



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSEJERÍA PROPORCIONADA A LAS MADRES EN EL
CONSULTORIO CRED Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE
MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL
C.S. APARICIO POMARES, HUÁNUCO, 2015.**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERA**

BACHILLER: TUCTO GARCIA, ELENA.

HUÁNUCO - PERÚ

2017

**CONSEJERÍA PROPORCIONADA A LAS MADRES EN EL
CONSULTORIO CRED Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE
MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL
C.S. APARICIO POMARES, HUÁNUCO, 2015.**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Evaluar la consejería proporcionada a las madres en el Consultorio CRED y su influencia en el consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco- 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 36 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert modificado, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,93 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Cuando la consejería proporcionada es de nivel Medio entonces tienen un consumo de multimicronutrientes en proceso, cuando la consejería proporcionada es de nivel Alto entonces tienen un consumo de multimicronutrientes Correcta y cuando tienen una consejería Baja tienen un consumo de multimicronutrientes en Proceso. Estos resultados nos muestran que existe relación entre ambas variables. Estos niveles se presentan según las respuestas no acude regularmente al Centro de Salud para sus controles de Crecimiento y Desarrollo de su niño o niña. La madre no administra multimicronutrientes a su niño o niña con las indicaciones correctas (su niño consume 1 sobre de multimicronutrientes por día). Las madres saben preparar los Multimicronutrientes, las madres no le brindan líquidos a su niño (a) después de darle la mezcla de multimicronutrientes. Almacenan correctamente los sobres de multimicronutrientes en un lugar adecuado y seguro. No sabe en qué casos se debe administrar los multimicronutrientes a su niño (a) y no dedica tiempo completo al cuidado de su niño (a).

PALABRAS CLAVES: *Consejería CRED, consumo de Multimicronutrientes*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to evaluate the counseling provided to mothers in the CRED Clinic and its influence on the consumption of Multimicronutrients in children aged 6 to 18 months in Aparicio Pomares Health Center, Huánuco-2015. It is a cross-sectional descriptive research , We worked with a sample of 36 mothers, for the collection of information was used a modified Likert-type questionnaire, the validity of the instrument was performed by the test of agreement of the expert judgment obtaining a value of 0.86; Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of 0.91, the hypothesis test was performed using Pearson's R with a value of 0.93 and a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

When counseling is provided at the Middle level then they have a multimicronutrient intake in process, when the counseling provided is of High level then they have a correct intake of multimicronutrients and when they have a low counseling they have a consumption of multimicronutrients in Process. These results show that there is a relationship between both variables. These levels are presented according to the answers do not go regularly to the Health Center for their growth and development controls of your child. The mother does not administer multimicronutrients to her child with the correct directions (her child consumes 1 envelope of multimicronutrients per day). Mothers know how to prepare Multimicronutrients, mothers do not give fluids to their child after giving them the multimicronutrient mixture. Properly store multimicronutrient envelopes in a safe and secure place. He does not know in which cases the multimicronutrients should be administered to his child and he does not dedicate full time to the care of his child.

KEY WORDS: CRED Counseling, Multimicronutrient Consumption

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Delimitaciones de la investigación	
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	33
2.4. Hipotesis	34
2.5. Variables	35
2.5.1. Definición conceptual de la variable	35
2.5.2. Definición operacional de la variable	35
2.5.3. Operacionalización de la variable	37
CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	40
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	41
3.3. Población y muestra	42
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	44
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	44
3.6. Plan de recoleccion y procesamiento de datos	45

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	48
CAPÍTULO V: DISCUSION	55
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Los multimicronutrientes son vitaminas y minerales necesarios en pequeñas cantidades, esenciales para un buen comienzo en la vida y un crecimiento y desarrollo óptimo. La deficiencia de multimicronutrientes particularmente de vitamina A y hierro constituyen uno de los problemas más importantes de la salud pública por las implicaciones fisiológicas que estas conllevan por lo que es importante mejorar la eficiencia y eficacia de los programas y promover la solidaridad para mejorar la calidad de vida porque los niños/as se encuentran en pleno desarrollo, físico, biológico, psíquico y social. Los niños menores de 5 años son más vulnerables a contraer fácilmente enfermedades pues su sistema inmunológico no se ha desarrollado completamente, por lo tanto son más sensibles a contraer diferentes enfermedades especialmente de tipo nutricional. El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de las poblaciones, en cuanto refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales, entre otros. El estado nutricional es causa y consecuencia de un sin número de situaciones que afectan los procesos de salud enfermedad. Por tanto resulta importante el estudio que mida la calidad de información proporcionada a las madres en relación al consumo de los multimicronutrientes con el fin de mejorar las estrategias para que estas sean efectivas y oportunas, a fin de evitar el deterioro de la salud infantil por problemas nutricionales como la anemia y la desnutrición.

El presente trabajo de investigación ha sido estructurado en cinco capítulos.

- **En el Capítulo I**, se expone el fundamento y formulación del problema, seguido de los objetivos, las hipótesis, las variables, la operacionalización de variables, la justificación e importancia de la investigación, y las limitaciones.
- **En el Capítulo II**, se presenta el marco teórico, el cual comprende, los antecedentes del estudio, las bases teóricas.
- **En el Capítulo III**, se expone la metodología de la investigación, que incluye las siguientes partes: tipo de investigación, diseño y esquema, método de investigación, población, muestra, instrumentos de recolección de datos,

procedimiento de recolección de datos, elaboración de datos y el análisis y presentación de datos.

- **En el Capítulo IV**, se presentan los resultados del estudio: presentación y tratamiento estadístico de datos, el análisis descriptivo y el análisis inferencial de los resultados; y por último en el **Capítulo V**: se presenta la discusión de los resultados.

Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexo

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción del capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.¹

El estado de situación de la primera infancia es la expresión de los niveles de equidad y cohesión en una sociedad.²

En este marco, la malnutrición, situación que afecta prioritariamente a la población infantil, es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre, embarazo adolescente, cuidados insuficientes de la mujer al niño, prácticas inadecuadas de crianza, falta de acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación, estilos de vida algunos ancestrales y otros adquiridos por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones repetidas y severas.³

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general.⁴

La deficiencia de hierro es el desorden nutricional más común y extendido en el mundo. La anemia se define como la disminución de la concentración de hemoglobina menor de dos desviaciones estándar en una población dada, el valor límite es de 11g/dl para niños de 6 meses a 5 años de edad.⁵

En el Perú, la anemia infantil, es un problema de salud pública no resuelto⁶, pese a los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud, evidencia un incremento en su prevalencia, tal como lo demuestran las cifras estadísticas y haciendo una comparación desde el año 2011 al año 2013, existe una tendencia creciente del problema en mención tal como lo demuestran los resultados de las ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) que señalan a nivel nacional que el año 2011 hubo una prevalencia de 30.7%, el año 2012 se incrementó al 32.9% y el año 2013 la prevalencia nacional de anemia fue de 34.0%. Según área de residencia la anemia es más frecuente entre niños y niñas residentes en el área rural, sin embargo también existe una tendencia creciente en el área urbana, incrementándose de un 28.6% en el año 2012, aun 31.1% a nivel nacional en el año 2013.

La desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú. Según el patrón de referencia de la OMS, la desnutrición crónica infantil (DCI) en el año 2011 a nivel nacional fue 19,5%; correspondiendo el 37,0% al área rural y un 10,1% al área urbana, destacándose un incremento en el año 2012, alcanzando el 18,1% a nivel nacional, así mismo, el 31,9% área rural 10,5%, área urbana. En el año 2013 la DCI a nivel nacional fue de 17,5%,

correspondiendo el 32,3% a la zona rural y el 10,3% al área urbana. La desnutrición crónica infantil afecta negativamente al individuo a lo largo de su vida, limita el desarrollo de la sociedad y dificulta la erradicación de la pobreza. Para lograr la meta de reducir a 10% la desnutrición crónica infantil para el año 2016, el Gobierno Peruano deberá continuar fortaleciendo principalmente el uso eficiente de recursos económicos, la evaluación de intervenciones, la realización de investigaciones que permitan definir relaciones de causalidad y brindar información para el diseño de políticas públicas, el fortalecimiento de las capacidades de recursos humanos en salud y la articulación de los diferentes niveles de Gobierno.⁷

En el Perú, el MINSA está desplegando una serie de acciones para contrarrestar los problemas nutricionales en la población infantil, entre ellas la entrega de multimicronutrientes, se ha previsto que alrededor de 359,000 niños tendrán disponibilidad de estos multimicronutrientes, para el año 2014; y se piensa incrementar en un, 65% más, el número de menores de 3 años que estarían en condiciones de recibir los sobres de multimicronutrientes, teniendo en cuenta que la suplementación con multimicronutrientes es una intervención de comprobada eficacia para la reducción de la prevalencia de anemia en menores de 3 años, según recomendaciones de la OMS. Según revisiones sistemáticasxi, el uso de multimicronutrientes en polvo en niños de 6 a 23 meses reduce la deficiencia de hierro en un 51% y la anemia en un 31%.⁸ Ante ello resulta imprescindible que las madres de familia o cuidadores responsables de los niños, acudan al consultorio de CRED y reciban una información adecuada y oportuna, comprobándose su entendimiento respecto a cómo deben preparar y administrar los multimicronutrientes a los niños, a fin de que sean consumidos y se logre a través de su uso la disminución de la anemia infantil.

La anemia no es solamente causada por una situación de inequidad y pobreza, sino por el desconocimiento de los padres de familia, que dan alimentos que no les proporcionan los nutrientes debidos a sus hijos.

El Director General del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud (INS), dijo que según las estadísticas los niños pobres y no pobres sufren de anemia; no es un tema de situación económica sino de desconocimiento de los padres de familia, que dan alimentos que no les proporcionan los nutrientes debidos a sus hijos. Además, se presentó el Proyecto “Nutriwawa”, que nació con la finalidad de fortalecer las acciones de consejería en nutrición que realiza el personal de salud, ayudando a difundirlas con información a través de campañas comunicacionales, materiales informativos, entre otros.⁹ La intervención de dicho proyecto se está ejecutando en 21 regiones del país y en 19 distritos en Lima Metropolitana con el objetivo de disminuir la prevalencia en desnutrición y anemia infantil. Las regiones son: Piura, Lambayeque, Cajamarca, La Libertad, Ancash, Loreto, Amazonas, San Martín, Ucayali, **Huánuco**, Pasco, Junín, Huancavelica, Ica, Lima Metropolitana, Lima provincia, Ayacucho, Apurímac, Cusco, Puno, Arequipa y Moquegua.¹⁰

En este sentido, la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) y de la anemia, es apostar por el desarrollo de la infancia y son expresiones del compromiso asumido por el estado peruano, con la finalidad de asegurar el desarrollo infantil e invertir en la futura población activa del país.

Los resultados de la investigación permitirán a los profesionales de la salud y en especial al personal de enfermería tomar decisiones respecto a mejorar la nutrición de los niños/as, brindando nuevas alternativas con el fin de fortalecer y mejorar el control de la anemia y la desnutrición, entendiéndose que la calidad de información que reciben las madres o cuidadores de los niños, es un factor elemental para la adopción de hábitos y prácticas saludables.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cómo influye la consejería proporcionada a las madres en el Consultorio CRED en relación al consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el C.S. Aparicio Pomares, Huánuco-2015?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.- Objetivo general

Evaluar la consejería proporcionada a las madres en el Consultorio CRED y su influencia en el consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco- 2015

1.3.2.- Objetivos específicos.-

- Determinar las características sociodemográficas en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, en el año 2015.
- Determinar las características del consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco- 2015.
- .Determinar el tipo de consejería proporcionada a las madres en el Consultorio CRED y su influencia en el consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco- 2015.
- Determinar la relación entre la consejería proporcionada a las madres con la administración correcta de multimicronutrientes a niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco- 2015
- Determinar la relación entre la consejería proporcionada a las madres con el consumo efectivo y oportuno de multimicronutrientes a niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco- 2015.

