

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS EN ADMINISTRACIÓN DE
MULTIMICRONUTRIENTES EN MADRES CON NIÑOS DE 6 A 12 MESES
DEL P.S. I-2 MALINGAS FEBRERO - MAYO 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

AUTORES:

NATHALIE CHRISTIE FARFAN NAVARRO
KEYLA BARRANZUELA BERMEO
FELICINA ZURITA GARCIA

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. Noemí Zuta Arriola PRESIDENTA
- Dra. Ana Elvira López y Rojas SECRETARIA
- Dra. Agustina Pilar Moreno Obregón MIEMBRO

ASESORA: Mg. Rosario Miraval Contreras

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 159-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 26 de Agosto del 2017

Resolución de Decanato N° 1945-2017-D/FCS de fecha 23 de Agosto del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A mi Madre, por su amor y comprensión.

A mi esposo Daniel por su incondicional
apoyo.

A mis Hijas Nathaniel y Daniela que son
los principales motores de mi vida.

NATHALIE CHRISTIE FARFAN NAVARRO

A Dios .mi querido hijo, padres, familia por su apoyo
Para seguir con mi Formación profesional.

KEYLA BARRANZUELA BERMEO

A Dios por permitirme este gran logro
en mi vida.

A mi madre por su gran amor y apoyo.

A mis familiares y amigos que siempre
me alentaron.

FELICINA ZURITA GARCIA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, a la Sección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, por brindarnos la oportunidad de continuar superándonos.

Al SINESS Base Cayetano Heredia Piura por su gestión y apoyo en la superación de los profesionales de Enfermería.

A nuestra asesora Lindomira Castro Llaja por su valiosa colaboración y paciencia en el desarrollo del presente trabajo por su disposición y disponibilidad en todo momento y apoyo incondicional.

Al Jefe del establecimiento de Salud 1 – 2 Malingas - Tambogrande por brindarnos todo su apoyo para la ejecución de la presente Tesis.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Identificación del problema:.....	4
1.2 Formulación de problemas:.....	6
1.2.1 Problema general:.....	6
1.2.2 Problemas Específicos:.....	6
1.3 objetivos del investigación:.....	7
1.3.1 Objetivo general:.....	7
1.3.2 Objetivos específicos:.....	7
1.4 Justificación:.....	8
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio.....	10
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	10
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	12
2.2 Marco teórico.....	15
2.3 Bases teóricas:.....	36
2.4 Definición conceptual de términos:.....	38
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Definición de las variables:.....	39
3.1.1 Variable dependiente:.....	39
3.1.2 Variable independiente:.....	39
3.2 Operacionalización de las variables:.....	40
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas:.....	42
3.3.1 Hipótesis general:.....	42
3.3.2 Hipótesis específicas:.....	42

IV. METODOLOGIA	
4.1. Tipo de investigación:.....	43
4.2. Diseño de investigación:.....	43
4.3. Población y Muestra.....	44
4.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos:.....	45
4.5. Procedimiento para la recolección de datos.....	46
4.6. Procesamiento de recolección de datos.:.....	47
V. RESULTADOS	48
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados.....	52
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	54
VII CONCLUSIONES	56
VIII RECOMENDACIONES	57
IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	
Anexo N°1: Matriz de consistencia.....	64
Anexo N°2: Cuestionario.....	66
Anexo N°3: Guía de Observación.....	72
Anexo N°4. Carta de Solicitud Institucional para solicitar estudio....	73
Anexo N°5: Consentimiento informado.....	74
Anexo N°6: Formato de validación de Juicios de Experto.....	75
Anexo N°7: Gráficos.....	76

INDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla N° 5.1	Nivel de conocimiento de las madres sobre Multimicronutrientes del P.S I -2 Malingas. Febrero a Mayo 2017.	48
Tabla N° 5.2	Practica sobre la administración de los multimicronutrientes de las madres del P.S I -2 Malingas. Febrero a Mayo 2017.	50
Tabla N° 5.3	Relación entre Conocimiento y práctica en la administración de Multimicronutrientes en madres de niños de 6 a 12 meses. Del puesto de Salud I-2 Malingas. Febrero a Mayo 2017	51

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Identificación del Problema

La deficiencia de micronutrientes en especial de hierro es la deficiencia nutricional más prevalente y la principal causa de anemia a escala mundial. Según la OMS en el mundo a 1,620 millones de personas son afectadas por anemia lo que correspondería al 24.8% de la población mundial

En Latinoamérica, la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años es del 29.3%, lo cual correspondería aproximadamente a 23 millones de niños afectados. (1)

En nuestro país la anemia es muy prevalente en los niños menores de 5 años convirtiéndose en un problema de salud pública. Según la Encuesta Nacional Demográfica de salud (ENDES), que en un estudio poblacional, de representatividad nacional y regional para el año 2013 ha encontrado que, aproximadamente uno de cada tres niños de entre 6 y 59 meses tiene anemia esto representa el 34%, siendo más común entre los niños que viven en las zonas rurales que la urbana (1).

En el Perú la anemia es un problema que afecta a la población del área urbana y del área rural, sin discriminar si se trata de población con

menores ingresos o de población con ingresos medianos y altos. Teniendo en cuenta esta situación, y 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 Multimicronutrientes para la Prevención de Anemia en niñas y niños de 6 a 36 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. (2)

En nuestra localidad de Piura las estadísticas del Gobierno Regional el 47.6% de niños y niñas menores de cinco años tienen anemia por déficit de hierro.

En la jurisdicción del Puesto de Salud I – 2 Malingas se viene suplementando con Micronutrientes “Chispitas” para la prevención de la anemia infantil a todo menor de 36 meses pero en lo que va del año de los 150 niños que hasta la fecha se les ha realizado un tamizaje de hemoglobina el 70 % son niños menores de un año que cuyo resultado indica que están siendo afectados por la anemia.

Por todo lo referido nos vimos motivadas a investigar si el conocimiento está relacionado con la practica en la administración efectiva de los

multimicronutrientes en madres o cuidadores con niños menores de 12 meses que pertenecen a la jurisdicción del Centro poblado de Malingas y así contribuir a la mejora de las prácticas de la alimentación complementaria con una buena administración de estos micronutrientes para la erradicación de la anemia en nuestra Localidad.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre los conocimientos y prácticas en administración de Multimicronutrientes de las madres de niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud I -2 Malingas, Febrero a Mayo - 2017?.

Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los Micronutrientes que poseen las madres con niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud I -2 Malingas, Febrero a Mayo - 2017?
- ¿Cómo es la practica en la administración de los multimicronutrientes por las madres con niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud I – 2 Malingas. Febrero a Mayo 2017?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en la administración de Multimicronutrientes en madres con niños de 6 a 12 meses que pertenecen al Puesto de Salud I -2 Malingas. Febrero a Mayo 2017

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre los Multimicronutrientes que poseen las madres con niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I -2 Malingas. Febrero a Mayo 2017
- Determinar la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres con niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud I – 2 Malingas. Febrero a Mayo 2017.

1.4 Justificación

1.4.1 Legal

La presente investigación tiene como base legal la creación de la Directiva Sanitaria N° 056 – MINSA/DGSP.V.01 con R.M N° 706-2014/MINSA .El 19 de Setiembre del 2014, que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Esta directiva peruana tendrá como objetivo general establecer los criterios técnicos para la suplementación con multimicronutrientes y hierro, para prevenir la anemia en las niñas y niños menores de 36 meses de edad, en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación.

1.4.2 Teórica

El presente estudio permitirá mejorar el conocimiento en la administración de los micronutrientes y mejorar la Práctica en las madres para prevenir la anemia en las niñas y niños.

1.4.3 Económica

Esta investigación es viable porque las investigadoras laboran en el establecimiento de salud y se tiene facilidad para la obtención de los datos.

1.4.2 Social

Con nuestro estudio de investigación ayudaremos a mejorar el conocimiento para la una buena práctica en las madres para la administración de los micronutrientes y así mejorar la calidad de vida de los niños y niñas menores de 12 meses ya que se contribuirá a reducir la anemia por deficiencia de hierro y protegeremos el estado de la salud y el desarrollo infantil y temprano de este grupo poblacional

1.4.3 Practica

Porque a partir de los resultados se generarán nuevas prácticas tanto en el personal de salud y las madres de los niños menores de 12 meses en la administración de Multimicronutrientes ayudando a contribuir la erradicación de la anemia de nuestra jurisdicción.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes Del Estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

ROJAS. M y SUQUI. A. En su estudio **“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”**, año 2016. Tiene por **objetivo general**: 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 2016. **MATERIAL Y MÉTODOS**: Es una investigación 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 datos fueron procesados en el programa SPSS versión 23, se utilizó el formato Word, Excel 2010, tablas de 2 x 2 y gráficos para la publicación. Para garantizar los aspectos éticos se obtuvo el consentimiento informado a las madres.

