011 Pp. 29.
16. Caceda P, Rojas K. Nivel de conocimiento y prácticas del uso de multimicronutrientes administrados por madres a lactantes que acuden al Centro de Salud Unión-Trujillo, 2017. [TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, 2017.
17. Sencia, E Vargas, D. Prácticas de Alimentación Complementaria y uso de los Multimicronutrientes de madres con niños de 6 a 36 meses. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería].Lima: Universidad Privada Norbert Wiener Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Enfermería, 2016.
18. García, C. Conocimiento de los Padres de la Población Infantil sobre la Suplementación de Multimicronutrientes en polvo en un C.S. del MINSA; UNMSM, Lima, 2015. Pp 12. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4255/1/Garcia_gc.
19. Huamán, L. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses en Apurímac. Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica v.29 n.3 Lima jul. /set. 2012. Pp. 10

20. Huamán, L. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses en Apurímac. Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica v.29 n.3 Lima jul. /set. 2012.

21. Del Águila, A y J. Del Águila. Prácticas de alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 a 24 meses, atendidos en Centros de Salud del Distrito de Belén. Tesis: UNAP- Iquitos, 2015

22. INEI: Desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años disminuyo en 3,1 puntos porcentuales. 18/03/2016. Disponible en: www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-infantil-en-ninas-y-ninos-menores-de-cinco-anos-disminuyo-en-31-puntos-porcentuales-8963/

23. MCLCP. Evolución de la anemia en la población infantil 2007-2015. Reporte de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil -2015-1- P p. 5.

24. MINSA – NUTRI WAWA. Situación de la desnutrición y anemia en el Perú. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/situacion.html.

25. MINSA - PERU. Documento técnico plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016; Lima – 2014.

26. Del Águila, A y J. Del Águila. Prácticas de alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 a 24 meses, atendidos en Centros de Salud del Distrito de Belén. Tesis: UNAP- Iquitos, 2015.

27. Oficina de Estadística e Informática del C.S. Túpac Amaru. Iquitos.2015.

28. OPS- OMS. Normas Protocolos y Consejería para la Suplementación-con Micronutrientes. Ecuador; pdf.26. Pp. 12.

29. INS - MINSA: Eficacia y efectividad de la suplementación de micronutrientes para la prevención de anemia, enfermedades y un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo en la población infantil de 6 a 36 meses de edad. UNAGESP, Centro Nacional de Salud Pública, Diciembre, 2012. Pp. 6

30. OPS- OMS. Normas Protocolos y Consejería para la Suplementación-con Micronutrientes. Ecuador; pdf.26. Pp. 14.

31. FAO. Capítulo 6. Nutrición durante períodos específicos del ciclo vital: embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Disponible en:http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0a.htm

32. INS - MINSA: Eficacia y efectividad de la suplementación de micronutrientes para la prevención de anemia, enfermedades y un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo en la población infantil de 6 a 36 meses de edad. UNAGESP, Centro Nacional de Salud Pública, Diciembre, 2012. Pp. 7

33. MINSA – NUTRI WAWA. Situación de la desnutrición y anemia en el Perú. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/situacion.html.

34. MINSA – DGSP: Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses; Lima 2014. Pp 21 – 26.

35. OPS- OMS. Normas Protocolos y Consejería para la Suplementación-con Micronutrientes. Ecuador; pdf.26. Pp. 12.

36. Dávila E. Conocimiento y actitudes de la familia frente al Diagnóstico y tratamiento del paciente con tuberculosis atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos. Tesis: UNAP, 2015. Pp. 7.

37. Ibarra A. Metodología de Investigación. Disponible en: http://www.aibarra.org/investig/tema0.htm#Conocimiento%20y%20Ciencia.

38. MINSA: Norma técnica de salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el Niño Menor de 5 años. Lima, Perú. 2011. Pp. 26.

39. INS - MINSA: Eficacia y efectividad de la suplementación de micronutrientes para la prevención de anemia, enfermedades y un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo en la población infantil de 6 a 36 meses de edad. UNAGESP, Centro Nacional de Salud Pública, Diciembre, 2012. Pp. 12.

40. Torres R. Impacto del modelo de intervención educativa en el conocimiento y prácticas alimenticias en madres de comedores populares de San Juan Bautista, Iquitos, 2009. Tesis: UNSA, Pp. 38 – 39.

41. Hilary K, Espínola N, Gordon P. Instituto de Investigación nutricional: Fortaleciendo la nutrición infantil en Perú: Desarrollo de una papilla a base de camote. 2007. Pp. 28.