- Determinar la relación entre la consejería proporcionada a las madres con las condiciones adecuadas de almacenamiento de multimicronutrientes.

1.4.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se justificó por los siguientes criterios:

Justificación Teórica.

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de que se conoce tanto su etiología como la forma de enfrentarla y de que las intervenciones son de bajo costo, aún no se ha podido resolver este problema. La anemia por falta de hierro y la desnutrición infantil afecta la calidad del capital humano, que constituye una de las vías principales para lograr el desarrollo de nuestro País.

Justificación Práctica.

La anemia es un indicador preciso del estado nutricional del niño. Su diagnóstico es a través de la toma de muestra de hemoglobina lo cual es sencillo, confiable y no representa un costo elevado. La vigilancia nutricional de los niños, sobre todo en sus primeros años de vida es imprescindible, a fin de corregir diversos problemas que pueden desencadenar retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, con consecuencias para su desarrollo físico e intelectual, y el incremento de la mortalidad infantil. Por ello es elemental que el profesional de enfermería, como responsable del Control de Crecimiento y Desarrollo del niño, efectúe una adecuada orientación y consejería, brindando una información adecuada y oportuna sobre el uso de los multimicronutrientes, que es una estrategia comprobada para la disminución de la prevalencia de anemia.

Justificación Social.

Debido a que en el Departamento de Huánuco hay un alto porcentaje de anemia, siendo este un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta

inadecuada de nutrientes. Asimismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las condiciones inadecuadas de salud y saneamiento, y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar. Además, la desnutrición crónica infantil genera daños permanentes e irreversibles después del segundo año de vida en nuestra población.

Por todo ello el presente trabajo adquiere relevancia ya que mediante la información adecuada y actualizada que se brinda a la madre y/o cuidador responsable del niño, se espera incrementar los conocimientos y modificar actitudes hacia la prevención de la anemia y la desnutrición infantil.

1.5.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- La información recopilada puede verse afectada por los propios sesgos perceptivos de la persona, también la tendencia a falsear la respuesta para crear una imagen más positiva del trabajo que se desarrolló.
- El factor tiempo fue uno de los limitantes, debido al desarrollo paralelo de las prácticas pre profesional.
- No se cuenta con suficientes trabajos de investigación similares al presente que sirvan como antecedentes.
- Escasos recursos, tanto económicos como humanos.
- Los resultados del presente estudio fueron inferenciados a la población en estudio.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Como antecedentes de la investigación existen algunos estudios:

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Sáenz María, en Colombia, en el año 2008, realizó un estudio sobre Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá, con el objetivo de Identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El método fue descriptivo, cualitativo y cuantitativo, mediante la aplicación de una encuesta a 199 padres de los niños del Jardín durante los años 2007 y 2008. Entre sus conclusiones se tiene que:

“El 40 % de las madres mantienen la lactancia materna a los 12 meses, lo cual parece mostrar buenos conocimientos sobre los beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63 % de los casos a los 6 meses de vida y en un 28 % a los 4 meses y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses, lo que refleja

una buena información sobre la exclusividad de la lactancia en los primeros meses”. (11)

Zurita Alvarado, María Antonieta Colombia 2010, realizó un estudio titulado: “Lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años (Trabajo realizado en la 1ra. sección del municipio de Quillacollo-Cochabamba)”, tuvo como objetivo identificar las prácticas de la lactancia materna , alimentación complementaria y los factores asociados en niños menores de 2 años .El método aplicado fue descriptivo de corte transversal, en una población de madres de menores de 2 años que viven en la 1ra. Sección del municipio de Quillacollo, se aplicó la técnica de la encuesta mediante visitas a las familias.

Las conclusiones entre otras fueron:

“La práctica de la lactancia materna natural aun es utilizada en nuestro medio ya que un 98% de los niños recibieron lactancia materna alguna vez, no influyendo el sexo del bebe en la decisión de las madres de dar leche materna a sus niños” “Solo un 39% de los niños recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad que es lo ideal, teniendo así niños que iniciaron la alimentación complementaria tempranamente o después de los 6 meses. Por consiguiente el temprano inicio de la alimentación complementaria contribuiría en un 41% en la aparición de EDAS y 43% en IRAS y probablemente también influye en el estado nutricional del niño menor de 2 años ya que un 16% de los que recibieron lactancia materna están desnutridos”(12)

Fundación FES Social, Colombia 2009, realizó un estudio titulado: “Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales”, tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la iniciación inapropiada de Alimentación

Complementaria en el primer año de vida de infantes en mujeres primíparas de la zona urbana de Cali y Manizales.

El estudio es cohorte prospectivo en una población de 197 mujeres en Manizales y 176 en Cali que habían tenido su primer hijo en las 24 horas anteriores, se aplicó la técnica de la entrevista primero en las salas de puerperio acerca de sus conocimientos, creencias e intenciones frente a la alimentación de los infantes y luego en sus viviendas con el fin de establecer el tipo de alimentos que estaba dando al recién nacido.

Las conclusiones entre otras fueron:

“El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos indican que existe un alto riesgo de que las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año”.

“Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos”. “Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes”

“Factores modificables y no modificables se encontraron asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria. (13)

2.1.2. Antecedentes nacionales

JIMÉNEZ HUAMANÍ, C. Lima 2008. Realizó un estudio sobre el inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al centro de salud

Fortaleza en el año 2008. Tuvo como objetivo: Identificar el inicio de la alimentación complementaria en lactantes menores de 12 meses de edad, Identificar el estado nutricional de los lactantes al inicio de la alimentación complementaria, Identificar el estado nutricional de los lactantes en la evaluación posterior a la alimentación complementaria. Concluyendo que:

“La mayoría de los lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad”.(14)

Castro Laura, Sandra, Lima 2008 “Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la lactancia en el consultorio de CRED del HNGDM”, Lima 2008.

Realizo un estudio teniendo como objetivos: Determinar los conocimientos y prácticas que tienen la madre de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la lactancia. El estudio fue descriptivo y transversal, población de 874 madres de niños de 6 meses a 2 años, muestra de 141 madres seleccionada a través del muestreo probabilístico aleatorio, entre sus conclusiones tenemos:

“El mayor porcentaje (95.77%) de madres tiene conocimientos sobre el inicio de lactancia, lo cual les permitirá realizar prácticas adecuadas y prevenir la desnutrición en los niños de 6 meses a 2 años. La mayoría de las madres (67.6%) realizan prácticas adecuadas sobre el inicio de la lactancia.” (15)

Barba Torres, Horacio, el 2008, realizó un estudio sobre “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de

Salud Fortaleza 2008”; cuyo objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal.

“El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por 220 niños, la muestra fue seleccionada mediante el muestreo aleatorio simple, siendo un total de 67 niños. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario”.(16)

2.2. BASES TEÓRICAS

Teorías de Enfermería *Jean Watson con la teoría del cuidado humano quien sostiene, que la enfermería se preocupa de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y cuida la salud, considerando al ser como una unidad en armonía de mente, cuerpo y alma, mientras que Ramona T. Mecer en su teoría del “Rol Maternal” define la enfermería como una ciencia que está en evolución desde un estado de adolescencia turbulenta hacia la fase adulta. Las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más intensa y sostenida con las mujeres en el ciclo de la maternidad. Las enfermeras son responsables de promover la salud de las familias.*

Promoción de la Salud

Esta teoría (Nola Pender identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Nola J. Pender, Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud (MPS) propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

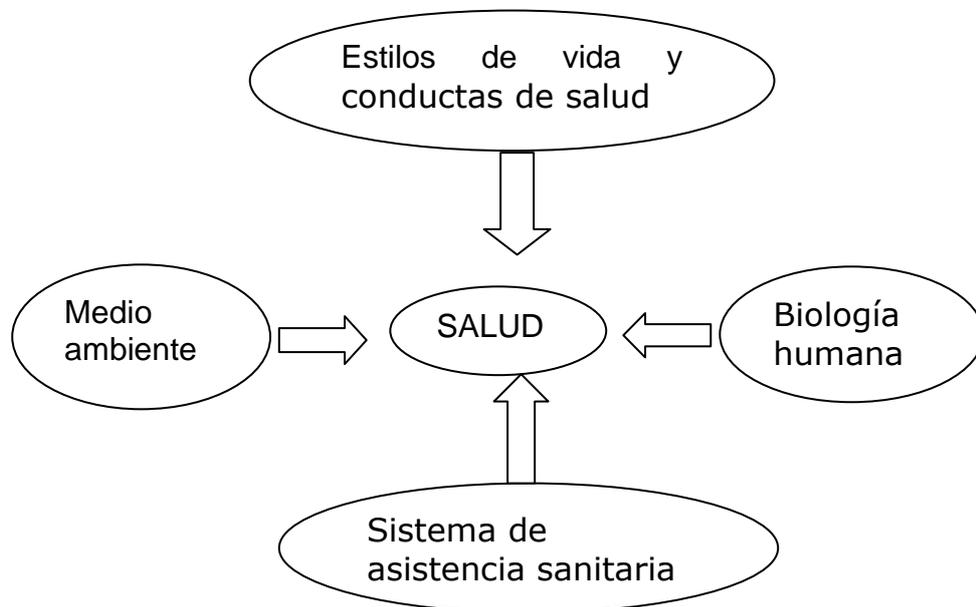
Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la

salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

2.2.1.- Teoría de LALONDE

En esta teoría se habla acerca de los determinantes de la salud. Donde toma especial relevancia el modelo holístico de La framboise (1973), desarrollado por Marc La londe (1974).

Según La londe, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por 4 grandes grupos de determinantes.



- Los estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación).
- Biología humana (desarrollo y envejecimiento).
- Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial, sociocultural).
- Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia), Es importante conocer las teorías del cambio de conductas en salud, ya que proporcionan algunos elementos fundamentales para comprender los mecanismos subyacentes a los estilos de vida relacionados

con la salud y la manera de intervenir sobre ellos. **En conclusión**, explica los procesos salud enfermedad en relación con los agentes biológicos, del ambiente, los estilos de vida e incluyen a los servicios de salud.⁽¹⁷⁾

2.2.2.- La anemia problema en el Perú.

Uno de los factores directamente relacionado con la DCI es la anemia infantil por déficit de hierro (que se estima a partir del nivel de hemoglobina en sangre), condición que determina además el desarrollo cognitivo del niño durante los primeros años de vida y en la etapa posterior. En nuestro país, la anemia constituye uno de los problema de salud pública severo, debido a que aun cuando las cifras nacionales han disminuido en los últimos años de 60.9% en el 2000 a 44.5 % en el año 2012; es así que cuatro de cada diez niños y niñas de entre 6 a 18 meses padecen de anemia, y la situación en la población menor de dos años, es aún más grave dado que más de la mitad de niños de este grupo de edad se encuentran con anemia (56.3%). La última información proporcionada por ENDES - 2013 sobre la anemia en niños menores de 5 años demuestra una tendencia creciente desde los años 2011 a 2013, incrementando de 30,7% a 34,0% a nivel nacional, en el año 2013. Asimismo se ha incrementado la incidencia de anemia en la zona urbana, cuyo porcentaje en el año 2011 fue de 26,5% aun 31,1% en el año 2013. Con el apoyo de UNICEF el gobierno peruano ha logrado una reducción de la anemia en los niños y niñas menores de tres años de 46,9% a 36,7%. Además de esta experiencia, el programa sembrando e iniciativas de los gobiernos regionales y ONGs, empezaron la suplementación en otras zonas del país, con el objetivo de reducir la desnutrición y anemia.⁽¹⁸⁾

2.2.3.- Anemia ferropénica infantil

Es la forma más frecuente de anemia y no es raro encontrarla en niños entre los 6 meses y los 3 años de edad, sobre todo si no han tenido lactancia materna y no han tomado leches de fórmula

enriquecidas en hierro, sino leche de vaca, que tiene menos hierro que el que necesitan y, además, no recibieron prevención con hierro. ⁽¹⁹⁾

2.2.3.1.- Definición de la anemia.