RESULTADOS: 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. (3)

FUENTES, C. , GARCÍA, E, y JUÁREZ, J. el estudio titulado” **Conocimientos y prácticas sobre administración de micronutrientes (vitamina A, Hierro y Zinc) que tienen las madres de los niños menores de 5 años de edad que acuden a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Francisco Gotera, Morazán; Estanzuelas, Usulután; Huisquil, La Unión**”. El Salvador, 2013. Fue prospectivo, cualitativo, transversal, descriptivo y analítico, tomando como muestra a 803 madres que asistieron con sus hijos menores de 5 años de edad al control de atención integral a la niñez, utilizando como instrumento una Cédula de 31 preguntas y como método la entrevista y tomando como base la información obtenida de la investigación realizada, se empleó el método estadístico de proporción por lo que se rechazó la hipótesis del trabajo, aceptando la hipótesis alterna, la cual indica que las madres tienen conocimientos poco aceptable 60.3%, y conocimiento no aceptable 39.7%, en cuanto a las practicas aceptables 83.3%, y prácticas poco aceptables 16.7%. Conclusiones: las prácticas de las madres de la investigación tienen mejores destrezas aun y cuando sus conocimientos sean poco aceptables y son capaces de seguir las instrucciones sobre la administración y lograr una práctica aceptable. (4)

Otro estudio en el año 2012 titulado **“Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños de 6 a 23 meses de edad Ginebra, Organización Mundial de la Salud”**, realizado por Dra. DE-REGIL, L; DR. PEÑA, J y los DRS. METIS, J; MATTHEWS R, cuyo objetivo fue: Ayudar a los Estados Miembros y sus asociados a tomar decisiones fundamentadas acerca de las intervenciones adecuadas en materia de nutrición para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular la erradicación de la pobreza extrema y el hambre y la reducción de la mortalidad en la niñez.

Este documento presenta la recomendación frente a la ausencia de intervención o la administración de placebo, la fortificación domiciliar de los alimentos con micronutrientes en polvo redujo la anemia al final de la intervención en un 31% (riesgo relativo (RR) medio: 0,69, intervalo de confianza del 95% (IC95%): 0,60–0,78; seis estudios) y la ferropenia en un 51% (RR: 0,49, IC95%: 0,35–0,67; cuatro estudios) en lactantes y niños pequeños. (5)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

SOLANO. L. en su estudio de investigación titulado **“Conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre los multimicronutrientes que reciben sus niños en un centro de salud Vega Baja, Cercado de Lima”**, año 2016. Tuvo como objetivo principal determinar los conocimientos y

prácticas que tienen las madres sobre los multimicronutrientes que reciben en un Centro de Salud. Es un estudio tipo cuantitativo, nivel aplicativo método descriptivo de corte transversal. La población estuvo compuesta por 86 madres y la muestra fue de 45 madres mediante muestreo no probabilístico. El instrumento fue el cuestionario que fue aplicado previo consentimiento informado.

Las conclusiones fueron que la mayoría de madres conocen y tienen prácticas adecuadas sobre los multimicronutrientes; sin embargo desconocen sobre las contraindicaciones y los efectos secundarios de los mismos. (6)

PAREDES. J y PEÑA, A. En su estudio titulado **"Práctica de administración de multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al área niño del centro de salud San Cristóbal en huancavelica-2013"**, cuyo objetivo es determinar la relación que existe entre la práctica de administración de multimicronutrientes y anemia en niños/as de 6 a 11 meses de edad. La población lo constituyó 78 niños de entre 6 a 11 meses de edad con sus respectivas madres y la muestra fue de 34 niños con sus respectivas madres, la muestra fue obtenida a través del muestreo probabilístico aleatorio simple. La técnica de recolección de datos, para la variable práctica de administración de multimicronutrientes: se utilizó la técnica de entrevista cuyo instrumento fue la guía de entrevista y la técnica para la variable anemia fue el análisis documental, cuyo instrumento de recolección de datos fue el formato de

análisis documental. Los resultados fueron; Del 100% (34) niños de entre 6 y 11 meses de edad con sus respectivas madres, se aprecia que el 97.1 % (33) de las madres realizan una práctica regular de administración de multimicronutrientes mientras que solo el 2.9% (1) de las madres realizan una adecuada administración de multimicronutrientes. Por otra parte, del 100% (34) niños de entre 6 y 11 meses de edad, 6 niños presentaban anemia en grado leve. (7)

HUAMAN, L. con el estudio **“Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses”**: Apurímac, 2010 de tipo transversal, Se incluyó 714 participantes donde el, 25,3% vivía en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza. La prevalencia de anemia fue de 51,3% (IC95%: 47,1-55,4%), 5,4% no recibió la intervención; 60,3% consumió 60 o más sobres y 49,0% los consumió en forma adecuada. No se encontró asociación entre la cantidad de sobres recibidos o consumidos y la anemia ($p < 0,05$). Aquellos niños que consumieron el suplemento en forma adecuada tuvieron menor prevalencia de anemia que aquellos que no lo hicieron (RPa: 0,81; IC95%: 0,68-0,96) Se Concluye que No basta con entregar o consumir la cantidad necesaria de los multimicronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia, aspecto que debe ser trabajado para mejorar esta intervención. (8)

2.2 Marco Teórico

A. Conocimiento:

Como concepto de conocimiento se ha usado el sinónimo entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia. La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc...). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

El hombre, a lo largo de su existencia, ha sentido curiosidad por conocer el mundo que le rodea y ha pretendido dar explicaciones a una serie de interrogantes, que le han surgido de su contacto directo o indirecto con las cosas, hechos y fenómenos que la naturaleza le presenta. Gran parte de las explicaciones que ha dado se fundan en supuestos, creencias y generalizaciones que son aceptadas por razones de autoridad, experiencia, o de fe, sin crítica o razonamiento que sustente su veracidad. (9)

Clasificación del conocimiento

Conocimiento Empírico: llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con

las cosas o personas que nos rodean. Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

Conocimiento científico: llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

Las principales diferencias entre el conocimiento empírico y científico podemos mencionar que el primero se adquiere por medio del azar, no es verificable ni subjetivo además está sujeto a nuestra experiencia y modo de sentir, es dogmático porque se apoya en creencias y respuestas no verificables, es inexacto, sin definiciones poco precisas, es subjetivo. Por otro lado el conocimiento científico se adquiere mediante la razón, es verificable, puede estar basado en la experiencia, pero se puede demostrar, es sistemático, se adquiere mediante el conocimiento acumulativo, porque sirve de base para otros entendimientos. (9)

B. Prácticas

Como concepto general “práctica” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto. (10)

En los últimos años la incidencia de los errores en la práctica de administración de los medicamentos en los sistemas sanitarios es considerable. Es cualquier incidente prevenible que pueda causar daño, o mal lograr la eficacia de cualquier medicamento al paciente, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

Los problemas relacionados con la seguridad de los medicamentos se han traspasado recientemente el ámbito estrictamente sanitario para ser motivo de preocupación y debate en toda la sociedad. Sin embargo estos problemas no son nuevos, ya que son una consecuencia inseparable de las propiedades intrínsecas de los medicamentos y van asociados de forma inevitable al desarrollo de la terapéutica.

La incidencia, gravedad y coste que supone los errores de medicación determinan la necesidad de crear una cultura de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias. Para ello la premisa básica es reconocer que el

error es inherente a la condición humana y que lo realista entonces es modificar las condiciones en las que trabajan los profesionales, creando sistemas sanitarios seguros que sean resistentes a los errores humanos.

De hecho cuando se analizan detenidamente un error se observa que incluso los más simple, se deben a múltiples factores o fallos, entre los que se diferencian, por una parte, al personal que está en contacto directo con los pacientes y el conocimiento empírico o las creencias de la población con respecto a los micronutrientes.

Es necesario crear una cultura que permita aprender de los propios errores, es decir, que deseche la idea de culpabilidad y favorezca la comunicación y el análisis de los errores que ocurren, con el fin de identificar las causas que los originan y desarrollar estrategias para evitar que se repitan. Solo así es posible obtener información objetiva sobre los errores que se producen en la práctica clínica y poner en marcha medidas para resolverlos.

En cada uno de los pasos de la atención al paciente hay posibilidades de error y cierto grado de riesgo para la seguridad del paciente. La comprensión adecuada de los factores que favorecen el aumento de los errores de medicación es el primer paso para prevenir tales errores. Los errores de medicación pueden originarse por problemas de comunicación, poca información acerca de los beneficios de los productos dosificación y condiciones que afectan la absorción de los micronutrientes. (10)

C. Multimicronutrientes.

El término "multimicronutrientes" se refiere a las vitaminas y los minerales que son indispensables para el ser humano, que se necesitan en cantidades mínimas para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo. El cuerpo humano no puede sintetizar las vitaminas y minerales por lo tanto, se deben obtener de los alimentos y en circunstancias especiales mediante la suplementación de compuestos sintéticos. Estos nutrientes son parte esencial de enzimas y proteínas que son vitales para el crecimiento físico y el desarrollo cognoscitivo, el mantenimiento fisiológico y la resistencia a la infección. Como los requerimientos diarios de vitaminas y minerales son relativamente pequeños (micro gramos o miligramos), se les denomina "multimicronutrientes." (11)

Durante la etapa de rápido crecimiento en los primeros años de vida y en ciertas situaciones fisiológicas, la ingestión de multimicronutrientes se debe aumentar o de lo contrario se pueden ver retardos en el crecimiento y enfermedades carenciales. Durante estos períodos los síntomas de deficiencia son más notorios. Por esta razón, los niños en edad preescolar, los adolescentes y las mujeres en edad reproductiva, son grupos de alta prioridad para prevenir la malnutrición de multimicronutrientes.