42. OMS – OPS. Alimentación del lactante y niño pequeño. 2009, pp. 34- 42. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf.

43. MINSA: Directivas Suplementos Multimicronutrientes. Lima – Perú; 2015. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/directivas/001DS_Suplem_MultiMicro.pdf.

44. Junco J. Identificación de los Factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho. Tesis: PUCP. Lima, 2015; Pp14.
45. Milagros, F. Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, Cercado de Lima. Tesis: UNMSM, 2015. Pp. 18. Disponible en: http:/cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4226/1/Hinostroza_fm.pdf
46. Sánchez, H. Metodología y Diseños en la investigación Científica. 1° edición, Marzo – Lima, Perú, 1984.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL USO DEL SUPLEMENTO NUTRICIONAL "Chispitas" EN NIÑOS(AS) DE 6 A 36 MESES

CÓDIGO: _____

PRESENTACIÓN

Señora buenos días, mi nombre es Heydi Ríos Ríos /Wendy Macedo Dahua, soy Bachiller en Enfermería de la Universidad Científica del Perú, estoy realizando un estudio en coordinación con el Centro de Salud Túpac Amaru, a fin de obtener información acerca del conocimiento sobre el suplemento nutricional "Chispitas" que tienen las madres de niños (as) de 6 a 36 meses de edad. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se le presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

A. DATOS GENERALES DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR:

Madre ( ) Padre ( ) Cuidador ( )

Edad:……

Grado de Instrucción:

Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnico ( ) Superior ( )

Ocupación:

Independiente ( ) Dependiente ( ) Ama de casa ( )

B. DATOS GENERALES DEL NIÑO/A

Edad (meses):…….

Sexo: M ( ) F ( )

INSTRUCCIONES:

A continuación se le hará una serie de preguntas, respecto al suplemento nutricional que emplea en la alimentación de su niña o niño. Marque con una X las alternativas que considere correcta.

DATOS ESPECIFICOS:	**CODIGO**
1 ¿En qué consiste los micronutrientes o "Chispitas"?	
a) Dar las vitaminas y minerales necesarias para el niño (a) en forma de polvo en los alimentos para fortificarlos. b) Dar comida al niño (a) de la olla familiar. c) Dar al niño (a) solo alimentos según su edad. d) Darle leche materna y alimentos.	1 2 3 4
2¿Por qué es importante el micronutriente o "Chispitas" para el niño (a)?	
a) Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades. b) Brinda nutrientes necesarios para que pueda caminar. c) Le permite crecer y ser más sociable. d) Brinda vitaminas y minerales.	1 2 3 4
3. ¿A qué edad se inicia la suplementación con micronutrientes en los niños (as)?	
a) 6 meses. b) Menor de 6 meses. c) Mayor de 5 años. d) Adolescentes.	1 2 3 4
4. ¿Cuáles son los micronutrientes que contiene el sobre de "Chispitas"?	
a) Vitamina A, Vitamina C, Zinc, Ácido Fólico y Hierro. b) Vitamina D, Vitamina B, Hierro y Ácido Fólico. c) Vitamina K, Calcio, Zinc y Aluminio. d) Vitamina B, Vitamina K, Zinc y Hierro.	1 2 3 4
5. ¿Cuántos gramos de micronutrientes tiene el contenido del sobre "Chispitas"?	
a) 1 gramo. b) 2 gramos. c) 3 gramos. d) 4 gramos.	1 2 3 4
6. ¿Qué cantidad de sobrecitos debe consumir el niño (a) diariamente?	
a) 1 sobrecito. b) 2 sobrecitos. c) 3 sobrecitos. d) 4 sobrecitos.	1 2 3 4
7. ¿Por cuánto tiempo debe consumir el niño (a) los micronutrientes?	
a) Durante 1 año (12 meses). b) Durante 2 años (24 meses). c) Durante 3 años (36 meses). d) Durante 4 años (48 meses).	1 2 3 4
8. ¿Cuál NO debe ser la consistencia de los alimentos donde se agrega el micronutriente o "Chispita"	