La anemia se refiere a una masa eritrocitaria, cantidad de hemoglobina y/o volumen de hematíes menor del normal. Clínicamente esto se describe como un hematocrito (% de hematíes de un volumen de sangre entera) o hemoglobina (concentración medida directamente) mayor de dos desviaciones estándar por debajo de la media para la edad. Para los niños entre 6 meses y dos años esto representa una concentración de hemoglobina < 11 g/dL o un hematocrito < 33%.

El hierro cumple una importante función como transportador de oxígeno de los pulmones a los tejidos a través de la hemoglobina de los glóbulos rojos, como transportador de electrones en la membrana intracelular, como parte integrante del sistema enzimático en diversos 23 tejidos. Aunque la mayoría del hierro del organismo se conserva y reutiliza, algo se pierde a través del tracto gastrointestinal, piel y orina.

Durante el primer año de vida, los lactantes sanos a término necesitan absorber aproximadamente 0,8 mg de hierro de la dieta al día (0,6 mg para el crecimiento, 0,2 mg para reemplazar las pérdidas). Al final del segundo año de vida, el ritmo de crecimiento comienza a decrecer y la dieta habitual incluye suficiente cantidad de alimentos ricos en hierro para cubrir las demandas. Los requerimientos de hierro aumentan de nuevo durante la adolescencia debido al rápido crecimiento; por otro lado, las adolescentes tienen necesidades adicionales de hierro para reemplazar las pérdidas por

la menstruación y se encuentran en situación de mayor riesgo para la deficiencia de hierro.

La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. Este tipo de deficiencia se presenta cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales; la exposición a una deficiencia de hierro prolongada conduce a la anemia. Se estima que más de dos mil millones de personas sufren de deficiencia de hierro y que más de la mitad está anémica. La principal causa de anemia por deficiencia de hierro es el bajo consumo de carne roja, pollo o pescado, especialmente en personas de escasos recursos económicos. En niños y niñas pequeños el pico de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro es de alrededor de los dieciocho meses de vida. Las mujeres en edad fértil tienen mayor riesgo de tener un balance de hierro negativo debido a las pérdidas sanguíneas por los ciclos menstruales y un aumento de los requerimientos durante el embarazo (Freire, 1998).

La anemia nutricional, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un estado en el que la concentración de hemoglobina en la sangre es inferior a los niveles considerados normales para la edad, sexo, estado fisiológico y la altitud, como consecuencia de la escasez de nutrientes esenciales, independiente de la causa de esta deficiencia. 1,2 anemia nutricional incluye una falta de nutrientes tales como hierro, ácido fólico, vitamina B 12 y el cobre (con función eritropoyética), vitaminas C y E (relacionada con los estados hemorrágicos) y vitamina A (relacionadas con la diferenciación celular de las células rojas de la

sangre y la movilización del hierro del sistema reticuloendotelial).

2.2.3.2.- Causas de la anemia.

- La anemia ocurre generalmente cuando la dieta no proporciona suficiente hierro para satisfacer los requerimientos, existe una poca absorción y/o una pobre utilización de hierro ingerido, la causa nutricional es de lejos la más frecuente. La pérdida de sangre por infestación por nematodos contribuye al desarrollo de la anemia. En lactantes en quienes se introduce precozmente leche de vaca no es infrecuente encontrar pérdidas microscópicas que coadyuvan al desarrollo de la anemia. En los niños prematuros, la anemia es secundaria a un depósito de hierro inadecuado. Otras deficiencias nutricionales como deficiencia de Vit. B6, B12 Riboflavina y ácido fólico se asocian también con la anemia. Las enfermedades crónicas, enfermedades inflamatorias representan la segunda causa más importante de anemia.

La causa principal de la anemia es la deficiencia de hierro, aunque generalmente esta coexiste con otras causas como la malaria, infecciones parasitarias o desnutrición. La anemia es dañina para la salud individual en la medida de quienes la padecen secuelas que durarán el resto de sus vidas. Por ejemplo, de acuerdo a Stoltzfus, Mullany y Black (2004) la anemia es un factor que contribuye a la muerte y discapacidad de las personas, tanto en forma directa como indirecta. Para estos autores, la anemia es un factor de riesgo asociado a la mortalidad infantil, materna, perinatal y al bajo peso al nacer. Por otro lado, es causa directa de una menor productividad y de

un menor desarrollo cognitivo que afectan la calidad de quienes la padecen a lo largo de su ciclo vital.

2.2.3.3.- Consecuencias de la anemia.

La deficiencia de hierro provoca una serie de alteraciones en las funciones del organismos, en niños existe evidencia para concluir que causa retraso en el desarrollo, este puede ser parcialmente revertido con tratamiento; que existe una fuerte asociación entre deficiencia de hierro y test de desempeño cognitivo y comportamientos.

La deficiencia de hierro también afecta negativamente el sistema de defensa normal contra las infecciones, altera la inmunidad celular.

La deficiencia de hierro a la vez ha sido asociada con reducción del apetito, aunque se desconoce el mecanismo de este efecto, existe razones para pensar que la anemia por deficiencia de hierro retrasa el crecimiento.⁽²⁰⁾

Las consecuencias de la anemia son negativas, dado que incluye una elevada mortalidad en mujeres y niños. Se caracteriza por una capacidad deficiente en el aprendizaje y productividad disminuida. La deficiencia de hierro afecta el desarrollo cognoscitivo en todos los grupos de edad. Sin embargo, los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles, aún después de un tratamiento. Al cumplir su primer año de vida, el 10% de los infantes en los países desarrollados y alrededor del 50% en los países en vías de desarrollo, están anémicos. Estos niños sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor, y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad

vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente.⁽²¹⁾

2.2.3.4. Manifestaciones Clínicas.

Los principales síntomas de la anemia son:

Palidez. Es uno de los signos más característicos de la anemia y una consecuencia directa de la vasoconstricción generalizada (cierre de los vasos sanguíneos) y del descenso de la concentración de la hemoglobina en la sangre.

Astenia. Constituye un síntoma general muy ligado a la anemia (cansancio).

Fatiga muscular. Incluso con pequeños esfuerzos.

Manifestaciones cardiocirculatorias. Taquicardia y palpitaciones que son constantes en caso de anemia moderada o intensa, especialmente cuando se instaura bruscamente. En una anemia crónica es de aparición lenta.

Trastornos neurológicos: alteraciones de la visión. Cefaleas (dolor de cabeza). Cuando la hemoglobina desciende por debajo de 30 g/L (anemia grave) pueden aparecer signos de hipoxia cerebral, vértigos, e incluso un estado de coma.

Debilidad, fatiga, disminución del apetito, mareos, dificultades para respirar con normalidad, uñas quebradizas.

2.2.3.5. Medios de Diagnóstico.

Manifestaciones clínicas

La realización de la historia clínica y la exploración física, constituyen siempre el primer paso en el estudio de la anemia. Descartada una hemorragia o enfermedad subyacente que justifique la anemia, su estudio debe iniciarse con la consideración del sexo, la edad y el origen étnico del paciente, así como su forma

de presentación (aguda o crónica, tiempo de evolución y existencia de antecedentes).

Pruebas de laboratorio

Para confirmar el diagnóstico de anemia es preciso demostrar primero el descenso de la concentración de hemoglobina en sangre. Para ello se realiza un análisis de sangre, llamado hemograma, que determina los niveles de hemoglobina en la sangre junto con otros parámetros que indican la morfología y tamaño de los hematíes. Además, el hemograma nos informa de posibles alteraciones en otras células sanguíneas como son los glóbulos blancos y las plaquetas.

2.2.3.6. Tratamiento de la anemia

Depende de la causa que la provoca. Sea cual sea, el objetivo será incrementar el nivel de oxígeno que la sangre es capaz de transportar, ya sea mediante el aumento de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina. Por supuesto, habrá que tratar también la causa o enfermedad que pueda haber provocado la anemia.

En general bastará con la reposición de hierro por vía oral en casos de anemia ferropénica; o de vitamina B12 y ácido fólico en casos de anemia megaloblástica.

2.2.3.7.- Complicaciones de la anemia

Si no se trata, la anemia puede causar numerosas complicaciones, tales como:

Fatiga severa: Cuando la anemia es lo suficientemente grave, puede ser tan cansada que no pueda completar las tareas diarias. Puede estar demasiado cansado para trabajar o jugar.

Problemas del corazón: La anemia puede causar un latido del corazón rápido o irregular, una arritmia. El corazón debe bombear más sangre para compensar la

falta de oxígeno en la sangre cuando está anémica, lo cual puede incluso conducir a una insuficiencia cardíaca congestiva.

Muerte: Algunas anemias hereditarias, como la anemia de células falciformes, pueden ser graves y llevar a complicaciones potencialmente mortales. La pérdida de mucha sangre rápidamente da lugar a la anemia aguda, grave y puede ser fatal.

2.2.3.8.- Medidas de prevención

Una alimentación balanceada debe incluir suficiente hierro. Las carnes rojas, el hígado y la yema de huevo son fuentes ricas en este elemento. La harina, el pan y algunos cereales están fortificados con hierro. Si el médico lo recomienda, tome suplementos de hierro si no está recibiendo suficiente cantidad de este elemento en la alimentación.¹⁸

2.2.4.- Desnutrición Infantil en el Perú.

La desnutrición crónica en el Perú es un problema grave. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal. Reconociendo los altos costos sociales y económicos que genera la desnutrición, se han desarrollado, desde hace varios años, políticas públicas que intentan reducirla y/o erradicarla; sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes. A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza.

Desde un punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición son graves. El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los niños afecta el desempeño escolar, en un primer

momento y, más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación.

A pesar de ciertos avances, la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú se ha mantenido alta en los últimos años (17.5% en el 2013, según la ENDES); si bien hubo una reducción importante entre los 1992 y 1996, desde entonces, la caída ha sido mucho más lenta, a pesar de los distintos esfuerzos gubernamentales por reducir la desnutrición y del compromiso del País de alcanzar las Metas del Milenio.⁽²²⁾

2.2.5.- Consejería nutricional en salud.

Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, entre madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común.

Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural pues el agente comunitario en salud o el personal de salud del establecimiento deberá visitar periódicamente el hogar de la niña, el niño o la gestante con la finalidad de apoyar en el usuario el proceso de mejora de prácticas con relación al cuidado de la nutrición, la salud y la higiene, así como el acompañamiento eficaz del padre. Las visitas domiciliarias deben ser consensuadas previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes.

2.2.5.1.- Principios de la consejería.

La oportunidad. La consejería nutricional debe ser oportuna. Durante el embarazo y en los tres primeros años de vida del niño, cada momento es una oportunidad para ofrecerle condiciones de salud, nutrición, higiene y afecto que aseguren un óptimo crecimiento y desarrollo.

Cada uno de los momentos es diferente, es decir, lo que sucede en un momento dado, no se repite en otro. Si no existen condiciones favorables y permanentes (en todos los momentos), la niña o el niño habrán perdido estas oportunidades. A través de la consejería, el personal de salud puede prevenir que esto suceda.

La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño.

La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño está en los padres; es importante que ellos lo entiendan así para que puedan asumirlo en la medida en que vayan fortaleciendo sus capacidades en el cuidado y protección de la niña o el niño. La responsabilidad implica movilizar nuevos esfuerzos y recursos (si es necesario) para atender las necesidades de la gestante, la niña o el niño. Una buena consejería es el mejor apoyo que el personal de salud puede dar a la madre, padre y/o cuidadores para que puedan cumplir con esta responsabilidad.

La participación (involucramiento).

La consejería no sólo implica presencia, es fundamentalmente involucramiento. Permitir a la madre, padre y/o cuidadores que se involucren en la consejería significa ante todo, confianza, motivación y espacio para que expresen en sus propias palabras, lo que sienten y piensan sobre la situación de la niña y el

niño, y buscar alternativas conjuntas para mejorar. El involucramiento de los padres y/o cuidadores durante la consejería es indispensable para alcanzar los resultados esperados de ella.