En la actualidad se reconoce la importancia de las deficiencias de multimicronutrientes en la etiología de procesos infecciosos y en las enfermedades crónicas no transmisibles, pues son esenciales para mantener defensas adecuadas contra las infecciones y para muchas otras funciones metabólicas y fisiológicas. (11)

La vitamina A: Es esencial para la salud ocular y el buen funcionamiento del sistema inmunológico. Se encuentra en alimentos como la leche, hígado, huevos, frutos rojos y naranjas, aceite de palma roja y verduras de hoja verde, aunque la cantidad de vitamina A biodisponible desde estas fuentes varía considerablemente. En países en vías de desarrollo buena parte del consumo alimentario se hace en forma de frutas y verduras pero el ingreso per cápita muchas veces es insuficiente para su consecución por lo que no se logran satisfacer las necesidades dietéticas. Esto se agrava si se tiene en cuenta que los requerimientos de vitamina A están aumentados en los niños debido a su crecimiento, cuando hay enfermedad o cuando se presentan infecciones, lo que hace que la prevalencia de deficiencia de vitamina A sea alta en países en vías de desarrollo, especialmente entre los menores de 5 años. (2)

La deficiencia de vitamina A se constituye en la primera causa de ceguera infantil prevenible e incrementa el riesgo hasta en un 23% de morir por sarampión, diarrea o malaria. La OMS estima que 190 millones de niños

menores de 5 años y 19 millones de gestantes en el mundo pueden tener niveles peligrosamente bajos de vitamina A, más de 4 millones de ellos con signos de deficiencia severa. La mayor carga de la deficiencia está en los niños que viven en Asia meridional y África subsahariana. En las Américas se estima que la deficiencia de la vitamina A en menores de 5 años está alrededor del 15% (8'680.000). Como ejemplo, en África subsahariana se ha encontrado asociación entre déficit de vitamina A y malaria sin que se pueda establecer cuál de las dos conlleva a la otra pero más seguramente en un círculo vicioso que conlleva a incremento en la morbilidad y la mortalidad. (5)

Se ha encontrado sí que al suplementar con vitamina A se logra reducir en una tercera parte la incidencia de malaria no complicada, sin embargo no se ha logrado demostrar disminución en la mortalidad. En la encuesta ENSIN (Encuesta Nacional de la Situación. Nutricional En Colombia) se encontró que la prevalencia de deficiencia subclínica de vitamina A (retinol sérico menor de 20 mcg/dl) en los niños entre 1 y 5 años fue de 5,9%, que según la OMS constituye un problema de salud pública leve. No se encontraron diferencias en cuanto a la distribución por sexo pero sí se encontró que es más prevalente en los niños del área rural. La Cumbre Mundial de 1990 de la Infancia se fijó el objetivo de la eliminación virtual de la deficiencia de vitamina A y sus consecuencias, incluyendo la ceguera, para el año 2000. Este objetivo también fue respaldado en la Conferencia Política sobre Ending

Hidden Hunger en 1991 y la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992 y la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre el Niño en 2002. Es papel fundamental para el logro de uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: “reducir la mortalidad en menores de 5 años en dos terceras partes para el año 2015” (12)

Recomendaciones internacionales de suministrar altas dosis de vitamina A cada cuatro a seis meses a todos los niños entre las edades de 6 a 59 meses de vida en las zonas afectadas. El Ofrecer a los niños pequeños dos dosis altas de vitamina A al año es una forma segura, rentable y eficaz para eliminar la deficiencia de vitamina A y mejorar la supervivencia infantil. Además se recomienda dar vitamina A para las nuevas madres en período de lactancia, reponiendo los depósitos que se agotan durante la gestación y la lactancia y protegiendo así a sus hijos durante los primeros meses de vida. (12)

El Hierro: Es un mineral que se encuentra en cada célula del cuerpo y se lo considera un mineral esencial debido a que se necesita para formar parte de las células sanguíneas. El cuerpo humano necesita hierro para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos.

La deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más prevalente y la principal causa de anemia a escala mundial. En los países en vías de desarrollo los grupos más afectados son los niños y adolescentes, debido a sus mayores requerimientos determinados por el crecimiento, y en la mujer en edad fértil por la pérdida de hierro debida al sangramiento menstrual o a las mayores necesidades de este mineral por el embarazo. Este aumento de las necesidades no es cubierto por la dieta habitual la que tiene cantidades insuficientes de hierro y/o presenta una baja biodisponibilidad de este nutriente.

En los países en vías de desarrollo la deficiencia de hierro coexiste con otras condiciones tales como, desnutrición calórica proteica, deficiencia de vitamina A, deficiencia de ácido fólico e infecciones. En las áreas tropicales las infestaciones parasitarias y hemoglobinopatías son también comunes.

Además de las manifestaciones propias de la anemia, se han descrito otras manifestaciones no hematológicas de la deficiencia de hierro tales como: disminución de la capacidad de trabajo físico y de la actividad motora espontánea, alteraciones de la inmunidad celular y de la capacidad bactericida de los neutrófilos, disminución de la termogénesis, alteraciones funcionales e histológicas del tubo digestivo, falla en la movilización de la vitamina A hepática, mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso de nacimiento y de morbilidad perinatal, menor transferencia de hierro al feto,

una disminución de la velocidad de crecimiento, alteraciones conductuales y del desarrollo mental y motor, velocidad de conducción más lenta de los sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal. (13)

Hierro en un individuo normal, las necesidades diarias de hierro son muy bajas en comparación con el hierro circulante, por lo que sólo se absorbe una pequeña proporción del total ingerido. Esta proporción varía de acuerdo con la cantidad y el tipo de hierro presente en los alimentos, el estado de los depósitos corporales del mineral, las necesidades, la actividad eritropoyética y una serie de factores lumenales e intralumenales que interfieren o facilitan la absorción.

La absorción depende en primer lugar del tipo de compuesto de hierro presente en la dieta, en dependencia de lo cual van a existir dos formas diferentes de absorción: la del hierro hemo y la del hierro inorgánico. (13)

El hierro inorgánico por acción del ácido clorhídrico del estómago pasa a su forma reducida, hierro ferroso (Fe^{2+}), que es la forma química soluble capaz de atravesar la membrana de la mucosa intestinal. Algunas sustancias como el ácido ascórbico, ciertos aminoácidos y azúcares pueden formar quelatos de hierro de bajo peso molecular que facilitan la absorción intestinal de este.

Aunque el hierro puede absorberse a lo largo de todo el intestino, su absorción es más eficiente en el duodeno y la parte alta del yeyuno. La

membrana de la mucosa intestinal tiene la facilidad de atrapar el hierro y permitir su paso al interior de la célula, debido a la existencia de un receptor específico en la membrana del borde en cepillo. La apotransferrina del citosol contribuye a aumentar la velocidad y eficiencia de la absorción de hierro.

En el interior del citosol, la ceruloplasmina (endoxidasa I) oxida el hierro ferroso a férrico para que sea captado por la apotransferrina que se transforma en transferrina. El hierro que excede la capacidad de transporte intracelular es depositado como ferritina, de la cual una parte puede ser posteriormente liberada a la circulación. (13)

Este tipo de hierro atraviesa la membrana celular como una metaloporfirina intacta, una vez que las proteasas endoluminales o de la membrana del enterocito hidrolizan la globina. Los productos de esta degradación son importantes para el mantenimiento del hemo en estado soluble, con lo cual garantizan su disponibilidad para la absorción. En el citosol la hemoxigenasa libera el hierro de la estructura tetrapirrólica y pasa a la sangre como hierro inorgánico, aunque una pequeña parte del hemo puede ser transferido directamente a la sangre portal.

Aunque el hierro hemínico representa una pequeña proporción del hierro total de la dieta, su absorción es mucho mayor (20-30 %) y está menos afectada por los componentes de ésta. No obstante, al igual que la absorción

del hierro inorgánico, la absorción del hemo es favorecida por la presencia de carne en la dieta, posiblemente por la contribución de ciertos aminoácidos y péptidos liberados de la digestión a mantener solubles, y por lo tanto, disponibles para la absorción, ambas formas de hierro dietético. Sin embargo, el ácido ascórbico tiene poco efecto sobre la absorción del hemo, producto de la menor disponibilidad de enlaces de coordinación de este tipo de hierro. Por su parte el calcio disminuye la absorción de ambos tipos de hierro por interferir en la transferencia del metal a partir de la célula mucosa, no así en su entrada a ésta. (13)

El Zinc: El zinc es un micronutriente de gran importancia, esencial para la síntesis de proteínas, el crecimiento y la diferenciación celular, la función inmunitaria y el transporte intestinal de agua y electrolitos. El zinc también es importante para el crecimiento y desarrollo normales de los niños, tengan o no diarrea. La carencia de zinc implica un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales, efectos adversos sobre la estructura y la función del aparato digestivo y disfunción inmunitaria. La carencia alimentaria de zinc es especialmente habitual en países de ingresos bajos, bien por el bajo consumo de alimentos ricos en zinc (principalmente los de origen animal) o por su insuficiente absorción como consecuencia de su propensión a unirse a la fibra alimentaria y a los fitatos presentes generalmente en cereales, frutos secos y legumbres.

El zinc forma parte de numerosos enzimas como la superóxido dismutasa, alcohol deshidrogenasa, así como de la ADN y ARN polimerasa. El zinc es necesario para el metabolismo de los ácidos nucleicos, de modo que su deficiencia produce una reducción en el crecimiento. Su deficiencia también se encuentra asociada a una reducción en la respuesta inmune, lesiones cutáneas y distintas alteraciones en el metabolismo celular.

Algunos otros trastornos son alteraciones en la forma y función de los órganos reproductores masculinos, alteraciones del sentido del olfato y del gusto, baja tolerancia a la glucosa, manchas blancas en las uñas, así como debilidad de las mismas. Si la piel tiene un bajo contenido en zinc, aparecen estrías en las caderas, los muslos, el abdomen, los senos y los hombros, además mala cicatrización de las heridas en el cabello puede perder también parte de su pigmento natural.