a) líquidos. b) Triturado. c) Picado. d) Purés o papillas.	1 2 3 4
9. ¿Cuál es la manera correcta de combinar el suplemento de micronutrientes con el alimento?	
a) Separar 2 cucharadas de comida y agregarle el suplemento. b) Combinarlo con todo el alimento que hemos servido al niño. c) Mezclar suplemento con una sopa. d) Vaciar el suplemento en polvo en jugo de naranja, para absorber mejor el hierro.	1 2 3 4
10. ¿En qué momento debemos agregar el micronutriente en polvo en la comida?	
a) Cuando la comida este tibia. b) Cuando la comida este fría. c) Cuando la comida este caliente. d) Cuando se enfría lo podemos calentar nuevamente.	1 2 3 4
11. ¿En cuánto tiempo debe ser ingerido la combinación de alimento y el micronutriente en polvo por el niño(a)?	
a) Inmediatamente. b) Después de 30 minutos. c) Cuando la combinación ya este fría. d) Después de 15 minutos de preparado la combinación.	1 2 3 4
12. ¿Cuál es la manera correcta de alimentar al niño (a) con el suplemento de micronutriente o "Chispita"?	
a) Primero debemos alimentar al niño (a) con esta mezcla. b) Luego continuar con el resto del plato de comida servido. c) Combinarle una cucharada con la mezcla y otra cucharada sin la mezcla. d) Primero darle la comida sin la mezcla y luego continuar con el alimento que contiene el micronutriente.	1 2 3 4
13. ¿Qué hacer cuando se oscurece la comida mezclada con el suplemento de micronutrientes o "Chispita" y el niño (a) lo rechace?	
a) Continuar dándole al niño (a). b) No dárselo ya que le ocasionaría diarreas. c) No dárselo ya que le ocasionaría vómitos. d) Debemos eliminarlo y abrir otro sobrecito para dárselo.	1 2 3 4
14. ¿Cuál es la medida de higiene que debemos practicar antes y después de preparar el micronutriente o "Chispita"?	
a) Lavarse las manos con agua tratada o potable y jabón. Limpiar el lugar donde va preparar. b) Limpiarse solo las manos c) Lavarse solo con agua. d) Limpiarse en un mantelito.	1 2 3 4
15. ¿Dónde se debe almacenar los suplementos de micronutrientes en polvo o "Chispitas"?	
a) Lugares altos frescos y secos. b) Lugares húmedos. c) Lugares abiertos donde ingresa la luz solar. d) Lugares que se encuentren al alcance de los niños(as).	1 2 3 4

ANEXO N° 02

FICHA DE OBSERVACION

PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE EL USO DE MICRONUTRIENTES "CHISPITAS"

CÓDIGO: _____

N°	ITEMS A EVALUAR	CODIGO
1.	Se lava las manos con agua y jabón. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
2.	Lava los utensilios del niño/a (plato y cuchara) antes de preparar. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
3.	El lugar donde prepara es limpio. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
4.	Abre o rasga el borde superior del sobre con los dedos o tijera (no con los dientes). ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
5.	Separa dos cucharadas de comida del plato servido del niño/a. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
6.	Agrega todo el contenido del sobre en las dos cucharadas de comida separada del niño/a. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
7.	Mezcla bien el contenido sobre las dos cucharadas de comida separada. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
8.	La temperatura de la comida a la hora de agregar el sobrecito de micronutrientes, esta tibia. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
9.	Primero alimenta al niño/a con la mezcla y luego continúa dándole de comer con el resto del plato servido. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2

10.	Le da al niño/a, un sobrecito entero diariamente. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
11.	La consistencia de la comida con la mezcla que le da al niño/a, es sólido o semisólido. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
12.	El niño/a se come todo el alimento con la mezcla del micronutriente o "Chispita". ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
13.	El niño/a rechaza comer los alimentos con el micronutriente o "Chispitas" y se los deja de dar. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
14.	Comparte la comida que tiene el contenido de la mezcla de micronutrientes o "Chispitas". ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2
15.	Conserva el suplemento de micronutrientes o "Chispitas" bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad y en un lugar alejado de los niños/as. ➢ SI ( ) ➢ NO ( )	 1 2

ANEXO N°04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO……..…….
con domicilio en…..……..…… hago constar que la encuestadora……..…….. me ha explicado que pretende hacer una investigación en madres con niñas (os) de 6 a 36 meses de edad, que asisten al consultorio de CREDE del Centro de Salud Túpac Amaru, referente al Conocimiento y Practicas sobre el Uso de Micronutrientes . Me han informado la importancia de la misma y me han pedido mi consentimiento para que de forma voluntaria participe en el estudio. Se refirió a los beneficios personales que obtendré al intervenir en el trabajo y al carácter confidencial del documento y que, de ser publicado se mantendrá oculta mi identificación personal. Me explicaron que aun decidiendo participar en la misma, tengo el derecho de retirarme cuando estime, sin que esto implique riesgos a mi integridad personal. Y para que conste firmo el documento:

Encuestado……

DNI N°…….
Firma…….

¡Muchas Gracias¡

ANEXO N° 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
Conocimiento sobre el uso de Micronutrientes. (V.I.)	Se define al conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables o información, que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, almacenada a través de la experiencia del aprendizaje.	**1. Conocimiento Adecuado.** Cuando los sujetos de la muestra expresan una información correcta evidenciada en el cuestionario y alcancen un puntaje de 22 a 32 puntos (o equivalente de 70% a 100%). **2. Conocimiento Inadecuado.** Cuando los sujetos de la muestra expresan una información incorrecta evidenciada en el cuestionario y alcancen un puntaje menor o igual a 21 puntos (o equivalente de 0% a 69%).	Se define a la información que tiene la madre, acerca del suplemento nutricional "Chispitas": definición, uso, importancia, composición, usuarios, tiempo de consumo, preparación del sobre, y conservación del sobre), que emplea en la comida del niño o niña, para cubrir sus necesidades nutricionales.	Nominal	(Anexo N°1)

Practica sobre el Uso de Micronutrientes (V.D)	Se define como una respuesta, conducta, o comportamiento, aprendidas por el individuo del grupo al que pertenece y de la que participa.	**1. Practicas Correctas.** cuando las madres alcancen un puntaje de 21 a 30 puntos (o equivalente de 70% al 100%) en la ficha de observación. **2. Practicas Incorrectas.** cuando las madres alcancen un puntaje menor o igual a 20 puntos (o equivalente de 0% a 69%) en la ficha de observación	Se define al comportamiento o acción que evidencia la madre, respecto a la preparación del sobre de suplemento nutricional "Chispitas", en la comida de su niño o niña.	Nominal	(Anexo N° 2)

Tabla A

Evaluación del conocimiento sobre el uso de micronutrientes de las madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, 2017.

N°	**Conocimiento sobre el uso de micronutrientes**	Correctas		Incorrectas		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	¿En qué consisten los Micronutrientes o "Chispitas"?	65	72.2	25	27.8	90	100.0
2	¿Por qué es importante el micronutriente o "Chispitas" para el niño(a)?	56	62.2	34	37.8	90	100.0
3	¿A qué edad se inicia la suplementación con micronutrientes en los niños(as)?	87	96.7	3	3.3	90	100.0
4	¿Cuáles son los micronutrientes que contiene el sobre de "Chispitas"?	66	73.3	24	26.7	90	100.0
5	¿Cuantos gramos de micronutrientes tiene el contenido del sobre de "Chispitas"?	53	58.9	37	41.1	90	100.0
6	¿Qué cantidad de sobrecitos debe consumir el niño(a) diariamente?	79	87.8	11	12.2	90	100.0
7	¿Por cuánto tiempo debe consumir el niño(a) los micronutrientes?	35	38.9	55	61.1	90	100.0
8	Cuál NO debe ser la consistencia de los alimentos donde se agrega el micronutriente o "Chispita"?	66	73.3	24	26.7	90	100.0
9	¿Cuál es la manera correcta de combinar el suplemento de micronutriente con el alimento?	77	85.6	13	14.4	90	100.0
10	¿En qué momento debemos agregar el micronutriente en polvo en la comida?	63	70.0	27	30.0	90	100.0
11	¿En cuánto tiempo debe ser ingerido la combinación de alimento y el micronutriente en polvo por el niño(a)?	73	81.1	17	18.9	90	100.0
12	¿Cuál es la manera correcta de alimentar al niño(a) con el suplemento de micronutriente o "Chispita"?	83	92.2	7	7.8	90	100.0
13	¿Qué hacer cuando se oscurece la comida mezclada con el suplemento de micronutrientes o "Chispita" y el niño(a) lo rechace?	21	23.3	69	76.7	90	100.0
14	¿Cuál es la medida de higiene qué debemos practicar antes y después de preparar el micronutriente o Chispita"?	87	96.7	3	3.3	90	100.0
15	¿Dónde se debe almacenar los suplementos de micronutriente en polvo o Chispitas":	88	97.8	2	2.2	90	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por investigadoras.

En la tabla 2, se observa el 100.0% (90) de las madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, según respuestas correctas: El 72.2% (65) saben que los micronutrientes “chispita” consiste en dar vitaminadas y minerales necesarias para el niño(a) en forma de polvo en los alimentos para fortificarlos. Asimismo, el 62.2% (56) de las madres conocen que el micronutriente “chispita”, es importante porque favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades. La edad para el inicio de la suplementación con micronutrientes en los niños(as) es de 6 a 36 meses y respondieron correctamente el 96.7% (87) de las madres. Los micronutrientes que contiene el sobre “chispita” es el Ácido fólico, hierro, zinc, vitamina A y C, el 73.3% (66) de las madres. Un gramo es la cantidad de micronutriente que contienen el sobre de “chispita” y es conocido por el 58.9% (53). Es conocido por el 87.8% (79) de las madres que un sobre de “chispita” es la cantidad que un niño(a) debe consumir diariamente. La consistencia de alimentos líquidos no es apropiada para agregar el micronutriente “chispita” y es sabido por el 73.3% (66) de las madres. El 85.6% (77) de las madres tienen conocimiento que para combinar el suplemento de micronutriente, se tiene que separar dos cucharadas de comida y luego agregarle el suplemento. Se debe agregar el micronutriente en polvo cuando la comida este tibia, así respondieron el 70.0% (63) de las madres. La combinación de alimento y el micronutriente debe ser ingerido inmediatamente después de la mezcla y tienen conocimiento el 81.1% (73). El 92.2% (83) de las madres conocen que la manera correcta de alimentar al niño(a) es dándole primero la mezcla. Lavarse las manos con agua tratada o potable y jabón así como el limpiar el lugar donde se va preparar la combinación, es una medida de higiene que debemos practicar antes y después de preparar el micronutriente “chispita” y es de conocimiento del 96.7% (87) de las madres. El 97.8% (88) conocen también que los suplementos de micronutrientes “chispita”, debe ser almacenado en lugares altos, frescos y secos.

Según respuestas incorrectas: El 61.1% (55) de las madres, desconocen que los niños(as) deben consumir micronutrientes durante un año (12 meses). Asimismo, el 76.7% (69) no tienen conocimiento que cuando la comida mezclada con el suplemento micronutriente “chispita” se oscurece tiene que continuar dándole al niño.

Tabla 4

Aspectos observados en prácticas sobre el uso de micronutrientes de las madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Túpac Amaru de la ciudad de Iquitos, 2017

N°	Aspectos observados sobre el uso de Micronutrientes "Chispitas"	Sí		No		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Se lava las manos con agua y jabón.	52	57.8	38	42.2	90	100.0
2	Lava los utensilios del niño(a) (plato y cuchara) antes de preparar.	21	23.3	69	76.7	90	100.0
3	El lugar donde prepara es limpio.	67	74.4	23	25.6	90	100.0
4	Abre o rasga el borde superior del sobre con los dedos o tijera (no con los dientes).	37	41.1	53	58.9	90	100.0
5	Separa dos cucharadas de comida del plato servido del niño(a).	80	88.9	10	11.1	90	100.0
6	Agrega todo el contenido del sobre en las dos cucharadas de comida separada del niño(a).	82	91.1	8	8.9	90	100.0
7	Mezcla bien el contenido sobre las dos cucharadas de comida separada.	79	87.8	11	12.2	90	100.0
8	La temperatura de la comida a la hora de agregar el sobrecito de "Chispitas", esta tibia.	58	64.4	32	35.6	90	100.0
9	Primero alimenta al niño/a con la mezcla y luego continúa dándole de comer con el resto del plato servido.	84	93.3	6	6.7	90	100.0
10	Le da al niño(a) un sobrecito entero diariamente.	82	91.1	8	8.9	90	100.0
11	La consistencia de la comida con la mezcla que le da al niño/a es sólido o semisólido.	65	72.2	25	27.8	90	100.0
12	El niño(a) se come todo el alimento con la mezcla de "Chispitas"	62	68.9	28	31.1	90	100.0
13	El niño(a) rechaza comer los alimentos con chispitas y se los deja de dar.	73	81.1	17	18.9	90	100.0
14	Comparte la comida que tiene el contenido de la mezcla "Chispitas".	90	100.0	0	0.0	90	100.0
15	Conserva el suplemento de micronutrientes llamado "Chispitas" bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad y en un lugar alejado de los niños/as.	79	87.8	11	12.2	90	100.0

Fuente: Ficha de Observación elaborado por investigadoras.

En la tabla 4, se observa los aspectos evaluados en las prácticas sobre uso de micronutrientes en el 100.0% (90) de madres con niños(as) de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED del C.S. Tupac Amaru de la ciudad de Iquitos.