2.2.5.2.- Elementos claves de la consejería.

La conversación. En el entendido que la responsabilidad social es la identificación con las necesidades de las gestantes, madres, niñas o niños que acuden al establecimiento de salud, es preciso esforzarse por conocer y entender el contexto cultural local y adoptar actitudes coherentes con este sentimiento, que sean evidentes para el usuario. Se trata de establecer una vinculación entre texto (lo que se dice) y contexto, distinguiendo tres dimensiones: el personal de salud que realiza consejería, el mensaje y el usuario.

Condiciones del personal de salud que realiza consejería

El personal de salud deberá tener en cuenta:

La relación que establece con la otra persona. Va a marcar “el estilo” de toda la conversación. Por ello es importante que la relación sea simétrica (igualitaria), no especializada (por muy técnica que sea la conversación), se debe mantener una relación fluida y cotidiana dentro de marcos no rígidamente marcados.

Limitaciones temáticas. La relación que se establece con el usuario guarda relación con las limitaciones temáticas. Debe usarse un lenguaje sencillo y claro, y evitar el uso de términos técnicos, contribuirá a lograr acuerdos exitosos.

Propósito de la conversación. Debe establecerse desde el inicio y no perderlo de vista en ningún momento, de lo contrario el esfuerzo será inútil.

Grado de formalidad. Implica mostrarse abierto, simple, cálido y humano.

2.2.5.3.- Secuencia de la sesión de consejería

La conversación tiene una secuencia que va desde la apertura hasta el cierre.

Primer Momento: encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada. Durante el primer contacto con el usuario, el primer momento de la consejería es muy breve pero a medida que se profundiza en el caso y se empieza a hablar de la situación encontrada las secuencias serán cada vez más fáciles de manejar, lo cual dependerá de la calidad de la comunicación que se establezca.

Segundo Momento: Análisis de factores causales o riesgos. Es aquel en el que el personal de salud y la madre, padre o cuidadores analizan las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos. En este sentido el personal de salud debe indagar y preguntar sobre los posibles factores que influyen en la situación encontrada, usando las preguntas abiertas como: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Por qué?

Tercer Momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos. El tercer momento es aquel en el que el personal de salud y la madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución a los factores identificados.

Cuarto Momento: Registro de acuerdos tomados. El personal de salud deberá registrar en la historia clínica, las decisiones o acuerdos.

Quinto Momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados. Este momento se realiza en las citas posteriores, puede ser intramural o extramural. ⁽²³⁾

Fases de la consejería.

- 1.- Iniciar una relación de confianza
- 2.- Habilidades de comunicación interpersonal
- 3.- Evaluación o exploración de la situación o problema
- 4.- Orientar y guiar la toma de decisiones
- 5.- Elaboración del plan de acción
- 6.- Poner en práctica el plan de acción
- 7.- Monitoreo del progreso y evaluación. ⁽²⁴⁾

2.2.6.- Rol de la enfermera en la atención integral del Niño.

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo. La enfermera como prestadora de un servicio profesional, juega un rol muy importante en atención integral del niño, brindando un cuidado holístico. La enfermera tiene varias funciones y actividades centradas en las familias:

- Educadora de salud: Enseña a las familias de manera formal e informal, aspecto de la salud y enfermedad y actúa como principal comunicadora de información de salud.
- Motiva y facilita la adopción de actividades y estilo de vida saludable que promueven el bienestar.
- Brinda cuidados domiciliarios: realizar cuidados en el domicilio de los pacientes con enfermedades graves o no.

- Defensora de la familia: Trabaja para ayudar a las familias y brinda orientación con respecto a la seguridad y el acceso a los servicios.
- Desarrolla actividades de prevención y detección precoz de enfermedad, desarrollando acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Ejecuta actividades de promoción de la salud: ayuda a la familia a responsabilizarse de su propia salud mediante su autocuidado.
- Asesora: Desarrolla una función terapéutica ayudando a resolver problemas e identificar recursos.
- Investigadora: Identifica problemas que surjan en el ejercicio de la profesión, busca respuesta y soluciones mediante la investigación cuantitativa disciplinada o interdisciplinaria.

En la operativización de actividades del Componente del Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED) se desarrollan estrategias en forma conjunta con el equipo de salud. La enfermera en el consultorio de CRED realiza las siguientes actividades:

- Realiza un interrogatorio a la madre sobre el estado del niño. Pesa, talla y si pertenece al grupo de niños menores de un año, le toma la medida del perímetro cefálico con el fin de calcular la valoración nutricional.
- Realiza el examen físico encéfalo-caudal y a la vez explica a la madre cada acción que se realice.
- Aplica el “Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor” y orienta la importancia de estimular al niño.
- Solicita a todo niño mayor de 6 meses exámenes de hemoglobina y hematocrito, donde el cual la madre deberá recoger el resultado después de 3 días.
- Si los resultados están por debajo 11g/dl, la enfermera deriva la historia a medicina donde el pediatra iniciara el tratamiento con sulfato ferroso.

- Orienta sobre la alimentación según los grupos de edad y explica sobre los alimentos ricos en hierro.
- Realiza visitas domiciliarias cada fin de mes para identificar posibles factores de riesgo y así detectarlos a tiempo.
- Los resultados de estas evaluaciones así como otros datos son registrados en 4 formatos: La Historia Clínica del niño, un Cuaderno de Registro diario, y el en HIS.⁽²⁵⁾

2.2.7.- Multimicronutrientes.

Los multimicronutrientes son las vitaminas y los minerales, que se consumen en cantidades relativamente menores, pero que son imprescindibles para las funciones orgánicas. La deficiencia de multimicronutrientes particularmente el hierro, vitamina A y zinc afectan aproximadamente a la mitad de los niños menores de dos años alrededor del mundo. Por ello, si el niño no recibe todos los nutrientes que necesita o si se enferma frecuentemente, se limita sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales. Ocasionando desnutrición crónica y anemia.⁽²⁶⁾

2.2.7.1. Suplementación con multimicronutrientes a niños de 6 a 18 meses (MMN)

La suplementación con multimicronutrientes en polvo, compuesto por hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y vitamina C, como una intervención efectiva para mejorar los niveles séricos de hierro y la reducción de la anemia en niños de 6 a 24 meses, es recomendado por la OMS. Según revisiones sistemáticas, el uso de multimicronutrientes en polvo en niños de 6 a 23 meses reduce la deficiencia de hierro en un 51% y la anemia en un 31%. Este suplemento se puede agregar fácilmente a los alimentos semisólidos consumidos por el niño en su domicilio. La eficacia, biodisponibilidad, seguridad y aceptabilidad de los MMN ha sido evaluada en varios entornos y entre miles de niños y niñas en

África, Asia y las Américas entre los 6 - 18 meses de edad con resultados significativos tanto en ensayos clínicos como en un contexto programático.

En el Perú se realizó un piloto de la suplementación con los MMN en Ayacucho, Apurímac y Huancavelica entre los años 2009 y 2011. Esta experiencia desarrollada por el Ministerio de Salud (MINSA) y el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) con el apoyo de UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos demostró la efectividad de los MMN en el sistema de salud pública peruano. Los resultados de un estudio en centros centinelas muestran una reducción de 36 puntos porcentuales luego de dos ciclos de suplementación de 6 meses.

2.2.7.2. Suplementación con multimicronutrientes a niños de 6 a 18 meses, a través del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en el marco de la atención integral del niño.

Los establecimientos de salud, en el marco de la norma técnica de Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 5 años y la Directiva Sanitaria de Suplementación preventiva de anemia en menores de 3 años desarrollarán las acciones necesarias para garantizar las prestaciones dirigidas al Control de Crecimiento y la prevención de anemia; se incluye la valoración nutricional, suplementación preventiva con hierro, consejería nutricional, visita domiciliaria, sesiones demostrativas, etc.⁽²⁷⁾

2.2.7.3 Indicaciones para la administración del suplemento de multimicronutrientes en polvo.

*Lavarse las manos y lavar los utensilios.

*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.

2.2.7.4.- 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 las niñas y niños 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; lugares no accesibles a las niñas y niños para evitar su ingestión accidental o intoxicaciones.⁽²⁸⁾

Nutromix. Complemento vitamínico y mineral.

Composición.

Cada sobre contiene 1g.

Vitamina A (como retinil palmitato)	300 mcg
Vitamina C (como ácido ascórbico)	30 mg
Ácido fólico	160 mcg
Hierro (como fumarato ferroso)	12.5 mg
Zinc (como gluconato de zinc)	5 mg
Maltodextrina	c.s.p
Dióxido de silicio	c.s.p

Indicaciones. Suplemento nutricional pediátrico.

Contraindicaciones: hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

Reacciones adversas. En raras ocasiones se puede presentar oscurecimiento de las heces, estreñimiento o diarrea leve.

Advertencia:

No usar el sobre si está dañado o roto.

No usar más cantidad de la recomendada, salvo indicación médica.

No superar la dosis diaria recomendada

No sustituye a una dieta equilibrada

Dosis. Niños de 6 meses a 5 años de edad: 1 sobre al día con su comida

Forma de uso. Abra la parte superior del sobre de nutromix y vierta su contenido en una porción pequeña de su comida semisólida o semi líquida, no líquida y no caliente; mezclar bien y darle al niño. El alimento al cual se ha adicionado Nutromix debe ser consumido dentro de los 30 minutos.

Condiciones de almacenamiento. Almacenar en lugar fresco y seco a temperatura no mayor a 25°C, protegido de la luz solar.

Tabla N° 1
Esquema de suplementación con multimicronutrientes y hierro para niñas y niños menores de 36 meses

	HIERRO	ADMINISTRACIÓN	DOSIS ADMINISTRAR POR VIA ORAL /DÍA	DURACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN
Niñas y niños nacidos con bajo peso y/o prematuros	Gotas Sulfato ferroso: 25 mg Fe elemental /1 ml Frasco por 30 ml	Desde los 30 días hasta antes de cumplir los 6 meses	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria hasta antes de cumplir los 6 meses
	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	Desde 6 a 18 meses	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)
Niñas y niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)

Composición del suplemento.

Los sobres de Multimicronutrientes tienen la siguiente composición:

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

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Anemia. Es la reducción de la cantidad de hemoglobina por debajo del valor considerado normal según la edad y el sexo; casi siempre hay también una disminución proporcional en el número de hematíes y en el valor de hematocrito.

Nutriente esencial. Es cualquier sustancia consumida como constituyente de la comida, que se requiere para un óptimo crecimiento, desarrollo y mantenimiento de un estilo de vida saludable.

Multimicronutrientes. Son sobres individuales con una combinación de Multimicronutrientes (hierro encapsulado, zinc, vitamina A y C) que se añaden al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro.

Suplementación. Es el mejoramiento de la ingesta de nutrientes a través de formas farmacéuticas por vía oral.

Consejería. Es la acción que hacen los técnicos de salud para mejorar la respuesta del paciente, a través de un proceso educativo comunicacional, concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a los padres o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y la nutrición, y a encontrar con ellos alternativas para solucionarlos o mejorarlos.

Información en salud. Acción que ejerce el profesional de salud, a través de un proceso comunicacional entre el paciente.

Hierro. Es un mineral que forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células.

Control de Crecimiento y Desarrollo. El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas.

2.4.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION

2.4.1.- Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre la consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.

Ho: No existe relación significativa entre la consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.

2.4.2.- Hipótesis específicas

Hi1. La consejería proporcionada a las madres, está relacionada con la administración de la dosis correcta de multimicronutrientes.

Hi2. La consejería proporcionada a las madres, está relacionada al consumo efectivo y oportuno de multimicronutrientes.

Hi3. La consejería proporcionada a las madres, está relacionada con las condiciones adecuadas de almacenamiento de multimicronutrientes.