Se conoce que el zinc juega un papel importante en la regulación del apetito y del gasto energético; dicha regulación podría ser mediada a través de la hormona del apetito llamada leptina. Se ha demostrado que después de la intervención farmacológica con zinc en individuos obesos, la leptina incrementó significativamente sus concentraciones circulantes, el zinc modula los andrógenos en el hombre, una baja concentración sérica de zinc provoca menos leptina y puede participar en la obesidad. (14)

Se estima que los requerimientos de zinc durante los primeros cuatro meses de edad son de 230 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{día}$. Los requerimientos de zinc descienden progresivamente con la edad; entre los 4 y los 6 meses se estiman en 100 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{día}$, y en 93 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{día}$ desde el sexto mes hasta el primer año de vida. Los principales componentes de la alimentación complementaria son los cereales, vegetales y legumbres, debido a que son una importante fuente de proteínas, minerales y vitaminas, no obstante este tipo de alimentos se caracterizan también por presentar elevados niveles de sustancias antinutrientes.

La absorción y excreción de zinc están controladas por mecanismos homeostáticos no muy bien conocidos. Sin embargo se sabe que cuando la ingesta de zinc es pequeña, la absorción intestinal aumenta notablemente mientras que se reducen las pérdidas de este elemento por orina y tracto gastrointestinal.

La absorción de zinc es similar a la del calcio y tiene lugar mediante dos mecanismos: un mecanismo saturable mediado por transportadores, que funciona más eficientemente cuando las concentraciones de zinc en la luz intestinal son bajas, y un mecanismo de difusión pasiva que depende de las concentraciones del metal. Como el zinc se encuentra por lo general unido a aminoácidos y pequeños péptidos, los iones tienen que ser liberados en las proximidades de las vellosidades para que puedan ser absorbidos.

En el hombre se conocen al menos 14 transportadores de zinc que regulan la entrada y salida de este elemento en las células, agrupadas en dos familias: ZnT y Zip. Estas proteínas parecen tener funciones opuestas: los transportadores ZnT reducen el Zn intracelular favoreciendo su salida de la célula o almacenándolo en vesículas intracelulares promoviendo la entrada del zinc extracelular o su liberación desde las vesículas almacén.

Una vez en el interior de la célula, el zinc se une a metaloproteínas y otras proteínas del citoplasma celular. Las metaloproteínas transportan el zinc hasta el extremo basolateral de los enterocitos para su paso a la sangre. La absorción digestiva del zinc depende de varios factores, en particular de su concentración en la dieta y de sustancias que interfieren en su absorción. Los fitatos y dietas ricas en fibra secuestran el zinc, impidiendo su absorción digestiva. El cobre y el cadmio utilizan los mismos transportadores compitiendo con el zinc y reduciendo su absorción. Elevadas concentraciones de calcio también reducen la absorción de zinc. Por el contrario, las dietas ricas en proteínas facilitan la absorción debido a que muchos aminoácidos y pequeños péptidos se unen al zinc favoreciendo su penetración al enterocito. (14)

El Ácido fólico: El ácido fólico o pteroglutámico, pertenece al grupo de las vitaminas del complejo B. Es una molécula hidrosoluble que debe su nombre a que fue sintetizado a partir de hojas de espinaca. Se considera un nutriente

esencial. El organismo humano no es capaz de sintetizarlo, constituyendo las únicas fuentes de ácido fólico la dieta y la síntesis a partir de algunas bacterias intestinales, aunque el aporte de estas últimas es muy poco debido a que se encuentran en el intestino grueso, mientras que la absorción de ácido fólico ocurre en el yeyuno.

Algunas de las funciones de esta vitamina incluyen la síntesis de ácidos nucleicos, células sanguíneas y tejido nervioso. El ácido fólico está también involucrado en el metabolismo proteico a través de la síntesis de metionina no sólo formando parte de las proteínas, sino también como precursora de SAM (S-adenil metionina), donante universal de grupos metilo para más de 100 reacciones orgánicas, algunas de las cuales son vitales.

La deficiencia de ácido fólico es una de las más comunes en el mundo y se produce como consecuencia de una ingesta inadecuada, absorción defectuosa, metabolismo alterado o requerimientos aumentados. Algunas de las consecuencias de la deficiencia de ácido fólico incluyen: anemia macrocítica o megaloblástica, incremento en la incidencia y severidad de algunos tipos de cáncer, defectos del tubo neural, incremento de homocisteína y alteraciones cardiovasculares. (15)

El término vitamina B12 hace referencia a un grupo de compuestos que contienen cobalto denominados cobalaminas. La importancia de esta

vitamina es su papel en la síntesis de mielina, degradación de ácidos grasos, síntesis de aminoácidos e indirectamente en la síntesis de ADN.

Toda la vitamina B12 de la naturaleza es producida por microorganismos por lo que los alimentos fermentados contienen pequeñas cantidades. Las frutas, las verduras, los cereales y sus derivados carecen de vitamina B12, salvo cuando han sido contaminados con materia fecal utilizadas como abono. (15)

La vitamina B12 está presente sólo en alimentos de origen animal y en vegetales contaminados con bacterias, ya que estas son capaces de sintetizarla. Junto con la vitamina D es la única vitamina que podría causar problemas de deficiencia en personas vegetarianas estrictos, aunque estén adecuadamente alimentados.

La deficiencia de vitamina B12 produce anemia megaloblástica (caracterizada por glóbulos rojos grandes e inmaduros) y alteraciones neurológicas que incluyen debilidad, parestesia, glositis, ataxia espástica, etc. Cabe destacar que la causa más común de esta anemia no es la deficiencia primaria de vitamina B12 sino la del factor intrínseco (FI), la cual se conoce entonces como anemia perniciosa, donde la deficiencia de vitamina B12 es consecuencia de la carencia de FI. En general, la deficiencia de vitamina B12 es poco usual y está asociada a las etapas avanzadas de la vida (15).

En nuestro país la **Directiva Sanitaria N°056-MINSA/DGSP V01**. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses, la cual refiere que los niños a partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total). Cada sobre contiene 12.5mg de hierro microencapsulado, 5 mg de Zinc como gluconato de Zinc, 300mg de vitamina A, 160 mg de Ácido fólico, 30 de vitamina C.

Establece que el personal de la salud (médico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería) responsable de la suplementación con multimicronutrientes 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:

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.

Indicaciones para la administración del suplemento de multimicronutrientes 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 multimicronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.
- Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

Advertencias del uso y conservación del suplemento de hierro en gotas y multimicronutrientes:

- 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 multimicronutrientes 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 multimicronutrientes 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.

Seguimiento y monitoreo de la suplementación con multimicronutrientes y hierro

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

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 multimicronutrientes, fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y registrarlos en la historia clínica y carné,

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 multimicronutrientes 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 multimicronutrientes y hierro, y fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y verificar lo siguiente:
 - Consumo del suplemento de multimicronutrientes 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 multimicronutrientes (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 multimicronutrientes.
- Cumplimiento del esquema de vacunación según la edad de la niña y niño; y práctica de lactancia materna exclusiva y prolongada según corresponda. (1)

2.3 Bases Teóricas

Madeleine Leininger en 1978 menciona en su teoría, que la enfermería transcultural tiene la capacidad para desarrollar el saber y la práctica en el cuidado de enfermería realizando acciones basados en los estilos de vida y según la cultura de cada persona, familia o comunidad; de manera que la atención sea más efectiva, satisfactoria y coherente. Así, los

pacientes se sienten satisfechos porque reciben una buena atención, lo que se transforma en una fuerza de recuperación de la calidad de la salud. (16)

La importancia de aplicar la teoría de Leininger en la consejería nutricional que brinda la enfermera a la madre, radica en que inicialmente se valoren los patrones culturales de la madre, luego se incorporen los tres modos de acción sin obviar la realidad o entorno social de donde proviene, para mantener un cuidado culturalmente asertivo, completo y de calidad. (17)

En 1971 el estudio de investigación de **Dorotea Orem**, en donde ella explicó que el autocuidado es como una necesidad humana, define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”. Los seres humanos por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de su vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas y cuando no es así buscan ayuda en la familia o en los profesionales de la salud. (18)

Florence Nightingale en 1852 con su libro "Notas de Enfermería" sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. (16)

Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. (18)

2.4 Definición conceptual de términos básicos:

- **Conocimiento:** Es el conjunto de nociones o ideas que se tiene sobre una materia. (19)
- **Prácticas:** Toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto. (1)
- **Multimicronutriente:** vitaminas y los minerales que son indispensables para el ser humano, que se necesitan en cantidades mínimas para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo. (1)

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Definición de las variables

3.1.1 Variable Independiente:

Conocimiento en la administración de multimicronutriente

3.1.2 Variable Dependiente

Práctica en la administración de multimicronutriente

X: Conocimiento en la administración de multimicronutriente

y: Práctica en la administración de multimicronutriente

3.2 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>CONOCIMIENTO SOBRE ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTE</p>	<p>Es el conjunto de nociones o ideas que se tiene sobre la administración de los multimicronutrientes.</p>	<p>Conocimientos Generales.</p> <hr/> <p>Conocimientos Específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recibió información en administración de multimicronutrientes en los últimos 3 meses • Conocimiento que enfermedad ayuda a prevenir el consumo de multimicronutrientes • Conocimiento en el contenido del sobre de multimicronutriente • Conocimiento de en qué tipos de alimentos se puede mesclar los multimicronutriente. • Conocimiento de cuántos sobres tienes que darle a su niño al día • Conocimiento de a qué hora del día puede darle de consumir al niño el multimicronutriente • Conocimiento de que debe hacer primero antes de consumir su niño el multimicronutriente • Conocimiento de cómo debe estar la comida del niño • En cuántas cucharas de comida se mescla los multimicronutrientes • Conocimiento sobre la cantidad de micronutriente a utilizar en los alimentos. • Cuanto Tiempo demora su niño en consumir todo el sobre de multimicronutriente. 	<p>ORDINAL</p> <p>1 a 6 puntos = Bajo.</p> <p>7 a 10 puntos = Medio.</p> <p>10 a 13 puntos = Alto.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Cuantas Cajas de multimicronutrientes debe consumir tu niño durante un mes • Dónde se Almacena el multimicronutriente • Qué hace cuando termina de consumir su niño la caja de multimicronutriente. 	
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE PRACTICA EN ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTE EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 12 MESES	Toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en la administración de multimicronutrientes.	Antes del procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Vestimenta adecuada (Mandil y Gorro) • Lavado de manos con agua y jabón. • En la Preparación del alimento del niño es de consistencia solida o semisólida como papillas o purés. • Limpieza (uso de lejía u otro) de la mesa donde se alimentara al niño • Lavado higiénico de manos del niño con agua y jabón • Colocación del niño en posición cómoda • El alimento se encuentra tibio • Separa dos cucharadas del alimento del niño • El tamaño de la cuchara es la correcta • Mezcla todo el contenido del sobre en las dos cucharadas • Demora más de 15 minutos en darle de comer las dos cucharadas al niño • Consume el niño todo el multimicronutriente 	ORDINAL 10 puntos=Practica adecuada Menor de 10 puntos = No Adecuada
		Durante el procedimiento		
		Después del procedimiento		

3.3 Hipótesis General e Hipótesis Específico

3.3.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica en la administración de Multimicronutrientes en madres con niños de 6 a 12 meses que pertenecen al Puesto de Salud I -2 Malingas. Febrero a Mayo 2017.

3.3.2 Hipótesis Específicos.

- Las madres con niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud I -2 Malingas poseen conocimientos de nivel bajo sobre la administración de los Multimicronutrientes.
- La práctica de las madres de niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud I – 2 Malingas, en la administración de los multimicronutrientes, es inadecuada.

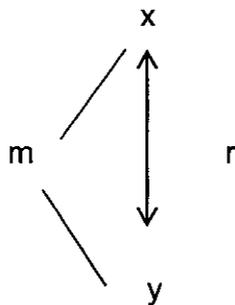
IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Investigación

La investigación es correlacional de corte transversal.

4.2. Diseño de la Investigación

El estudio es tipo descriptivo cuantitativo no experimental porque no manipulamos deliberadamente las variables independientes de estudio.



m = Muestra

r = Relación entre variables

x= Variable conocimiento de las madres.

Y=Variable Practica en administración de multimicronutriente.

4.3. Población y Muestra

4.3.1 Población Muestral:

La población muestral estuvo conformada por 80 madres de niños 6 a 12 meses que acuden al Puesto de Salud I – 2 Malingas de febrero a Mayo del 2017.

Criterios de Inclusión:

- Madres con Niños de 6 a 12 meses de edad que han asistido de forma regular a su control de crecimiento y desarrollo en los meses de Febrero a Marzo.
- Niños al cuidado de las madres

Criterios de Exclusión:

- Madres con niños de menor de 6 meses
- Madres de niños con cardiopatías congénitas
- Madres con retraso mental
- Madres con niños prematuros.
- Madres de niños con VIH SIDA
- Madres que no han acudido de forma regular a su control de crecimiento y desarrollo.

4.4. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica

Se utilizó como técnica la encuesta para medir la variable conocimiento sobre administración del multimicronutriente

También se utilizó la observación directa no participante para conocer la práctica en administración de multimicronutriente en madres de niños menores de 12 meses.

Instrumento

Se utilizó como instrumento el cuestionario que contiene 4 preguntas cerradas con opción múltiple, las cuales permitirán medir la variable sociodemográficas y 13 preguntas para evaluar el conocimiento sobre multimicronutrientes las cuales tendrá cada una calificación de 1 punto si es correcta. Teniendo una escala valorativa:

- 1 a 6 puntos = Nivel de conocimiento Bajo.
- 7 a 10 puntos = Nivel de conocimiento Medio
- 10 a 13 puntos=Nivel de conocimiento Alto

El tiempo de aplicación fue aproximadamente 15 minutos.

Para medir las prácticas se utilizó una lista de cotejo, que contiene un cuadro con un listado de actividades que debe realizar la madre del niño antes, durante y después la administración del multimicronutriente, las cuales se marcaran con el check list, las prácticas adecuadas serán valoradas con 1 punto. El tiempo de aplicación fue mientras duro el proceso de administración del multimicronutriente. La cual tendrá una escala valorativa:

- 10 puntos = Práctica adecuada
- Menor de 10 puntos = Práctica no adecuada

4.5. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó lo siguiente:

- **Primero:** se elaboró los instrumentos
- **Segundo:** se realizó la validación de instrumento por Juicios de expertos mediante prueba binomial.
- **Tercero:** se pidió permiso al Jefe médico del establecimiento de salud I -2 Malingas.
- **Cuarto:** Se solicita a las madres pertenecientes a la jurisdicción de Malingas el consentimiento informado.
- **Quinto:** se realizó la toma de las encuesta a las madres de niños de 6 a 12 meses de edad.

- **Sexto:** se realizó el procesamiento de datos
- **Séptimo:** realizamos los cuadros y gráficos de los resultados obtenidos.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos

Para el análisis estadístico de los resultados y determinar si existe una relación estadísticamente significativa, se utilizó el coeficiente de correlación de Chi-cuadrado de Person, apoyados por medio del programa estadístico SPS.

V RESULTADOS

Tabla N° 5.1

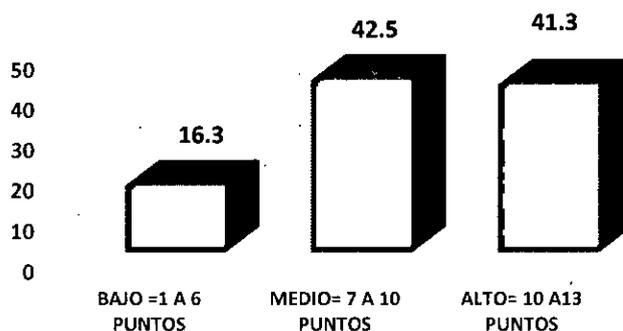
Nivel de conocimiento sobre los Micronutrientes que poseen las madres con niños de 6 a 12 meses del P.S I -2 Malingas - Febrero a Mayo 2017

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO =1 A 6 PUNTOS	13	16,3	16,3	16,3
	MEDIO = 7 A 10 PUNTOS	34	42,5	42,5	58,8
	ALTO = 10 A13 PUNTOS	33	41,3	41,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

Gráfico N° 5.1

PORCENTAJE DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES EN ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTES



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

El conocimiento de las madres sobre la administración de Multimicronutrientes fue de nivel medio en un 42.5%, el 41,3 de madres tiene un conocimiento alto y solo el 16.3% con conocimiento es bajo, concluyendo que un 83.8% de madres tiene un conocimiento medio-alto sobre la administración de Multimicronutrientes a sus hijos.

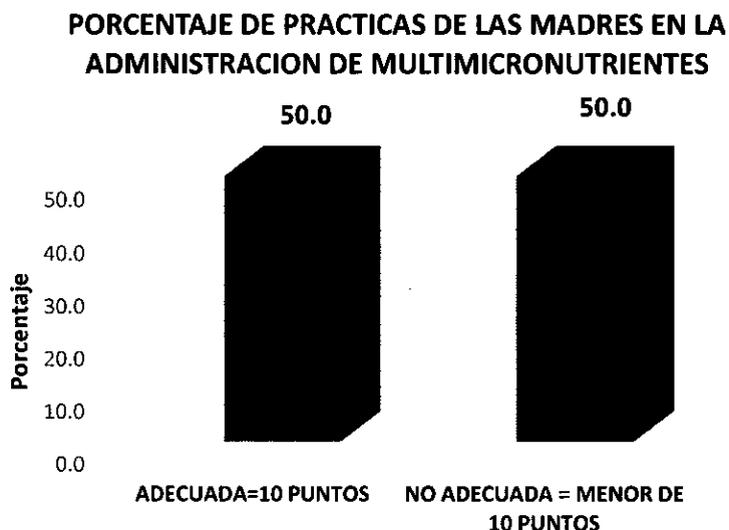
Tabla N° 5.2

Práctica sobre los Micronutrientes que poseen las madres con niños de 6 a 12 meses del P.S I -2 Malingas Febrero a Mayo 2017.

PRACTICA EN LA ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ADECUADA=10 PUNTOS	40	50,0	50,0	50,0
	NO ADECUADA = MENOR DE 10 PUNTOS	40	50,0	50,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Guía de observación aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

Gráfico N° 5.2



Fuente: Guía de observación aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

El gráfico mostró que el 50% de las madres desarrolla prácticas adecuadas, mientras que el otro 50% de madres poseen prácticas inadecuadas en la administración de los multimicronutrientes a sus hijos de 6 a 12 meses.

TABLA N° 5.3

Conocimiento y práctica en madres de niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas Febrero a Mayo 2017.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,228 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	27,687	2	,000
Asociación lineal por lineal	21,677	1	,000
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,50.

Fuente: Cuestionario y Lista de Cotejo aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

Teniendo 2 grados de libertad, y con un intervalo de confianza al 95%, el valor de Chi-cuadrado de Person resultó 0.000, el cual es menor al grado de significación utilizado, esto es, 0.05. Por tanto, existe relación entre los conocimientos y prácticas en administración de Multimicronutrientes de las madre de niños de 6 a 12 meses del P.S I-2 Malingas Febrero a Mayo 2017.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contratación de hipótesis con los resultados

- **Hipótesis general:**

Existe relación significativa entre el conocimiento y la Práctica en la administración de Multimicronutriente en madres con niños de 6 a 12 meses que pertenecen al Puesto de Salud I -2 Malingas. Febrero a Mayo 2017.

- **Hipótesis nula:**

No existe relación entre el conocimiento y la Práctica en la administración de Multimicronutriente en madres con niños de 6 a 12 meses que pertenecen al Puesto de Salud I -2 Malingas. Febrero a Mayo 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,228 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	27,687	2	,000
Asociación lineal por lineal	21,677	1	,000
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,50.

Teniendo 2 grados de libertad, y con un intervalo de confianza al 95%, el valor de Chi-cuadrado de Person resultó 0.000, el cual es menor al grado de significación utilizado, esto es, 0.05. Por tanto, existe relación entre los conocimientos y prácticas en administración de Multimicronutrientes de las madre de niños de 6 a 12 meses del P.S I-2 Malingas Febrero a Mayo 2017, concluyendo que se acepta la hipótesis planteada se rechaza la hipótesis nula.

Respecto a la primera hipótesis específica, no es aceptada, puesto que las madres con niños de 6 a 12 meses de Malingas, tienen un conocimiento medio el 42,5% y el 41.3% tienen conocimiento alto, sólo el 16.3% tienen conocimiento bajo.

En cuanto a la segunda hipótesis específica referida a las prácticas en la administración de los Multimicronutrientes por parte de las madres con niños de 6 a 12 meses que es inadecuada, los resultados arrojaron un equivalencia del 50% para las prácticas adecuadas e inadecuadas respectivamente, no aceptándose esta hipótesis específica.

6.2 Contratación de resultados con otros estudios similares

Con relación al nivel de conocimientos de las madres del Puesto de Salud I - 2 Malingas en la investigación podemos observar que presentan un nivel de conocimiento regular representada por un 42.5%, **no es coincidente** con los hallados por ROJAS. M y SUQUI. A. y SOLANO. L. donde las madres poseen buen conocimiento. **Es coincidente** con los resultados de FUENTES, C., GARCÍA, E, y JUÁREZ, J. donde las madres poseen conocimientos poco aceptable 60.3%, y conocimiento no aceptable 39.7%,

En cuanto la Práctica en administración de multimicronutriente el 50% de las madres presenta una práctica adecuada. **No es similar** con los resultados SOLANO. L. Quien concluyó que la mayoría de madres tienen prácticas adecuadas sobre los multimicronutrientes, así mismo con los estudios de FUENTES, C., GARCÍA, E, y JUÁREZ, J. Donde el 83.3% de las madres tienen prácticas aceptables, y PAREDES. J y PEÑA, A. en el cual el 97.1 % de las madres realizan una práctica regular de administración de multimicronutrientes mientras que solo el 2.9%(1) de las madres realizan una adecuada administración de multimicronutrientes. **Es similar** con los hallados por ROJAS. M y SUQUI. A. Cuyo resultado nos refiere que el 39% de madres tienen un nivel de prácticas excelente en la administración de micronutrientes.

Es importante resaltar que el **86.3%** de las madres encuestadas recibieron capacitación en los últimos 3 meses mediante consejerías y Sesiones Educativas y demostrativas en la preparación de administración de Multimicronutrientes cuyo resultado hallado se fundamentan en lo vertido por Madeleine Leininger que afirma que la enfermería transcultural tiene la capacidad para desarrollar el saber y la práctica en el cuidado de enfermería realizando acciones basados en los estilos de vida y según la cultura de cada persona, familia o comunidad; la consejería nutricional que brinda la enfermera a la madre, radica en que inicialmente se valoren los patrones culturales de la madre, luego se incorporen los tres modos de acción sin obviar la realidad o entorno social de donde proviene, para mantener un cuidado culturalmente asertivo, completo y de calidad

VII. CONCLUSIONES

- a) Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica para la administración del multimicronutriente con valor de Chi-cuadrado de Person = 0.000 menor al valor de p 0.05

- b) Los conocimientos de las madres de niños de 6 a 12 meses para la administración del multimicronutriente son de nivel regular.

- c) La mitad de las madres del estudio realizan una práctica adecuada en la administración de multimicronutrientes a los niños de 6 a 12 meses de edad.

VIII RECOMENDACIONES

- a) El jefe de establecimiento incluya en el plan operativo institucional actividades educativas dirigidas a las madres acerca de los multimicronutrientes, haciendo énfasis sobre la importancia de su adecuada práctica al momento de su administración.
- b) Que el personal de enfermería verifique y observe durante la visita domiciliaria, la forma de como las madres administran de los multimicronutrientes.
- c) Difundir los resultados de la investigación a las instituciones competentes, quienes podrán mejorar las estrategias en la ejecución del programa de micronutrientes a la población infantil y elevar el nivel de conocimiento en las madres.
- d) Que se realicen investigaciones similares en otras instituciones para contrastar los resultados obtenidos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Directiva Sanitaria N° 056- MINSA/DGSP.V01. 2014 Setiembre 19..
2. MINSA. Manual Basico para la Suplementacion de Micronutrientes- Tercera Edicion. 2014..
3. Rojas Ortiz MA, Siqui Pucha AG. Conocimientos, Actitudes y Practicas en la administracion de Multimicronutrientes por partes de las madres de niños menores de 3 años que acuden al Sub-Centro de Salud Sinicay,2016. 2016..
4. Fuentes Reyes CAaGEMaJCJO. Fuentes Reyes, Carlos Alberto and García, Elmer Mauricio and Conocimientos y prácticas sobre administración de micronutrientes (vitamina A, Hierro y Zinc) que tienen las madres de los niños menores de 5 años. 2013..
5. Dra. De-Regil LM, Dr. Peña Rosas JPyIDMGMJ, Matthews Mathai y Rogers L. "Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliaria de los alimentos consumidos por lactantes y niños de 6 a 23 meses. 2012..
6. Solano Cardenas LK. Conocimientos y Practicas que tienen las madres

sobre Multimicronutrientes que reciben sus Niños en un Centro de Salud,2016. 2016..

7. Paredes Huaman JG, Peña Lopez A. Practicas de administracion de Multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al area niño del Centro de Salud San Cristobal,Huancavelica. 2013..
8. Lucio HE. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses. Revista Peruana de Medicina Experimental y salud publica. 2012; 29(3): p. 314-323.
9. Guerrero F. Que es el Conocimiento: Es el entendimiento. [Online].; 2015 [cited 2016 04 15. Available from: [http://www.academia.edu/6813361/Que es conocimiento Es el entendimiento](http://www.academia.edu/6813361/Que_es_conocimiento_Es_el_entendimiento).
- 10 OMS. Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la. [Online].; 2014 . [cited 2016 Marzo 22. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view.
- 11 Cuadros MM. Situacion de los micronutrientes en el Peru. 2015 Abril 01..

- 12 OMS. Global Prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk . 1995-2005.WHO Global Database on Vitamin A Deficiency. 2009..
- 13 Delgadillo DD. Factores de Riesgo para anemia,ferropeniay deficit de . vitamina A en niños, encuesta nacional de la situacion nutricional de Colombia. 2005..
- 14 OMS. Administración de suplementos de zinc en el tratamiento de la . diarrea [Biblioteca electronica de Documentacion Cientifica sobre Medios Nutricionales. (eLENA)Administración de suplementos de zinc en el tratamiento de la diarrea].; 2015.
- 15 OMS. Acido folico y vitamina B12. [Online].; 2015 [cited 2016 Abril 22. . Available from:
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798)
- 16 19. LEDDY SPJM. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. . 1989..
- 17 A. M. Modelos y teorías de enfermería.. Rol ed. Barcelona: 305.; 1989.
- 18 LJ. C. Planes de cuidado y documentación en enfermería. 5th ed. . McGraw-Hil , editor. Madrid: Interamericana; 1994.

- 19 Libre E. Enciclopedia Virtual. [Online].; 2015 [cited 2016 Abril 9. Available
 . from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento>.
- 20 MINSA/DGSP. Directiva sanitaria N° 056. [Online].; 2015 [cited 2016
 . Marzo 01. Available from:
[http://www.minsa.gob.pe/portada/Especilaes/2015/.001DS
 SuplemMultimicro.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especilaes/2015/.001DS

 SuplemMultimicro.pdf).
- 21 OMS. Prevalencia Mundial de la Anemia. [Online].; 2015 [cited 2016
 . Marzo 01. Available from:
http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/.
- 22 Lorena A. Impacto Economico de la Anemia en el Peru. [Online].; 2012
 . [cited 2016 Marzo 3. Available from:
<http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/?p=2181>.
- 23 Esacademic. Enciclopedia Universal. [Online].; 2015 [cited 2016 Abril 23.
 . Available from:
http://www.encyclopedia_universal.esacademic.com/4256/Edad.
- 24 Theuléi C. La discriminación laboral en el sector agroindustrial argentino.
 . [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 25. Available from:
<http://www.solidagro.org.ar/pdf/documentosrse/DiscriminacionLaboral1.pdf>

f.

25 Colombia Dded. Definiciones y Conceptos de Estadística del Perú.
[Online].; 2014 [cited 2016 Mayo 5. Available from:
<http://www.campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=letter>.

26 Civil Cde. Definición de Conceptos.Com. [Online].; 2015 [cited 2016 mayo
5. Available from: deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civi.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONOCIMIENTO Y PRACTICA EN ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTE EN MADRES CON NIÑOS DE 6 A 12 MESES DEL P.S I – 2 MALINGAS , FEBRERO A MAYO 2017.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
¿Qué relación existe entre el conocimiento y práctica en administración de Multimicronutrientes en madres con niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I -2 Malingas – Tambogrande 2017?	Determinar la relación entre el conocimiento y la Práctica en la administración de Multimicronutriente en madres con niños menores de 12 meses que pertenecen al Puesto de Salud I -2 Malingas – Tambogrande 2017.	Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica en la administración de Multimicronutriente en madres con niños menores de 12 meses que pertenecen al Puesto de Salud I -2 Malingas – Tambograndes	Práctica en administración de multimicronutriente en madres con niños menores de 12 meses.	Antes del procedimiento Durante el procedimiento Después del procedimiento	<p>*Vestimenta adecuada (Mandil y Gorro)</p> <p>*Lavado de manos con agua y jabón.</p> <p>*En la Preparación del alimento del niño es de consistencia solida o semisólida como papillas o purés.</p> <p>*Limpieza (Lejía u otro) de la mesa donde se alimentara al niño.</p> <p>*Lavado higiénico de manos del niño con agua y jabón</p> <p>*Colocación del niño en posición cómoda.</p> <p>*El alimento se encuentra tibio</p> <p>*Separa dos cucharadas del alimento del niño.</p> <p>*El tamaño de la cuchara es la correcta.</p> <p>*Mescle todo el contenido del sobre en las dos cucharadas.</p> <p>*Demora más de 15 minutos en darle de comer las dos cucharadas al niño.</p> <p>*Consume el niño todo el multimicronutriente.</p> <p>*Lavado higiénico de manos de la madre y del niño con agua y jabón.</p>	<p>Método: Observación no participante.</p> <p>Tipo: Corte transversal</p> <p>Diseño: Correlacional</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Técnica:</p> <p>Se utilizó la Encuesta y la Observación</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Se utilizó el Cuestionario con que contiene preguntas cerradas de opción múltiple y lista de Cotejo que contiene una lista de actividades que la madre tiene que realizar antes, durante y después de la administración de los micronutrientes.</p>
SUBPROBLEMAS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS	VARIABLES INDEPENDIENTES			
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los Multimicronutrientes	Identificar el nivel de conocimiento sobre los Micronutrientes	Las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud	Conocimiento sobre administración Multimicronutriente	Conocimientos Generales	¿Quién le dio a conocer los Multimicronutrientes?	

<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas de Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas - Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas - Tambogrande 2017?</p>			<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas de Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas de Tambogrande 2017?</p>
<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas - Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas - Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas - Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas - Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas - Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas de Tambogrande 2017?</p>	<p>¿Cómo es la práctica en la administración de los multimicronutrientes por las madres de los niños menores de 12 meses del Puesto de Salud I-2 Malingas de Tambogrande 2017?</p>

ANEXO 02: CUESTIONARIO



TÍTULO: “CONOCIMIENTO Y PRACTICA EN ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTE EN MADRES CON NIÑOS DE 6 A 12 MESES DEL P.S I – 2 MALINGAS, FEBRERO A MAYO 2017”

OBJETIVO: Obtener información del conocimiento y la Práctica en la administración de Multimicronutriente en madres con niños de 6 a 12 meses

INSTRUCCIONES: Estimada Madre le presentamos a continuación un conjunto de preguntas, le pedimos marque con un aspa (X) en las respuestas que usted considere pertinente. Hacemos de su conocimiento que este instrumento es ANÓNIMO, por lo que no influirá en su labor que realiza y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad de la madre:

- a) Entre 16 a 20 años ()
- b) De 21 a 25 años ()
- c) De 26 a 31 años ()
- d) De 32 a 40 años ()
- e) Mayores de 40 ()

2. Edad de tu Niño:

- a) 6 a 8 meses ()
- b) 9 a 10 meses ()
- c) Mayor de 10 meses ()

3. Nivel de Instrucción:

- a) Sin Instrucción ()
- b) Primaria Incompleta ()
- c) Primaria Completa ()
- d) Secundaria Incompleta ()
- e) Secundaria Completa ()
- f) Superior Incompleto ()
- g) Superior Completo ()

4. Estado Civil:

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Conviviente ()
- d) Separada ()
- e) Viuda ()
- f) Divorciada ()

II. CONTENIDO

5. ¿Recibió usted alguna información sobre la administración de Micronutrientes en los últimos 3 meses?

- a) Si ()
- b) No ()

6. ¿Sabe que enfermedad ayuda a prevenir los multimicronutrientes?

- a) Anemia ()
- b) Enfermedades de la infancia ()
- c) Bajo peso ()

7. Marque Usted que Contiene cada sobre de Multimicronutriente

- a) Vitamina . A, Zinc, Hierro, Ácido Fólico y Vitamina C ()
- b) Zinc, Hierro, Ácido Fólico y Vitamina C ()
- c) Solo Hierro y Vitamina A ()

8. Señale en que tipos de alimentos se puede mesclar los multimicronutrientes:

- a. Alimentos sólidos y semisólidos como papillas o purés ()
- b. Alimentos Líquidos como sopas, leche, etc. ()
- c. En postres ()

9. ¿Cuántos sobres de multimicronutrientes tienes que darle a su niño al día?

- a. Una vez a día ()
- b. Dos veces al día ()
- c. Tres veces al día ()
- d. Nunca ()

10. ¿A qué hora del día debes darle de consumir a tu niño el Multimicronutriente?

- a. En el desayuno ()
- b. a media mañana ()
- c. en el almuerzo ()
- d. a media tarde ()
- c. en la cena ()

11. Antes de consumir el multimicronutriente ¿Qué debe hacer primero?

- a. Lavarse usted las manos y las del niño ()
- b. Ver si esta la comida lista ()
- c. Comprobar que la comida está caliente ()

12. ¿Cómo debe estar la comida del niño?

- a. Fría ()
- b. Caliente ()
- c. Tibia ()

13. ¿En cuántas cucharas de comida se mezcla el multimicronutriente?

- a. En dos cucharaditas de té ()
- b. En una cucharada sopera ()
- c. En dos cucharadas sopera ()

14. Usted Mezcla en los alimentos :

- a. La cuarta parte del contenido del sobre ()
- b. La mitad del contenido del sobre ()
- c. Todo el sobre ()

15. Cuanto Tiempo demora su niño en consumir todo el sobre de multimicronutriente

- a. Menos de 20 minutos ()
- b. Más de 20 minutos ()
- c. Más de 1 hora ()

16. Cuantas Cajas de multimicronutriente debe consumir su niño durante 1 mes.

- a) 1 caja ()
- b) 12 cajas ()
- c) 6 cajas ()
- d) 11 cajas ()

17. ¿Dónde se debe Almacenar el Multimicronutriente?

- a) En un Lugar Limpio y Fresco ()
- b) En un lugar fresco ()
- c) En un lugar alejado de la luz ()

18. ¿Qué hace usted cuando termina de consumir su niño la caja de Multimicronutriente?

- a. Acudo al Puesto de Salud para que me den otra ()
- b. Espero mi próximo control ()
- c. Espero que me vengán a visitar a mi domicilio ()
- d. No hago nada ()

Gracias por su colaboración....

Puntaje de total de valoración

Escala valorativa:

- 1 a 6 puntos = Nivel de conocimiento Malo
- 7 a 10 puntos = Nivel de conocimiento Regular
- 10 a 13 puntos = Nivel de conocimiento Bueno

ANEXO N° 03

GUIA DE OBSERVACION

TITULO: "CONOCIMIENTO Y PRACTICA EN ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTE EN MADRES CON NIÑOS DE 6 A 12 MESES DEL P.S I – 2 MALINGAS, FEBRERO A MAYO 2017".



PRACTICA EN ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTE		Si 01 PTOS	No 0 PTOS
ANTES DEL PROCEDIMIENTO			
1	Vestimenta adecuada (Mandil y Gorro)		
2	Lavado de manos con agua y jabón.		
3	En la Preparación del alimento del niño es de consistencia solida o semisólida como papillas o purés.		
4	Limpieza (Agua con lejía u otro) de la mesa donde se alimentara al niño		
DURANTE EL PROCEDIMIENTO			
5	Lavado higiénico de manos del niño con agua y jabón		
6	Colocación del niño en posición cómoda		
7	El alimento se encuentra tibio		
8	Separa dos cucharadas del alimento del niño		
9	El tamaño de la cuchara es la correcta (SOPERA)		
10	Mescla todo el contenido del sobre en las dos cucharadas		
11	Demora más de 15 minutos en darle de comer las dos cucharadas al niño		
12	Consume el niño todo el multimicronutriente		
DESPUES DEL PROCEDIMIENTO			
13	Lavado higiénico de manos de la madre y del niño con agua y jabón		
PUNTAJE TOTAL			

ESCALA VALORATIVA:

- 10 a 13 puntos = Practica Adecuada
- Menor a 10 puntos = Practica No adecuada

FIRMA Y SELLO DEL ENCUESTADOR:

ANEXO No. 04

“Año del Buen servicio del ciudadano”

CARTA DE SOLICITUD INSTITUCIONAL PARA AUTORIZAR EL ESTUDIO

Malingas, de 2017

Dr. _____

Director Puesto de Salud I-2 Malingas

De mi mayor consideración:

Aprovechamos la ocasión para saludarlo cordialmente e informar que nos encontramos realizando nuestro Proyecto de tesis para optar por el Grado de Especialistas en Control de crecimiento y desarrollo del Niño y estimulación Temprana de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Callao, titulado: **“CONOCIMIENTO Y PRACTICA EN ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTE EN MADRES CON NIÑOS DE 6 A 12 MESES DEL P.S I – 2 MALINGAS, FEBRERO A MAYO 2017”**.