2.5.- VARIABLES DEL ESTUDIO

2.5.1.- Definición conceptual de la variable.

Variable Independiente: Consejería brindada a las madres.

Es la acción que hacen los profesionales de la salud para mejorar la respuesta del usuario, a través de un proceso educativo comunicacional, concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a los padres y/o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y la nutrición, y a encontrar con ellos alternativas para solucionarlos o mejorarlos.

Variable Dependiente: Consumo de multimicronutrientes.

Es la ingesta del Multimicronutrientes en polvo que contienen: Hierro, Zinc, Ácido Fólico, Vitamina A, Vitamina C, agregado a la alimentación complementaria del niño.

Variables Intervinientes:

Instrucción de la madre. Es el nivel de instrucción que tiene la madre y/o cuidador responsable de la niña o niño menor de 6 a 18 meses.

Edad. Es la edad cumplida en años de la madre y/o cuidador responsable de la niña o niño, hasta la fecha de la encuesta.

2.5.2.- Definición operacional de la variable.

Consejería brindada a las madres

La consejería es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud responsable del Control Crecimiento y Desarrollo del niño y la madre y/o cuidador del niño. El propósito es conseguir la adecuada suplementación con multimicronutrientes y hierro, y fomentar prácticas saludables para la prevención de la anemia, ayudando para la toma de decisiones. La consejería será evaluada a través de instrumentos Guía de observación y Cuestionario, teniendo en cuenta las dimensiones:

- Importancia de la prevención de la anemia.
- Consumo adecuado del suplemento con multimicronutrientes.

- Indicaciones para la administración del suplemento con multimicronutrientes.
- Elementos claves de la consejería.

Consumo de Multimicronutrientes.

Cantidad del suplemento consumido 360 sobres durante 12 meses continuos. A partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria.

Se evaluara de acuerdo a la aplicación de los instrumentos:

- Guía de observación consejería de enfermería y el consumo de multimicronutrientes.
- Cuestionario sobre la consejería de enfermería y el consumo de multimicronutrientes.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICAS EN INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE					
Consejería proporcionada a las madres, en el consultorio CRED.	*Importancia de la prevención de la anemia.	Cualitativa	<p>*Definición de la anemia.</p> <p>*Describe las causas de la anemia infantil.</p> <p>*Conoce las consecuencias de la anemia en el niño.</p> <p>*Conoce la importancia de hierro y multimicronutrientes en un niño menor de 18 meses.</p> <p>*Describe la importancia del cumplimiento del esquema de suplementación de MMN y controles periódicos.</p> <p>*Conoce y valora la importancia del dosaje de hemoglobina.</p> <p>*Brinda al niño alimentos ricos en hierro.</p> <p>*Administración correcta y oportuna del suplemento con multimicronutrientes.</p> <p>*Importancia del consumo de toda la mezcla preparada con el suplemento de</p>	Nominal	Cuestionario.

	*Indicaciones para la administración del suplemento con multimicronutrientes	Cualitativa	multimicronutrientes. *Indicaciones para la suspensión del suplemento con multimicronutrientes.	Nominal	
	*Elementos claves de la consejería.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> *Conservación y almacenamiento adecuado de los sobres de multimicronutrientes. *Iniciar una relación de confianza. *Habilidades de comunicación interpersonal. *Evaluación o explicación de la situación o problema. *Orientar y guiar para la toma de decisiones. *Información suficiente y relevante. *Elaborar un plan de acción. *Evaluación y refuerzo. *Registro de acuerdos tomados. *Seguimiento de acuerdos tomados. 	Nominal	
VARIABLE DEPENDIENTE					

Consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.	*Consumo adecuado del suplemento con multimicronutrientes.	Cualitativa	*Dosis correctas. *Consumo efectivo y oportuno de toda la mezcla preparada del suplemento con multimicronutrientes. *Condiciones de almacenamiento.	Nominal	Entrevista
VARIABLES INTERVINIENTES					
Nivel de instrucción de la madre.		Cualitativa	*Sin instrucción *Primaria incompleta *Primaria completa *Secundaria incompleta *Secundaria completa *Instrucción superior técnica *Instrucción superior universitario	Nominal	Entrevista
Edad		Cuantitativa	*Edad de la madre en años cumplidos	razón	Entrevista

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, ya que permitió medir y cuantificar numéricamente las variables en estudio, existiendo un manejo estadístico de los datos.

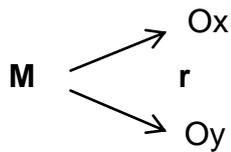
Según la intervención del investigador el estudio de investigación es de tipo **observacional**, ya que el investigador simplemente observó la unidad en estudio.

De acuerdo a la planificación de la medición de la variable el estudio es de tipo **prospectivo**, ya que los datos se recogieron en tiempo presente, siendo la recolección de datos a través de una fuente primaria.

Según el periodo y secuencia del estudio, es de tipo **transversal**, ya que la variable se midió en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo.

Diseño de estudio

Se siguió un diseño descriptivo correlacional, por cuanto el objetivo determinar el grado de relación existente entre dos variables “consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes”. El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño.



Dónde:

M = Muestra

X = Consejería proporcionada a las madres, en el consultorio CRED.

Y = Consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.

r : Relación entre las dos variables

3.2.- DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Aparicio

Pomares:

- El Centro de Salud Aparicio Pomares, se encuentra ubicado en la región, departamento y provincia de Huánuco, en el distrito de Huánuco, Jr. Junín N° 321 - 323, donde cuentan con servicios de medicina, psicología, odontología, obstetricia, triaje, tópico de emergencia, y estrategias sanitarias y farmacia.
- El personal que labora en el Centro de Salud está constituido por Médicos, Enfermeras, Obstetras, personal Técnico, Nutricionista, Psicólogo, así como personal Administrativo, mantenimiento y vigilancia.

El programa de Crecimiento y Desarrollo se encuentra bajo la responsabilidad de una enfermera con el apoyo del técnico en enfermería quienes atienden diariamente a un promedio de 10 niños.

- El horario de atención del consultorio CRED así como del Centro de Salud es de lunes a sábado de 7:30 am a 1:30 pm y los domingos el servicio de emergencia las 24 horas.

3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio estuvo constituida por las madres de los niños de 6 a 18 meses, que acuden de modo regular al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Aparicio. La muestra, obtenida mediante la técnica del muestreo probabilístico.

3.3.1. Población

El universo de estudio estuvo constituido por todas las madres de niños de 6 a 18 meses que asisten regularmente al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Aparicio Pomares.

Criterio de Inclusión: Se incluyó en el estudio a las madres que:

- Madres y/o responsables de niños que aceptan participar en la muestra de estudio.
- Madres que acepten voluntariamente a ser parte del estudio previo consentimiento informado.
- Madres sin trastornos o alteraciones mentales.
- Madres que hablen castellano.
- Madres que pertenezcan a la jurisdicción del Centro de Salud.

Criterio de Exclusión: No se consideró a las madres que:

- Madres que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Madres de niños mayores de 18 meses.
- Madres con algún trastorno o alteración mental.
- Madres que tengan limitaciones para comunicarse (sordo-mudos).
- Fueron parte de la prueba piloto.

3.3.2. Muestra y muestreo

Unidad de análisis

Madres y niños de 6 a 18 meses, que asisten regularmente al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el C.S. Aparicio Pomares, del distrito de Huánuco – 2015.

Unidad de muestreo

La unidad seleccionada fue igual que la unidad de análisis.

Marco muestral.

Registro de seguimiento de las madres que acuden regularmente al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Aparicio Pomares **Huánuco, 2015.**

Tamaño de la población muestral

Para el cálculo determinar el tamaño de la muestra se aplicará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 p q}{e^{2*(N-1)} + Z_{\alpha/2}^2 p q}$$

N	70	Tamaño de la población
n	36	Tamaño de la muestra
Z $\alpha/2$	95%	Nivel de confianza
p	95%	Proporción esperado
q	5%	Probabilidad de fracaso
d	5%	precisión

Tipo de muestreo

Para el caso se trabajó con una población muestra, en la cual fueron considerados 36 madres de niñas y niños de 6 a 18 meses y la selección de la muestra se realizó mediante el muestreo

probabilístico, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

La técnica que se empleó en el presente estudio fue la encuesta y la de observación. La cual se entregó a cada madre de la muestra en estudio.

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos empleados fueron los siguientes:

- Guía de observación :(Anexo 01).Este instrumento de 9 ítems, sirvió para observar los resultados de la consejería proporcionada a las madres en el consultorio CRED.

- Cuestionario (Anexo 02). Este instrumento consta de 34 ítems.

El instrumento en su presentación física consta de: presentación, donde se dio a conocer los objetivos de la investigación así como la solicitud de la participación del estudiante, también figura las instrucciones explicando cómo van a desarrollar el cuestionario.

El cual fue sometido a validez de contenido y constructo a través de Juicio de Expertos (5), habiendo recibido sugerencias, las cuales se usaron para mejorar el instrumento.

3.5.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

- **Validez Delfos o de jueces:** Para validar el contenido de los instrumentos del presente estudio fueron sometidos a un juicio de expertos, a quienes se les planteó una serie de cuestiones en cuanto al contenido del instrumento y a su estructura. A cada juez se le proporcionó una documentación respectiva: oficio, hoja de instrucciones, constancia de validación, matriz de consistencia y los respectivos instrumentos, con la finalidad de realizar la validez de contenido de cada uno de ellos, emitiendo su punto de vista con

respecto a las dimensiones y reactivos del instrumento. Las recomendaciones se usaron para mejorar el instrumento.

- **Confiabilidad de los instrumentos:** Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciables, se consideró conveniente aplicar la validez de consistencia interna, en la cual empleamos el índice KR - 20 de Kuder Richardson, en una muestra piloto, para evaluar tanto las dimensiones de la consejería proporcionada, ya que contemplaron en su totalidad respuestas de tipo dicotómicas.

Tabla A. Estimación de la confiabilidad por el método de consistencia interna de Kuder Richardson para el Anexo 1.

Guía de observación de consejería de	<u>(np = 9)</u>
Enfermería	KR - 20
<hr/>	
Consejería proporcionada de enfermería	0,88

Fuente: prueba piloto.

Al estimar el coeficiente de consistencia interna de Kuder Richardson para la guía de observación, se concluyó que los resultados obtenidos en dicho instrumento demostraron una confiabilidad alta, por lo que se consideró confiable para los propósitos de la presente investigación.

Se realizó una prueba piloto (aplicándose los instrumentos en un contexto similar), en donde se identificaron también otras dificultades, principalmente de carácter semántico, palabras poco entendibles, ambigüedad en los términos y el control del tiempo necesario para cada instrumento. Esta pequeña prueba se realizó en otro ámbito, cuyos resultados obtenidos fueron los siguientes:

3.6.- PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

3.6.1 Procedimientos de recolección de datos

- Se solicitó la autorización y los permisos respectivos para la ejecución del estudio, a través de las coordinaciones con las autoridades responsables del Centro de Salud Aparicio Pomares.

- Capacitación al equipo de encuestadores para la aplicación de los instrumentos.
- Antes de la aplicación de los instrumentos se obtuvo del permiso de los coordinadores de la carrera profesional de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, asimismo se solicitó el consentimiento informado y la autorización de los participantes, coordinándose la fecha con las autoridades del Centro de Salud para la aplicación de los instrumentos.
- Aplicación de instrumentos en base a las fechas programadas. Luego de la aplicación de los mismos se agradeció la participación de la muestra en estudio. La identidad de los encuestados será manejada a través de códigos.
- El control de calidad de los instrumentos de recolección de datos será continuo durante todo el estudio de investigación.
- La supervisión y coordinación con el equipo de investigación y con el personal de la institución involucrada será permanente, para asegurar el cumplimiento del plan de recolección.
- Una vez obtenida la información se procesó a través del Sistema Excel. La Guía de observación que mide la consejería de enfermería hacia las madres de los niños (as) se valoró de acuerdo a los siguientes puntajes: Consumo adecuado de multimicronutrientes 7-9 puntos y Consumo inadecuado de multimicronutrientes Menor de 6 puntos. A si mismo se hizo en el Cuestionario sobre la consejería de enfermaría: Buena 24-34 puntos, Regular 12-23 puntos e Insuficiente Menor de 11 puntos.

3.6.2 Elaboración de datos

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección para el control de calidad.
- **Codificación de los datos.** Se codificaron los datos en la etapa de recolección para poder diferenciar los diferentes tipos de datos y variables en estudio.

- **Clasificación de los datos.** Se clasificaron los datos en variables cuantitativas.
- **Procesamiento de los datos.** Para dicho procedimiento se utilizó el programa SPSS 21 for Windows.
- **Plan de tabulación.** Con la base de los datos que se obtuvo y para responder al problema y objetivos planteados en el presente proyecto de investigación, se tabularon los datos en tablas de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación.
- **Presentación de los datos.** Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras para su respectivo análisis e interpretación.

Para la presentación de los datos se hizo a través de cuadros estadísticos, utilizándose cuadros de una y dos entradas. Se utilizó pruebas estadísticas Anova y Kruskal Wallis, para determinar si había diferencia significativa entre la consejería proporcionada a las madres en el consultorio de CRED y el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.

3.6.3. Análisis de los datos

Análisis descriptivo correlacional.

Se hizo un análisis descriptivo, para las variables categóricas se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo a la necesidad del estudio.

Se hizo un análisis inferencial ya que se buscó medir el grado de correlación entre las dos variables en estudio, dicha relación se analizara mediante la prueba de Chi – cuadrado. Que permitirá determinar si hay relación entre la consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes. El nivel de confianza que se empleó fue de 95%.

**CAPITULO IV
RESULTADOS**

TABLA 1

**CONSEJERÍA PROPORCIONADA A LAS MADRES EN EL CONSULTORIO
CRED Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE MULTIMICRONUTRIENTES
EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO
POMARES, HUÁNUCO- 2015**

CONSUMO DE MULTI MICRONUTRIENTES	CONSEJERÍA							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Correcta	8	22%	3	8%	1	3%	12	33%
En Proceso	1	3%	15	42%	4	11%	20	56%
Incorrecta	1	3%	1	3%	2	5%	4	11%
Total	10	28%	19	53%	7	19%	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, cuando la consejería proporcionada es de nivel Medio entonces tienen un consumo de multimicronutrientes en proceso en un 42%(15), cuando la consejería proporcionada es de nivel Alto entonces tienen un consumo de multimicronutrientes Correcta en un 22%(8) y cuando tienen una consejería Baja tienen un consumo de multimicronutrientes en Proceso en un 11%(4). Estos resultados nos muestran que existe relación entre ambas variables. Estos niveles se presentan según las respuestas no acude regularmente al Centro de Salud para sus controles de Crecimiento y Desarrollo de su niño o niña. La madre no administra multimicronutrientes a su niño o niña con las indicaciones correctas (su niño consume 1 sobre de multimicronutrientes por día). Las madres saben preparar los Multimicronutrientes, las madres no le brindan líquidos a su niño (a) después de darle la mezcla de multimicronutrientes. Almacenan correctamente los sobres de multimicronutrientes en un lugar adecuado y seguro. No sabe en qué casos se debe administrar los multimicronutrientes a su niño (a) y no dedica tiempo completo al cuidado de su niño (a).

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES
EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, EN EL AÑO 2015.

Características Sociodemográfico		
Perfil de las madres		
EDAD	N°	%
18 a 23	16	44%
24 a 29	10	28%
30 a 34	6	17%
35 a más	4	11%
Total	36	100%
Grado de Instrucción		
Primaria Incompleta	3	8%
Primaria Completa	10	28%
Secundaria Incompleta	4	11%
Secundaria Completa	14	40%
Superior técnica	3	8%
Superior Universitaria	2	5%
Total	36	100%
Ocupación		
Ama de casa	16	44%
Trabajo Independiente	6	17%
Comerciante	8	22%
Estudiante	3	8%
Empleada Pública	2	5%
Otros	1	4%
Total	36	100%
N° de hijos		
1	18	50%
2	9	26%
3	5	13%
4 a más	4	11%
Total	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, las características sociodemográficas en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, tienen en mayor porcentaje edades de 18 a 23 años en un 44%(16), Grado de Instrucción Secundaria Completa en un 28%(10), son amas de casa en un 44%(16) y tienen 1 hijo en un 50%(18).

TABLA 3

**CONSUMO DE MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES
EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO- 2015.**

CONSUMO DE MULTI MICRONUTRIENTES	N°	%
Correcta	12	33%
En Proceso	20	56%
Incorrecta	4	11%
Total	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, el consumo de multimicronutrientes es en proceso en un 56%(20), es correcta en un 33%(12) e Incorrecta en un 11%(4).

TABLA 4

TIPO DE CONSEJERÍA PROPORCIONADA A LAS MADRES EN EL CONSULTORIO CRED Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO- 2015.

CONSEJERIA EN SALUD	Nº	%
ALTO	10	28%
MEDIO	19	53%
BAJO	7	19%
Total	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, el tipo de consejería proporcionada a las madres en el consultorio CRED en el consumo de multimicronutrientes es Medio en un 53%(19), Alto en un 28%(10) y Bajo en un 19%(7).

TABLA 5

CONSEJERÍA PROPORCIONADA A LAS MADRES CON EL CONSUMO EFECTIVO Y OPORTUNO DE MULTIMICRONUTRIENTES A NIÑOS DE 6 A 18 MESES EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO-2015.

CONSEJERIA EN SALUD	N°	%
ALTO	12	33%
MEDIO	15	42%
BAJO	9	25%
Total	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 5, la consejería proporcionada a las madres en el consumo de multimicronutrientes es Medio en un 42%(15), Alto en un 33%(12) y Bajo en un 25%(9).

TABLA 6
CONSEJERÍA PROPORCIONADA A LAS MADRES CON LAS
CONDICIONES ADECUADAS DE ALMACENAMIENTO DE
MULTIMICRONUTRIENTES.

CONSEJERIA EN SALUD	N°	%
ALTO	10	28%
MEDIO	20	56%
BAJO	6	16%
Total	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 6, la consejería proporcionada a las madres con las condiciones adecuadas de almacenamiento de multimicronutrientes es Medio en un 56%(20), Alto en un 28%(10) y Bajo en un 16%(6).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Hi: Existe relación significativa entre la consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.

Ho: No existe relación significativa entre la consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 7: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Consejería en salud	Consumo de Multimicronutrientes
Consejería en salud	Correlación de Pearson	1	,903**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	36	36
Consumo de Multimicronutrientes	Correlación de Pearson	,903**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	36	36

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 7, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,903, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Conocimientos y actitudes de los estudiantes frente al VIH/SIDA con un nivel de significancia de $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación significativa entre la consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Cuando la consejería proporcionada es de nivel Medio entonces tienen un consumo de multimicronutrientes en proceso en un 42%(15), cuando la consejería proporcionada es de nivel Alto entonces tienen un consumo de multimicronutrientes Correcta en un 22%(8) y cuando tienen una consejería Baja tienen un consumo de multimicronutrientes en Proceso en un 11%(4). Estos resultados nos muestran que existe relación entre ambas variables. Estos niveles se presentan según las respuestas no acude regularmente al Centro de Salud para sus controles de Crecimiento y Desarrollo de su niño o niña. La madre no administra multimicronutrientes a su niño o niña con las indicaciones correctas (su niño consume 1 sobre de multimicronutrientes por día). Las madres saben preparar los Multimicronutrientes, las madres no le brindan líquidos a su niño (a) después de darle la mezcla de multimicronutrientes. Almacenan correctamente los sobres de multimicronutrientes en un lugar adecuado y seguro. No sabe en qué casos se debe administrar los multimicronutrientes a su niño (a) y no dedica tiempo completo al cuidado de su niño (a).

Sáenz (2008) Entre sus conclusiones se tiene que: *“El 40 % de las madres mantienen la lactancia materna a los 12 meses, lo cual parece mostrar buenos conocimientos sobre los beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63 % de los casos a los 6 meses de vida y en un 28 % a los 4 meses y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses, lo que refleja una buena información sobre la exclusividad de la lactancia en los primeros meses”.*

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Las características sociodemográficas en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, tienen en mayor porcentaje edades de 18 a 23 años en un 44%(16), Grado de Instrucción Secundaria Completa en un

28%(10), son amas de casa en un 44%(16) y tienen 1 hijo en un 50%(18). Coincidiendo con Zurita (2010) Las conclusiones entre otras fueron: *“La práctica de la lactancia materna natural aun es utilizada en nuestro medio ya que un 98% de los niños recibieron lactancia materna alguna vez, no influyendo el sexo del bebe en la decisión de las madres de dar leche materna a sus niños” “Solo un 39% de los niños recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad que es lo ideal, teniendo así niños que iniciaron la alimentación complementaria tempranamente o después de los 6 meses. Por consiguiente el temprano inicio de la alimentación complementaria contribuiría en un 41% en la aparición de EDAS y 43% en IRAS y probablemente también influye en el estado nutricional del niño menor de 2 años ya que un 16% de los que recibieron lactancia materna están desnutridos”*

OBJETIVO ESPECIFICO 2

El consumo de multimicronutrientes es en proceso en un 56%(20), es correcta en un 33%(12) e Incorrecta en un 11%(4). Coincidiendo con Fundación Social (2009) Las conclusiones entre otras fueron: *“El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos indican que existe un alto riesgo de que las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año”. “Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos”. “Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes” “Factores modificables y no modificables se encontraron asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria.*

OBJETIVO ESPECIFICO 3

El tipo de consejería proporcionada a las madres en el consultorio CRED en el consumo de multimicronutrientes es Medio en un 53%(19), Alto en un 28%(10) y Bajo en un 19%(7). Coincidiendo con JIMÉNEZ (2008). Concluyendo que: *“La mayoría de los lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad”*.

OBJETIVO ESPECIFICO 4

La consejería proporcionada a las madres en el consumo de multimicronutrientes es Medio en un 42%(15), Alto en un 33%(12) y Bajo en un 25%(9). Coincidiendo con Castro (2008) entre sus conclusiones tenemos: *“El mayor porcentaje (95.77%) de madres tiene conocimientos sobre el inicio de lactancia, lo cual les permitirá realizar prácticas adecuadas y prevenir la desnutrición en los niños de 6 meses a 2 años. La mayoría de las madres (67.6%) realizan prácticas adecuadas sobre el inicio de la lactancia.”*

OBJETIVO ESPECIFICO 5

La consejería proporcionada a las madres con las condiciones adecuadas de almacenamiento de multimicronutrientes es Medio en un 56%(20), Alto en un 28%(10) y Bajo en un 16%(6).

CONCLUSIONES

PRIMERO

Cuando la consejería proporcionada es de nivel Medio entonces tienen un consumo de multimicronutrientes en proceso, cuando la consejería proporcionada es de nivel Alto entonces tienen un consumo de multimicronutrientes Correcta y cuando tienen una consejería Baja tienen un consumo de multimicronutrientes en Proceso. Estos resultados nos muestran que existe relación entre ambas variables. Comprobado estadísticamente la R de Pearson con un valor de 0,93 y un nivel de significancia de $p < 0,05$. Estos niveles se presentan según las respuestas no acude regularmente al Centro de Salud para sus controles de Crecimiento y Desarrollo de su niño o niña. La madre no administra multimicronutrientes a su niño o niña con las indicaciones correctas (su niño consume 1 sobre de multimicronutrientes por día). Las madres saben preparar los Multimicronutrientes, las madres no le brindan líquidos a su niño (a) después de darle la mezcla de multimicronutrientes. Almacenan correctamente los sobres de multimicronutrientes en un lugar adecuado y seguro. No sabe en qué casos se debe administrar los multimicronutrientes a su niño (a) y no dedica tiempo completo al cuidado de su niño (a).