Y por este motivo solicito su autorización para aplicar una Encuesta y un Guía de Evaluación diseñados para la colecta de datos en Las Madres que acuden a su Establecimiento que dignamente dirige.

Con la seguridad de contar con su apoyo le reitero a usted mis mayores consideraciones.

Atentamente.

LAS INVESTIGADORA



ANEXO 05:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: “CONOCIMIENTO Y PRACTICA EN ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTE EN MADRES CON NIÑOS DE 6 A 12 MESES DEL P.S I – 2 MALINGAS, FEBRERO A MAYO 2017”.

La presente investigación pertenece al Área de Control de Crecimiento y desarrollo del niño, por lo que solicito a Usted su participación voluntaria en el presente trabajo de investigación.

Antes de tomar una decisión sobre su participación lea con atención lo siguiente:

1. Se aplicara una encuesta y una guía de evaluación sobre el conocimiento y Prácticas en la administración de Multimicronutriente.
2. Las preguntas son previamente elaboradas solicitándole la mayor veracidad al momento de responder.
3. Toda la información que Usted me ofrezca es considerada CONFIDENCIAL y sólo será utilizada con fines de la investigación.
4. En caso de no desear autorizar la participación. Puede hacerlo y de igual forma puede retirarse sin que esto implique ningún prejuicio actual ni futuro para su persona.

.....
En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles, YO....., con DNI....., domiciliado en:, ACCEDO A PARTICIPAR en el presente estudio según las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha.....

Firma de participante: _____

Firma de investigador: _____

ANEXO N° 6

VALIDACION BINOMIAL POR JUICIO DE EXPERTOS

AL REALIZAR LA VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTOS PARA EL PRESENTE ESTUDIO RESULTO:

Preguntas	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	Juez7	BIN
1	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
2	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
3	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
4	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
5	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
6	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
7	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
8	0	0	0	0	0	0	0	0.0078125
9	0	0	0	0	0	0	0	0.0078125
10	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
11	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
								0.0859375

$$P = \frac{0.0859375}{11} = 0.0078125$$

11

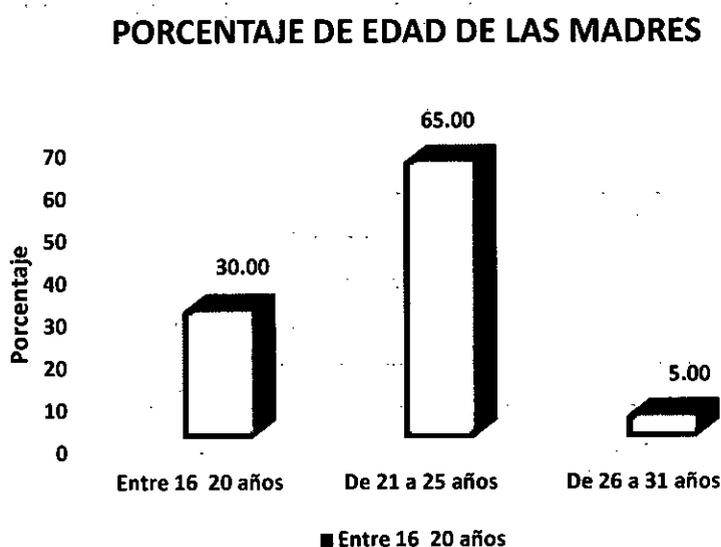
P < 0.05, el grado de concordancia es significativa de acuerdo a los resultados por cada juez

ANEXO N° 7

GRAFICOS

GRAFICO N° 04

Edad de las madres del puesto de Salud I-2 Malingas. Febrero a Mayo 2017.

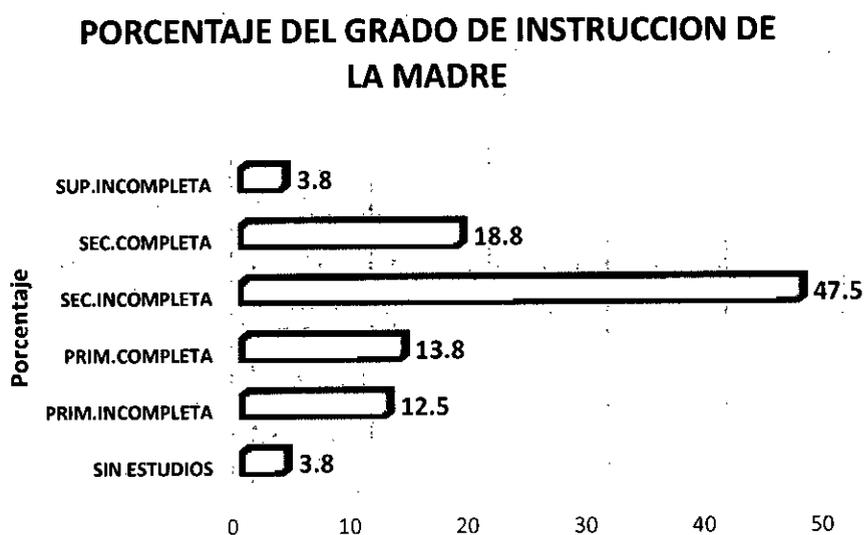


Fuente: Cuestionario aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

Se puede observar que la muestra trabajada es bastante joven siendo las edades de las madres entre 16 y 25 del 95%. Específicamente el grupo de 16 a 20 años es del 30%, en tanto las madres de 20 a 25 años es de 64 %.

GRAFICO N° 5

Grado de Instrucción de las madres con niños de 6 a 12 meses de edad del puesto de Salud I-2 Malingas – Tambogrande. Febrero a Mayo 2017.

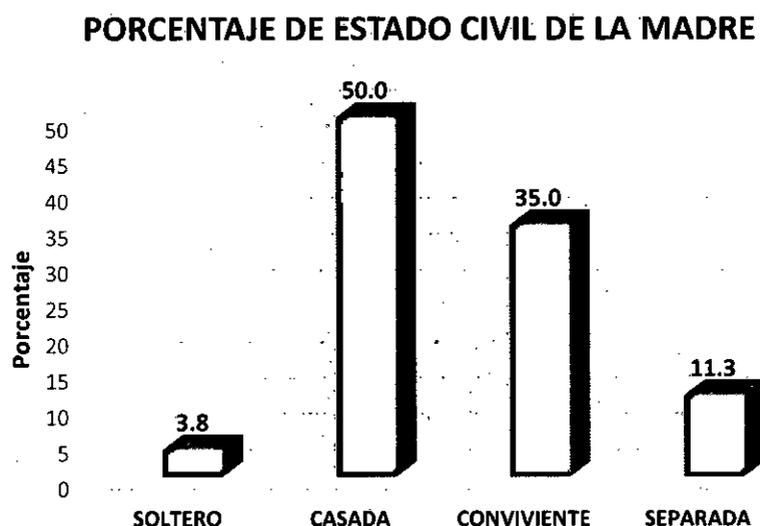


Fuente: Cuestionario aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

El porcentaje del grado de instrucción de las madres encuestadas, es bastante preocupante, debido a que todavía existen madres sin estudios primarios del orden del 3.8%, el 12.5% no ha terminado el nivel primario y solo el 18.8% ha terminado la secundaria completa.

GRAFICO N° 6

Estado Civil de las madres con niños de 6 a 12 meses de edad del puesto de Salud I-2 Malingas – Tambogrande. Febrero a Mayo 2017.



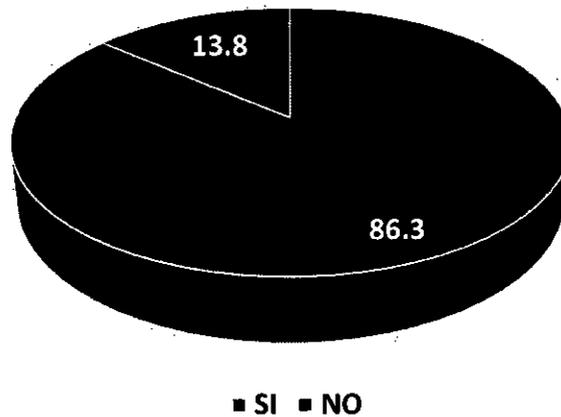
Fuente: Cuestionario aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

Es saludable que existe un 50% de madres que han contraído matrimonio legalmente, lo cual le da una estabilidad al hogar, existiendo un considerable 35% de madres que conviven con su pareja en forma estable y el 11.3% son separadas.

GRAFICO N° 7

Participo de alguna Sesión Educativa en preparación de alimentos y administración de Multimicronutrientes durante los últimos tres meses. del puesto de Salud I-2 Malingas Febrero a Mayo 2017.

PORCENTAJE DE MADRES QUE RECIBIERON SESIONES EDUCATIVAS



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres del P.S I-2 Malingas - 2017

La política preventiva de difundir y promover la salud en base a la salud comunitaria se refleja en la elevada participación de las madres jóvenes en las sesiones educativas en los últimos tres meses, que representan un importante 86.3% y solo el 13.8% no ha recibido ninguna sesión educativa en estos últimos tres meses.