SEGUNDO

Las características sociodemográficas en madres en el Centro de Salud Aparicio Pomares, tienen en mayor porcentaje edades de 18 a 23 años, Grado de Instrucción Secundaria Completa, son amas de casa y tienen 1 hijo en mayor porcentaje.

TERCERO

El consumo de multimicronutrientes es en proceso en mayor porcentaje.

CUARTO

El tipo de consejería proporcionada a las madres en el consultorio CRED en el consumo de multimicronutrientes es Medio.

QUINTO

La consejería proporcionada a las madres en el consumo de multimicronutrientes es Medio.

SEXTO

La consejería proporcionada a las madres con las condiciones adecuadas de almacenamiento de multimicronutrientes es Medio.

RECOMENDACIONES

Hacer llegar la investigación a las autoridades del centro de salud y así pueda tomar en cuenta lo investigado.

Realizar consejerías con más énfasis y continuidad a las madres que acuden al centro de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Norma técnica CRED 087. [internet] 2010. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/webftp.asp?ruta=normaslegales/2010/RM087-2010-MINSA.pdf>
2. Castañeda E. instituto para el desarrollo y la Innovación Educativa. La importancia de la primera Infancia. [internet] Disponible en: <http://www.oei.es/idie/castaneda.pdf>
3. Plan nacional para contribuir con la reducción de desnutrición crónica infantil y prevención de anemia en menores de 3 años en el país. [internet] Periodo 2014 – 2016 Disponible en: http://elecciones.mesadeconcertacion.org.pe/static/download/MINSA_Plan_para_reducir_la_DCI_Anemia_2014_2016.pdf
4. Norma técnica CRED 087. 2010. Op.cit., p.11.
5. OMS (Organización Mundial de Salud). [internet] Disponible en: [https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=OMS\(Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20Salud\)](https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=OMS(Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20Salud))
6. (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar). ENDES 2013 LIMA. INEI
7. ENDES 2013.
8. DR. Luis Miguel León García, representante del despacho viceministerial, MINSA 2013.
9. LIC. Oscar Aquino .MINSA [internet] 2013 Disponible en: www.minsa.gob.pe/
10. LIC. Roxana Torricelli, jefa del proyecto “Nutriwawa”. MINSA Disponible en: www.minsa.gob.pe/
11. **Sáenz María, en Colombia, en el año 2008**, realizó un estudio sobre Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá Gómez Laureno Betty y Monta Lobaton Marcela “Nivel de conocimientos de las madre sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de

pediatría del hospital ESSALUD San Juan de Lurigancho”. “Lima –Perú 2006”.

12. **Zurita Alvarado, María Antonieta Colombia 2010**, realizó un estudio titulado: “Lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años (Trabajo realizado en la 1ra. sección del municipio de Quillacollo-Cochabamba
13. **Fundación FES Social, Colombia 2009**, realizó un estudio titulado: “Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales
14. **Jiménez Huamaní, C. Lima 2008**. estudio sobre el inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al centro de salud Fortaleza en el año 2008
15. **Castro Laura, Sandra, Lima 2008** “Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la lactancia en el consultorio de CRED del HNGDM”, Lima 2008
16. **Barba Torres, Horacio, el 2008**, estudio sobre “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2008
17. Lalonde. Disponible en:
https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=bwIU6XBIMnO8geu8oDQDw#q=teoria+de+lalonde
18. Plan nacional para contribuir con la reducción de desnutrición crónica infantil y prevención de anemia en menores de 3 años en el país. [internet] periodo 2014 – 2016 (ENDES 2013).
http://elecciones.mesadeconcertacion.org.pe/static/download/MINSA_Plan_para_reducir_la_DCI_Anemia_2014_2016.pdf
19. Anemia ferropénica infantil. [internet] Disponible en:
https://www.google.com.pe/search?hl=es-PE&source=hp&q=que+es+anemia+ferropenica+infantil&gbv=2&oq=que+es+anemia+infantil&gs_l=heirloomhp.1.2.0j0i8i30l2.1581.9224.0.17149.40

.24.0.0.0.0.515.3867.23j3j2j2.10.0....0...1ac.1.34.heirloom-
hp..30.10.3867.Bs2zEFwZB8Q

20. REVISTA PERUANA DE PEDIATRÍA “Anemia por deficiencia de hierro” 2006, NORMAS, PROTOCOLOS Y CONSEJERIA PARA LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES (Freire, 1998), OMS. La anemia nutricional: informe de un Grupo Científico de la OMS. Serie de Informes Técnicos, no. 405. Ginebra: OMS; 1968, Impacto económico de la anemia en el Perú. Disponible en: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2012/12/Normas-Protocolos-y-Consejeria-para-la-Suplementacion-con-Micronutrientes-Ecuador.pdf>
21. Anemia Ancash. disponible en: http://www.caritas.org.pe/documentos/antamina/allmicuy_espaol.pdf
22. Consultas Anemia, manifestaciones clínicas [http://www.webconsultas.com/anemia/sintomas-de-la-anemia-267, 269, 270.](http://www.webconsultas.com/anemia/sintomas-de-la-anemia-267,269,270)
<https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=manifestaciones+clinicas+de+la+anemia>
23. Desnutrición Crónica Infantil en el Perú. Disponible en: https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=fC5MVOaCLY3BqAWa44DQBg&gws_rd=ssl#q=que+es+la+desnutricion+infantil+en+el+pu
24. Documento técnico .consejería nutricional EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL. RM 870 MINSA 2009.
25. Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. [internet] 2011. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
26. NORMA TÉCNICA 087, ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA. 2009
27. Instituto Nacional de Salud (norma técnica 2012-7eficacia y efectividad de MNN). Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Nota%20T%C3%A>

9cnica%202012%20-

7_%20EFICACIA%20Y%20EFECTIVIDAD%20DE%20LA%20SUPLEME
NTACI%C3%93N%20DE%20%20MICRONUTRIENTES%20PARA%20LA
%20PREVENCI%C3%93N%20DE%20ANEMIA%20.pdf

28. Documento técnico: plan nacional para contribuir con la reducción de desnutrición crónica infantil y prevención de anemia en menores de 3 años en el país. periodo 2014 – 2016. Resolución Ministerial. Lima 31 de Marzo del 2014. Disponible en:

http://elecciones.mesadeconcertacion.org.pe/static/download/MINSA_Plan_para_reducir_la_DCI_Anemia_2014_2016.pdf

29. Midori de Habich Rospigliosi. Ministra de Salud. Directiva Sanitaria N° 056-minsaidgsp.v.01-directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima 19 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/directia-santiara-suplementacion-hierro-multimicronutrientes-prevencion-anemia.pdf>.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene el propósito de identificar el tipo de Consejería proporcionada a las madres y su influencia en el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses, atendidos en el consultorio de CRED, en el C.S. Aparicio Pomares, Huánuco - 2015. Los resultados de la presente investigación proporcionarán información válida y confiable que permitirá reforzar e implementar estrategias dirigidas a los profesionales de la salud y a las madres y/o responsables del cuidado del niño, que aborden las prácticas alimentarias, atención y cuidados del niño, lo cual contribuirá en la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, Anemia y en el desarrollo del País.

RIESGOS PARA LA SALUD

El participar en el presente estudio no representa ningún riesgo para las madres y los niños, solo se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta).

CONFIDENCIALIDAD

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito ajeno a la investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Yo -----

Identificado con DNI N° ----- he sido informado por la Estudiante de Enfermería Srta. Elena Tucto García, acerca de los objetivos y proyección del trabajo de investigación titulado **“Consejería proporcionada a las madres en el Consultorio CRED y su influencia en el consumo de Multimicronutrientes en Niños de 6 a 18 meses en el C.S. Aparicio Pomares, Huánuco - 2015”**. Habiendo sido suficiente, oportuna y adecuadamente informada, acepto voluntariamente participar en la investigación como sujeto de la muestra y asumo la responsabilidad sobre los posibles riesgos.

Dejo constancia de que mi aceptación a participar no está condicionada a transacción monetaria alguna.

En constancia de lo anterior, firmo a los -----días del mes de -----.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA

ANEXO N° 01
GUIA DE OBSERVACION

CÓDIGO:

FECHA:.../.../....

TITULO DE ESTUDIO: Consejería proporcionada a las madres en el consultorio CRED y su influencia en el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud. Aparicio Pomares, Huánuco - 2015.

INSTRUCCIONES

Señora; por favor sírvase marcar con un aspa (x) la valoración que corresponde al criterio que se está evaluando, respecto al consumo de multimicronutrientes en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo. Para tal efecto, cíñase a la valoración de las equivalencias que contiene la tabla siguiente:

Gracias por su colaboración.

N°	ÍTEMS	SI	NO	OBSERVACIÓN
		1	0	
1	Acude regularmente al Centro de Salud para sus controles de Crecimiento y Desarrollo de su niño o niña.			
2	La madre administra multimicronutrientes a su niño o niña con las indicaciones correctas (su niño consume 1 sobre de multimicronutrientes por día).			
3	Los Multimicronutrientes se preparan, separar 2 cucharadas de comida sólida o espesa luego agregar 1 sobre completo de multimicronutrientes.			
4	Le brinda líquidos a su niño (a) después de darle la mezcla de multimicronutrientes.			
5	Le brinda a su niño (a) alimentos que tienen hierro.			
6	Almacena correctamente los sobres de multimicronutrientes en un lugar adecuado y seguro.			

7	¿Sabe en qué casos no se debe administrar los multimicronutrientes a su niño (a)?			
8	Prepara adecuadamente los Multimicronutrientes, bajo las indicaciones del enfermero (a).			
9	Dedica tiempo completo al cuidado de su niño (a).			

PUNTAJE:

Consumo adecuado de Multimicronutrientes	7 – 9 puntos
Consumo inadecuado de Multimicronutrientes	Menor de 6 puntos

ANEXO N° 02
CUESTIONARIO

CÓDIGO:

FECHA:.../.../...

TITULO DE ESTUDIO: Consejería proporcionada a las madres en el consultorio CRED y su influencia en el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el C.S. Aparicio Pomares, Huánuco - 2015.

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre la influencia de la consejería brindada a las madres y el consumo de multimicronutrientes en niños, por lo tanto se le solicita responder con la mayor sinceridad del caso. Para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) la respuesta que usted considere pertinente. La información proporcionada será manejada con carácter confidencial.

Gracias por su colaboración.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: Fecha de Nacimiento.....

2. GRADO DE INSTRUCCION

- a. Primaria incompleto ()
- b. Primaria completa ()
- c. Secundaria incompleta ()
- d. Secundaria completa ()
- e. Instrucción superior técnica ()
- f. Instrucción superior universitario ()
- g. Sin instrucción (analfabeta) ()

3. OCUPACION

- a. Ama de casa ()
- b. Trabajo independiente ()
- c. Comerciante ()
- d. Estudiante ()
- e. Empleada pública ()
- f. Otros.....

4. N° DE HIJOS _____

II. CONTENIDO

A. IMPORTANCIA DE LA PREVECIÓN DE LA ANEMIA.

1. ¿El enfermero(a) del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo le brindó orientación o consejería sobre la anemia?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

2. ¿Sabe Ud. qué es la anemia?

- a) Es una enfermedad en la que disminuye la hemoglobina de la sangre, existiendo palidez y cansancio.
- b) Es una enfermedad donde el niño pierde peso y talla.
- c) Es una enfermedad contagiosa.
- d) No sabe.

3. ¿Recibió orientación o consejería respecto a las causas de la anemia infantil, en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

4. ¿Cuáles son las causas de la anemia infantil?

- a. Consumo de golosinas y gaseosas.
- b. Consumo de alimentos con pocas vitaminas
- c. Falta de consumo de alimentos ricos en hierro
- d. Consumo de agua sin hervir.
- e. No sabe.

5. ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y Desarrollo le brindó orientación o consejería sobre las consecuencias que la anemia puede ocasionar en su niño (a)?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

6. ¿Qué consecuencias puede ocasionar la anemia en su niño(a)?

- a. El aumento de peso
- b. Falta de energía y bajo rendimiento escolar
- c. Fiebre, vómitos.
- d. La diarrea
- e. No sabe.

7. ¿Recibió orientación o consejería respecto al consumo de alimentos ricos en hierro, en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

8. ¿Por qué es importante consumir alimentos que contengan hierro?

- a. Ayuda a subir de peso
- b. Ayuda a prevenir la anemia y ayuda en el crecimiento del niño.
- c. Aumenta el tamaño de cabello
- d. Para no enfermarse de la gripe
- e. No sabe.

9.- ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y desarrollo le brindó orientación o consejería respecto al cumplimiento del esquema de suplementación de multimicronutrientes y controles periódicos?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

10.- ¿Por qué es importante cumplir el esquema de suplementación con multimicronutrientes y los controles periódicos del niño?

- a. Para combatir la neumonía
- b. Para combatir la diarrea
- c. Para aliviar dolores musculares
- d. Para evitar enfermedades de malnutrición en el niño(a).
- e. No sabe.

11.- ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y desarrollo le brindó orientación o consejería respecto a la importancia del dosaje de hemoglobina (análisis de sangre)?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

12.- ¿Qué prueba de laboratorio se emplea para confirmar el diagnóstico de la anemia?

- a) Análisis de heces (deposición).
- b) Examen físico del niño.
- c) Análisis de sangre (Hemoglobina)
- d) Análisis de orina
- e. No sabe.

13. ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y desarrollo le brindó orientación o consejería sobre la importancia de consumir alimentos ricos en hierro?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

14. ¿Sabe usted cuáles de estos alimentos contienen mayor cantidad de hierro?

- a. Embutidos, lentejas y verduras
- b. Zapallo, huevo, arroz y papas
- c. Frutas, aceitunas, pasas.
- d. Sangrecita, hígado, carnes y menestras.
- e. No sabe.

B. INDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SUPLEMENTO CON MULTIMICRONUTRIENTES.

15. ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y desarrollo le brindó orientación o consejería sobre la administración correcta y oportuna de multimicronutrientes?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

16. ¿Cuál es la dosis correcta para la administración de multimicronutrientes?

- a. 2 sobres al día
- b. 1 sobre completo por día
- c. 1 sobre por semana
- d. 3 sobres al día
- e. No sabe.

17. ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y desarrollo le brindó orientación o consejería sobre la preparación de los sobre de multimicronutrientes?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

18 ¿Sabe usted como se prepara el sobre de multimicronutrientes?

- a. En un vaso de agua se hecha 1 cuchara.
- b. Con jugos, café, leche
- c. En mazamoras, sopas.
- d. Separar 2 cucharadas de la comida y agregar 1 sobre completo.
- e. No sabe.

19. ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y desarrollo le brindó orientación o consejería sobre la importancia del consumo de toda la mezcla de multimicronutrientes?

- a) SI ()

b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

20 ¿Por qué es importante que su niño (a) consuma toda la mezcla del suplemento con multimicronutrientes?

- a. Le ayuda a no enfermarse de cólicos y gases.
- b. Le ayuda a no bajar de peso
- c. Porque evita la anemia y es bueno para su crecimiento y desarrollo
- d. Le ayuda a tener más ganas de comer
- e. No sabe.

21.- ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y desarrollo le brindó orientación o consejería sobre en qué casos puede suspender el uso de multimicronutrientes?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

22. ¿En qué casos usted suspenderá la administración de multimicronutrientes?

- a. Cuando el niño esta lloroso.
- b. Cuando el niño esta con antibióticos
- c. Cuando el niño esta con la gripe
- d. Cuando el niño esta desnutrido
- e. No sabe.

23.- ¿El enfermero(a) del consultorio de Crecimiento y desarrollo le brindó orientación o consejería sobre la adecuada conservación de los sobres llenos de multimicronutrientes?

- a) SI ()
- b) NO ()

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta.

24. ¿En qué lugar usted debe conservar adecuadamente los sobres de multimicronutrientes?

- a. En cualquier lugar de la casa.
- b. En el baño.

- c. En el dormitorio.
- d. En un lugar fuera de la luz solar y de la humedad.
- e. No sabe.

C. ELEMENTOS CLAVES DE LA CONSEJERÍA.

25.- ¿El enfermero (a) del consultorio de Crecimiento y Desarrollo le brinda confianza necesaria en el momento de la atención al niño(a) sano?

- a. Siempre ()
- b. Frecuentemente ()
- c. Casi nunca ()
- d. Nunca. ()

26.- ¿El enfermero (a) muestra interés cuando Ud. habla y responde a sus preguntas?

- a. Siempre ()
- b. Frecuentemente ()
- c. Casi nunca ()
- d. Nunca. ()

27.- ¿El enfermero (a) cuándo le habla le mira a los ojos?

- a. Siempre ()
- b. Frecuentemente ()
- c. Casi nunca ()
- d. Nunca. ()

28.- ¿El enfermero (a) del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo le hace preguntas para comprobar si Ud. ha comprendido lo que le ha explicado?

- a. Siempre ()
- b. Frecuentemente ()
- c. Casi nunca ()
- d. Nunca. ()

29.- ¿El enfermero (a) del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo le ayuda a tomar decisiones en beneficio de la salud de su niño?

- a. Siempre ()
- b. Frecuentemente ()
- c. Casi nunca ()

d. Nunca. ()

30.- ¿Considera que la información que le ha brindado el enfermero (a) sobre anemia y multimicronutrientes fue suficiente y clara?

a. Si ()

b. No ()

31.- ¿El enfermero (a) del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo elaboró con Ud. un plan de acción para evitar la malnutrición de su niño (a)?

a. Si ()

b. No ()

32.- ¿El enfermero (a) del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo refuerza la información que Ud. no comprendió durante la consejería?

a. Siempre ()

b. Frecuentemente ()

c. Casi nunca ()

d. Nunca. ()

33. ¿El enfermero (a) del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo registró los acuerdos tomados durante la consejería?

a. Si ()

b. No ()

34. ¿El enfermero (a) del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo permanentemente realiza el control y evaluación del consumo de los multimicronutrientes de su niño (a)?

a. Siempre ()

b. Frecuentemente ()

c. Casi nunca ()

d. Nunca. ()

Consejería de Enfermería.

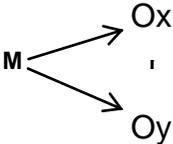
Buena	24– 34 puntos
Regular	12 – 23 puntos

Insuficiente	Menor de 11 puntos
--------------	--------------------

ANEXO N° 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones e indicadores	Metodología	Población y muestra	Técnicas
<p>Problema general</p> <p>“Consejería proporcionada a las madres en el consultorio CRED y su influencia en el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud. Aparicio Pomares, Huánuco - 2015”</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Objetivo general.-</p> <p>Evaluar la consejería proporcionada a las madres en el Consultorio CRED y su influencia en el consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco en el año 2015.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación significativa entre la consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre la consejería proporcionada a las madres y el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Hi1: La consejería proporcionada a las madres, está relacionada con la administración de la dosis correcta de multimicronutrientes.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Consejería proporcionada a las madres, en el consultorio CRED.</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.</p> <p>Variables intervinientes</p> <p>Nivel de instrucción de la madre.</p> <p>Edad</p>	<p>Importancia de la prevención de la anemia.</p> <p>Indicadores:</p> <p>*Definición de la anemia.</p> <p>*Describe causas y consecuencias de la anemia en el desarrollo infantil.</p> <p>*Conoce la importancia de hierro y multimicronutrientes en un niño menor de 18 meses.</p> <p>*Describe la importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y controles periódicos.</p> <p>*Conoce y valora la importancia del dosaje</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Correlacional</p> <p>Metodológico</p> <p>Correlacional</p> <p>Diseño</p> <p>Correlacional y según su clasificación es:</p> <p>Prospectivo.</p> <p>El diseño se diagrama de la siguiente manera:</p>	<p>Población</p> <p>Estará constituido por madres de los niños de 6 a 18 meses que acuden regularmente al C.S Aparicio Pomares, Huánuco.</p> <p>Criterios de Inclusión: Se incluirá en el estudio a las madres que:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Madres y/o responsables de niños que aceptan participar en la muestra de estudio. •Madres que acepten voluntariamente a ser parte del estudio previo consentimiento informado. •Madres sin trastornos o alteraciones mentales 	<p>Cuestionario</p> <p>Consejería proporcionada a las madres, en el consultorio CRED.</p>

	<p>1.3.2.- Objetivos específicos.-</p> <p>Determinar las características sociodemográficas en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, en el año 2015.</p> <p>Determinar las características del consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, en el año 2015.</p> <p>.Determinar el tipo de consejería</p>	<p>Hi2: La consejería proporcionada a las madres, está relacionada al consumo efectivo y oportuno de multimicronutrientes.</p> <p>Hi3: La consejería proporcionada a las madres, está relacionada con las condiciones adecuadas de almacenamiento de multimicronutrientes.</p>		<p>de hemoglobina.</p> <p>*Brinda al niño alimentos ricos en hierro.</p> <p><u>Indicaciones para la administración del suplemento con multimicronutrientes.</u></p> <p>*Administración correcta y oportuna del suplemento con multimicronutrientes.</p> <p>*Importancia del consumo de toda la mezcla preparada con el suplemento de multimicronutrientes.</p> <p>*Indicaciones para la suspensión del suplemento con multimicronutrientes.</p> <p>*Conservación y almacenamiento adecuado de los sobres de multimicronutrientes.</p> <p><u>Elementos claves de la consejería.</u></p>	 <p>Dónde: M = Muestra N1, n2 son = observaciones en cada variable. r= recolección.</p>	<p>de niños de 6 a 18 meses que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud de Aparicio Pomares.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Madres que hablen castellano. •Madres que pertenezcan a la jurisdicción del Centro de Salud. <p><u>Criterio de Exclusión:</u></p> <p>No se considerara a las madres que:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Madres que no acepten firmar el consentimiento informado. •Madres de niños mayores de 18 meses. •Madres con algún trastorno o alteración mental. •Madres que tengan limitaciones para 	<p>Guía de observación o lista de chequeo.</p> <p>Consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses.</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

	<p>proporcionada a las madres en el Consultorio CRED y su influencia en el consumo de Multimicronutrientes en niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, en el año 2015.</p> <p>Determinar la relación entre la consejería proporcionada a las madres con la administración correcta de multimicronutrientes a niños de 6 a 18 meses en el</p>			<p>*Iniciar una relación de confianza.</p> <p>*Habilidades de comunicación interpersonal.</p> <p>*Evaluación o explicación de la situación o problema.</p> <p>*Orientar y guiar para la toma de decisiones.</p> <p>*Información suficiente y relevante.</p> <p>*Elaborar un plan de acción.</p> <p>*Evaluación y refuerzo.</p> <p>*Registro de acuerdos tomados.</p> <p>*Seguimiento de acuerdos tomados.</p> <p>Tipo de variable:</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cuantitativa</p>		<p>comunicarse (sordomudos).</p> <p>•Fueron parte de la prueba piloto.</p> <p><u>Muestra</u></p> <p>36 Madres de niños de 6 a 18 meses, que asisten regularmente al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el C.S. Aparicio Pomares</p>	
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>Centro de Salud Aparicio Pomares, en el año 2015.</p> <p>Determinar la relación entre la consejería proporcionada a las madres con el consumo efectivo y oportuno de multimicronutrientes a niños de 6 a 18 meses en el Centro de Salud Aparicio Pomares, en el año 2015.</p> <p>Determinar la relación entre la consejería</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	proporcionada a las madres con las condiciones adecuadas de almacenamiento de multimicronutrientes.						
--	---	--	--	--	--	--	--

FOTOS ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JECUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION





