



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**FACTORES QUE CONDICIONAN EL CONSUMO DE
MULTIMICRONUTRIENTES SEGÚN
EL CUIDADOR PRIMARIO, 2017**

Tesis para optar el Título de Licenciado (a) en Enfermería

INVESTIGADORES

**CARMEN ATANACIO, ARTURO
CARRASCO CUNYA, AMELY DEL ROSARIO
CORONEL CHAFLOQUE, FRANK ANTHONY**

Lima – Perú

2018

Mg. Raquel Meléndez De la Cruz.

ASESORA

ÍNDICE

Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos del estudio	7
2.1 Objetivo General.....	7
2.2 Objetivos Específicos	7
III. Material y Métodos	8
3.1 Diseño de investigación.....	8
3.2 Población y muestra.....	8
3.3 Operacionalización de variables	9
3.4 Procedimiento y técnica de recolección de datos	10
3.5 Plan de Tabulación y Análisis	11
IV. Resultados.....	12
V. Discusión	16
VI. Conclusiones.....	21
VII. Recomendaciones	22
VIII. Referencias Bibliográficas	23
IX. Anexos	26

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que condicionan el consumo de multimicronutrientes (MMN) en niños de 6 a 35 meses desde la perspectiva del cuidador primario en el puesto de salud “Cerro la Regla” de San Martín de Porres entre el mes de Octubre y Noviembre del 2017. *Materiales y métodos:* Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo transversal, tomando en cuenta una muestra de 198 cuidadores primarios de niños que pertenecen al programa de suplementación con MMN. La técnica que se utilizó es la encuesta cara a cara y el instrumento es un cuestionario elaborado por los propios investigadores. *Resultados:* Se identificó que el principal cuidador primario es la mamá con un 85.9 %, que se encuentra en la etapa de vida adulto joven con 71.7 %, con grado de instrucción de nivel secundario de un 65.7%, y que en un 74.2 % no han recibido visitas domiciliarias con motivo de supervisar o reforzar conocimientos sobre los MMN, además de ello se identificó que la frecuencia de administración de los MMN es de manera diaria en un 66.7%, sumado a ello se evidenció que un 63.6% de los beneficiarios presentaron algún malestar por el consumo del suplemento donde solo un 26.3% continuó con el consumo de MMN y un 34.8% dejó de darlo por un tiempo para luego retomarlo.

Palabras claves: factores, micronutrientes, cuidador.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors in the consumption of multimicronutrients (MMN) in children aged 6 to 35 months aged from the perspective of the primary caregiver at the "Cerro la Regla" health post from San Martin de Porres between the month of October and November, in 2017. *Materials and methods:* A study was carried out with a quantitative approach and cross-sectional descriptive, taking into account a sample of 198 primary caregivers who belong to the MMN supplementation program. The technique used is the face-to-face survey and the instrument is a questionnaire prepared by the researchers themselves. *Results:* It was identified that the main primary caregiver is the mother with 85.9%, who is in the young adult life stage with 71.7%, with a secondary level of 65.7%, and in 74.2% they have no received home visits in order to supervise or reinforce knowledge about MMNs, in addition to this it was identified that the frequency of administration of MMNs is daily by 66.7%, added to this it was evidenced that 63.6% presented some discomfort for the consumption of the supplement where only 26.3% continued with the MMN consumption and 34.8% stopped giving it for a time to resume it then.

Key Words: Factors, multimicronutrients, caregivers.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios la enfermería comunitaria ha sido de suma importancia para la población en el sistema de salud a través del desarrollo de actividades de promoción, prevención y control nos permite el abordaje de diversas enfermedades que puedan derivar de los estilos de vida de la población, teniendo como eje la intervención de enfermería en las necesidades de salud más frecuentes en las personas a través de la atención intramural y extramural. Uno de los problemas de salud con gran magnitud y severidad presente en los niños menores de 5 años es la desnutrición y la anemia infantil. Es por ello que serán de suma importancia los cuidados del profesional enfermero a través de intervenciones que permitan contribuir con el adecuado desarrollo del niño, en el marco del Modelo Integrado de Salud (MAIS) basado en la familia y la comunidad (1).

Según el análisis de la situación nacional del Perú (ASIS), dentro de los 21 problemas prioritarios en salud se encuentra la desnutrición crónica y su relación con la anemia en niños menores de 5 años; en especial con los menores de 3 años, que son una población vulnerable y a pesar de que se han implementado múltiples estrategias para mantener un adecuado crecimiento y desarrollo, sigue siendo recurrente el problema de anemia infantil, que los expone a contraer múltiples enfermedades, constituyéndose en los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano (2).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, esta problemática venía abarcando un 32.9% durante el año 2012, sin embargo en el 2014 aumentó a 35.6%, para finalmente en el año 2016 disminuir a un 33.3% acrecentándose más en la población entre los 7 y 18 meses ya que casi la mitad de la población de los niños entre estas edades se encontraban con anemia en un 62.1%, mientras que la población entre los 36 y 47 meses solo mostraba un 17.5% de incidencia de anemia (3).

En Perú de acuerdo con el Plan Nacional de reducción y control de la anemia y la desnutrición crónica infantil: 2017-2021, cuya finalidad tiene combatir y disminuir la prevalencia de la desnutrición y la anemia en niños menores de 3 años y gestantes, mediante la entrega de suplementos, nos dice que en promedio la ingesta de hierro en

niños de 06 a 18 meses es de 4,3 mg/día, y el 90.9% mostró un consumo de este micronutriente por debajo de las recomendaciones (10 mg/día) indicando que solo cubre un tercio de las necesidades diarias, dándonos una situación actual de 620 mil niños menores de 3 años anémicos (43.6%) de 1.6 millones a nivel nacional (4, 5).

Sumado a ello la DIRECTIVA SANITARIA N° 056 -MINSA/DGSP. V.01 establece la suplementación con multimicronutrientes (MMN) y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses, cuya finalidad es reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro, la protección de su estado y desarrollo infantil (6).

Actualmente el programa es manejado por el profesional de enfermería como parte de la atención integral de salud del niño en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño sano (CRED), es aquí donde se brinda la consejería al cuidador primario, enfatizando contenidos como la prevención de la anemia a través del uso adecuado del suplemento con multimicronutrientes (7). Además de ello el programa consideró las visitas domiciliarias como parte del seguimiento del tratamiento con MMN.

En la práctica comunitaria el abordaje de enfermería en la promoción de la salud se realiza mediante la alimentación saludable y prevención de la anemia a través de los consultorios de CRED, donde se observó que aún existen aspectos por fortalecer en el actuar del cuidador primario con respecto a la administración de los MMN, hay escasa asistencia a la consulta de CRED, no combinan el suplemento de manera adecuada, no cumplen con la totalidad de la dosis del suplemento. Por otra parte las madres refieren que el niño no lo quiere consumir por los malestares que generan los multimicronutrientes en algunos niños. Además se puede notar la gran demanda de atención, educación, de orientación de los usuarios, sumado al escaso personal de salud.

Los MMN son por lo tanto, suplementos nutricionales, los cuales tienen una presentación en polvo o también conocido generalmente como “Chispitas”, es brindado por el Ministerio de Salud como estrategia nacional a los niños menores de 35 meses para poder combatir los altos índices de desnutrición y anemia en nuestro país (8). Los multimicronutrientes están comprendidos por hierro productor principal de hemoglobina (9), zinc que favorece en el desarrollo infantil, ácido fólico que contribuye a la producción de glóbulos rojos, vitamina A que favorece los procesos de regeneración celular y vitamina C requerida para diferentes reacciones metabólicas (10).

Su composición está comprendida por: hierro (12.5 mg): mineral esencial usado para la producción de hemoglobina en los eritrocitos, mioglobina en músculos y ferritina (11). Zinc (5 mg): Tiene como función ayudar en el desarrollo infantil. La disminución de este elemento podría causar restricción en el crecimiento infantil disminuyendo el sistema inmunológico. Ácido Fólico (0.16 mg): Contribuye a la producción de glóbulos rojos, sirve para prevenir la anemia en niños. Su deficiencia causa limitaciones en el crecimiento y desarrollo cognitivo (12). Vitamina A (300 ui): Su déficit causa alteraciones de la visión, puede afectar el crecimiento del niño ya que está relacionada con los procesos de regeneración de las células. Vitamina C (30 mg): Tiene como función principal mejorar la absorción del hierro, por otro lado, la poca ingesta podría traer como consecuencia úlceras de la mucosa oral, cuadros de anemia, sequedad en piel y ojos, debilidad muscular.

A partir de estudios realizados por diversos autores y nuestra experiencia dentro del campo comunitario se pudo evidenciar la importancia que tiene la participación del cuidador primario en la administración de MMN para el consumo de estos. Es por ello que el estudio busca conocer a través del punto de vista del cuidador primario, los factores que condicionan el consumo de los multimicronutrientes. Los factores que se han considerado, de acuerdo a la base teórica son:

Perfil del cuidador primario, los cuidadores primarios, son aquellos que se encargan de la atención y cuidado, están a cargo de los menores los cuales dependen de ellos ya que requerirán una atención especial y apoyo práctico de acuerdo a la etapa de vida. Las madres, quienes son las que en su mayoría desempeñan el rol de cuidador primario y los niños quienes desempeñan la persona a cuidar deben permanecer juntos y tener el apoyo que necesiten para recibir la opción alimentaria más apropiada entre las disponibles (13). Alternativamente, en caso la madre tenga dificultades para ejercer su rol de cuidador primario, puede tener apoyo de una persona de su entorno cercano de tal forma que esta pueda asumir parte de dicho rol (14).

La influencia que tendrá el cuidador primario después de los 6 meses de edad del niño será trascendental, ya que después de esta edad la leche materna pasará a ser un complemento de su alimentación porque las necesidades de energía y nutrientes del niño empiezan a ser superiores. La nutrición óptima que reciba el niño a cargo del cuidador

primario durante esta etapa de vida puede llegar a disminuir enfermedades crónicas y mejorar su crecimiento y desarrollo (13).

La edad del cuidador primario, es un atributo cronológico individual, que reflejará el nivel de maduración física, psicológica y emocional en la toma de decisiones que tendrá que afrontar en búsqueda de un nivel óptimo de salud para el niño menor de 5 años. Los grupos de familias con padres jóvenes son en su mayoría los que experimentan por primera vez la paternidad, lo cual se verá reflejado directamente en el niño y sus necesidades nutricionales de los primeros años de vida, ya que muchos de ellos no cuentan con ninguna experiencia en el cuidado del menor, y esto se verá evidenciado en su crecimiento y desarrollo (3). Por otro lado los padres de mayor edad tendrán un conocimiento cuya base será la experiencia adquirida en la primera paternidad pero aún este conocimiento carece de una información adecuada para el requerimiento nutricional de sus hijos (10).

El grado de instrucción del cuidador primario, es un determinante social de salud muy importante, siendo un factor que puede limitar significativamente la captación, comprensión y retención de información acerca del consumo de los MMN (3).

Con respecto a la ocupación y estado civil; Según ENDES 2016; nos dice que las mujeres que participan en la actividad económica del hogar son los grupos de mujeres divorciadas, separadas y viudas acrecentándose aún más en mujeres que tienen cinco o más hijos. Lo cual indica que las mujeres que se encuentran laborando disponen de menos tiempo para atender la nutrición de sus hijos; y que ese es el principal motivo por el cual no asisten de manera continua a las consultas y entregas de multimicronutrientes, disminuye la calidad de la administración y consumo del Multimicronutrientes del niño (3).

Factor Institucional

La entrega del multimicronutriente, se realiza dentro del servicio de salud previa evaluación del niño y consejería por parte de los prestadores de salud, ya que se les manda a realizar un tamizaje de anemia y parasitosis. El suministro de MMN es de 30 sobres contenidos en una caja que equivale al consumo de un sobre por día que se realizará durante el mes; este programa abarca 12 entregas y por ende el cuidador primario tendrá que asistir al centro de salud mensualmente así no coordinen sus

controles con la entrega del MMN. En el caso de que el cuidador primario tenga dificultades para acercarse al establecimiento de salud puede coordinar con los prestadores de salud para que se le brinde MMN para los meses que el niño no tiene CRED.

La consejería de enfermería, dentro del área de CRED es importante dado que permite entablar un diálogo entre enfermera-paciente (cuidador primario), en el cual el profesional de enfermería facilitará el proceso de la toma de decisiones de los cuidadores con el fin de ayudar a mejorar la salud de los menores (10). La consejería se debería enfocar en dar las indicaciones para un adecuado consumo, educar con respecto a la conservación y uso del suplemento, explicar sus beneficios, como también fomentar las buenas prácticas de alimentación y nutrición del niño (6). Según la Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, la consejería del profesional de salud debe darse en cada control; en este caso de 6 a los 11 meses es de manera mensual, de los 12 a 22 meses cada 2 meses y de los 24 a los 36 meses el control del niño es cada tres meses (9).

Las visitas domiciliarias, son actividades del equipo de salud que consiste en poder brindar una atención sistemática a los cuidadores primarios y a los niños en el lugar donde viven; este actuar permite al profesional de enfermería hacer el seguimiento y aclarar las diferentes dudas que presente el cuidador primario para favorecer la continuidad del tratamiento con el suplemento. Según la Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses, el seguimiento se hace a través de las visitas domiciliarias, con un instrumento denominado “Ficha de monitoreo de la suplementación en la vivienda”; donde se recomienda realizar por lo menos tres visitas en la cual la primera de ellas sea en la segunda semana de haberse iniciado el tratamiento, luego la segunda visita que se debería realizar a los dos meses de inicio con los multimicronutrientes y posterior a ello una tercera visita a los 9 meses desde su primera dosis de suplementación con multimicronutrientes (6).

Factor Consumo

Preparación y tipos de alimentos con que serán combinados los multimicronutrientes, la cual va a depender de la forma en que va a ser brindado al niño de 06 a 35 meses, si lo

está haciendo adecuadamente y si cumple con darle todos los sobres durante el tiempo establecido. El MINSA mediante su plan para la reducción de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia en el país 2014-2016 del programa Nutriwawa nos da los pasos para llegar a una buena administración de los MMN, los cuales son: Lavarse las manos con agua y jabón, separar dos cucharadas de comida de consistencia espesa como papillas, puré o segundos en las cuales se mezclará el MMN, dárselas al niño de forma completa y continuar con el resto de la comida. Es importante recordar también que no se puede mezclar en jugos, leche, sopas, únicamente en alimentos sólidos (5).

Para el niño que consume el MMN, una de las características más importantes es el sabor, el cual según el Ministerio de Salud del Perú mediante su Plan para la disminución de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia nos indican que estos MMN no tienen un olor ni sabor desagradable, pero se puede evidenciar en investigaciones que madres refieren que algunos niños dejan de consumirlo por su sabor; sin tener en cuenta que el sabor de este multimicronutriente se puede ver afectado si la comida está demasiado caliente o fría ya que con el fin de enmascarar el sabor metálico del hierro, los MMN están recubiertos con una fina capa de lípidos (5). La temperatura de fusión de los lípidos es de alrededor 60 ° C, por lo tanto si se añade a comidas de mayor temperatura, esta capa de lípidos se disolverá y la comida estará expuesta al hierro, cambiando así de color y tomando un sabor metálico (10).

Otra de las características son los malestares después consumo de hierro a través de los MMN, se encuentra el estreñimiento, generando incapacidad para poder producir una evacuación normal ya que este tendrá una carga magnética que afectará a los músculos y nervios de los intestinos y en consecuencia, disminuyendo el peristaltismo (15).

El estudio sobre los factores que condicionan el consumo de multimicronutrientes tiene el propósito de generar evidencia científica sobre los factores que condicionan el consumo de MMN con la finalidad de facilitar el actuar de enfermería con respecto al abordaje de la intervención al realizar actividades orientadas a la educación del cuidador primario relacionadas al consumo de los multimicronutrientes y de esta manera beneficiar a los niños a través de sus cuidadores.

CAPITULO II

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que condicionan el consumo de multimicronutrientes en niños de 6 a 35 meses desde la perspectiva del cuidador primario en el puesto de salud “Cerro la Regla” de San Martín de Porres entre el mes de Octubre y Noviembre del 2017.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil del cuidador primario, en el consumo de los multimicronutrientes de niños de 06 a 35 meses.
- Identificar las características del factor institucional, en el consumo de los multimicronutrientes según el cuidador primario.
- Identificar las características del factor consumo en niños de 06 a 35 meses según el cuidador primario

CAPITULO III

MATERIAL Y MÉTODO

4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque es cuantitativo y es de tipo descriptivo transversal.

Transversal porque se analizan las dimensiones en un punto determinado del tiempo.

Descriptivo porque permite detallar las características más importantes de los factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Constituida por 425 cuidadores primarios de niños de 6 a 35 meses que se encontraban participando del Programa de Suplementación con Multimicronutrientes del Puesto de Salud “Cerro la Regla” ubicado en el distrito de San Martín de Porres que pertenece a la RED “V Rímac-Smp-LO” en el periodo Octubre – Noviembre del 2017. (Datos obtenidos del Servicio de Estadística del Puesto de Salud Cerro la Regla).

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Cuidador primario que tenga a niños entre las edades de 6 a 35 meses y que se encuentren participando en el programa de suplementación con multimicronutrientes del puesto de salud “Cerro la Regla”
- Cuidador primario que desee participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Cuidador primario que tenga dificultades para participar en el estudio.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 198 cuidadores primarios de niños y niñas de entre 06 y 35 meses que se encontraban participando del Programa de Suplementación, los cuales fueron escogidos por muestreo probabilístico: muestreo aleatorio simple (Anexo 03).

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicador
Factores que condicionan el consumo de multimicronutrientes en niños.	Son aquellas condiciones que van a caracterizar desde la perspectiva del cuidador primario el consumo de los multimicronutrientes en los niños de 06 a 35 meses.	Perfil del cuidador primario	Conjunto de características del cuidador primario responsable que brinda los multimicronutrientes y que está a cargo del cuidado del niño.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Parentesco • Grao de instrucción • Estado civil • Ocupación • N° de niños a su cuidado
		Institucional	Características de la aplicación de la normatividad del programa en cuanto a su ejecución y seguimiento por el establecimiento de salud, adquirida a través de un cuestionario.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de entrega • Frecuencia de consejería • Percepción de consejería • Frecuencia de visitas domiciliarias
		Consumo	Son aquellas características observadas en el niño de 6 a 35 meses que influyen en el consumo del MMN. Adquiridas a través de un cuestionario.	<ul style="list-style-type: none"> • N° de cucharadas • Cantidad del sobre usado • Preparación • Temperatura • Frecuencia de administración • Persona encargada de la administración • Cantidad de la preparación que come • Uso del sobre en una sola comida • Presencia de malestares en el consumo • Tipo de malestar • Continuación del consumo después del malestar

4.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar la investigación primero se envió una solicitud de inscripción dirigida a la Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Facultad de Enfermería. Asimismo, se presentó el proyecto al Comité Institucional de Ética de la UPCH, quien aprobó la realización de la investigación. Posteriormente se hizo la coordinación respectiva con el médico jefe del Puesto de Salud Cerro La Regla, la supervisora de enfermeras de dicho establecimiento y la enfermera encargada del servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) para la realización de las entrevistas a los cuidadores primarios que acudan al puesto de salud.

Seguidamente, se procedió a abordar a los cuidadores primarios antes de pasar por el consultorio de CRED con el niño, informándole sobre el estudio, dándole a conocer los objetivos, propósito, los procedimientos de esta investigación y explicándole la importancia de su participación dentro de esta investigación. Los cuidadores primarios al acceder a participar en este estudio se solicitó llenar el consentimiento informado (anexo 01). Además se les garantizó la confidencialidad de la información brindada, haciendo énfasis en que no se colocaron sus nombres en los instrumentos, pero que estos fueron reemplazados por códigos.

Posteriormente se dio inicio la aplicación del instrumento (anexo 02), mediante la técnica de la encuesta cara a cara en la que los investigadores participaron formulando las preguntas y los cuidadores dando las respuestas de este instrumento, en un promedio de 15 a 20 minutos. La distribución de la recolección de datos de los cuestionarios se organizó de la siguiente manera: cada investigador aplicó 6 a 7 cuestionarios de manera individualizada a cada cuidador durante 4 semanas de lunes a sábado de 8:00 de la mañana hasta la 1:00 de la tarde.

El instrumento es el cuestionario que se encuentra constituido por preguntas cerradas con respuestas de opción múltiple. Dicho instrumento se encuentra estructurado en 4 factores: Perfil del cuidador primario, factor institucional, factor administración y factor consumidor, que reúne 21 preguntas en total (anexo 02). Dividida de la siguiente forma:

- Perfil del cuidador primario (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6)
- Factor institucional (preguntas 7, 8, 9, 10)
- Factor consumo (preguntas 11, 12, 13, 14, 15, 16,17, 18, 19, 20, 21)

El instrumento que se empleó en el estudio es de autoría de los investigadores.

Validación del instrumento: La validez fue evaluada mediante juicio de expertos, para lo cual se contó con el apoyo de 08 licenciadas de enfermería, 01 estadista. El resultado de juicio de expertos fue sometido a la prueba binomial, dando por resultado un valor de P de 0.0045, siendo este inferior a 0.05 lo cual evidenció la validez del contenido del instrumento (anexo 04).

Confiabilidad del instrumento: Para esta investigación no se realizó una prueba piloto por motivos de que se busca describir factores que condicionan el consumo de MMN según el cuidador primario, más no la búsqueda de algún grado de conocimiento, por lo que solo se consideró el juicio de expertos para la confiabilidad del instrumento tomando en cuenta la opinión del asesor estadista.

4.5.TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez obtenida la información a través del instrumento, se procedió a agrupar y ordenar los datos siendo ingresados al sistema informático con la finalidad de elaborar una base de datos, utilizando el programa Microsoft Office Excel 2010, en el que se efectuó la tabulación de los mismos.

Se hizo uso de tablas de doble entrada que contienen la totalidad de la información obtenida y presentadas en tablas de frecuencia y porcentajes de todas las dimensiones evaluadas para analizar los resultados, contrastándose con el marco teórico.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla 1

Perfil del cuidador primario- Puesto de Salud “Cerro la Regla”-SMP, 2017

Perfil del cuidador primario	N°	%
Edad		
Adolescente Tardía (15 - 19)	13	6.6
Adulto Joven (20 - 35)	142	71.7
Adulto Maduro (35 a mas)	43	21.7
Parentesco		
Mamá	170	85.9
Papá	20	10.1
Otros	8	4
Grado de instrucción		
Primaria	15	7.6
Secundaria	130	65.7
Superior	53	26.8
Estado civil		
Soltero	35	17.7
Casado	38	19.2
Conviviente	125	63.1
Otros	0	0
Ocupación		
Ama de Casa	125	63.1
Estudiante	10	5.1
Trabaja	63	31.8
N° de niños a su cuidado		
1	116	58.6
2	62	31.3
≥ 3	20	10.1

n=198

En la tabla 1, se puede observar que en el perfil del cuidador primario el 71.7% de la muestra pertenece a la categoría de adulto joven, siendo este en su mayoría madres con un 85.9%, con estado civil de convivientes en el 63.1 % de los casos.

Tabla 2**Características del factor institucional en el consumo de Multimicronutrientes según el cuidador primario- Puesto de Salud “Cerro la Regla”-SMP, 2017**

Características del factor institucional	N°	%
Frecuencia de entrega de MMN según cuidador primario		
Mensual	129	65.2
Cada 2 meses	55	27.8
≥ a 3 meses	14	7.1
Percepción de consejería de MMN según el cuidador primario		
Suficiente	111	56.1
Regular	77	38.9
Insuficiente	10	5.1
Frecuencia de visitas domiciliarias		
3 Veces	14	7.1
2 Veces	13	6.6
1 Vez	24	12.1
Nunca	147	74.2

n=198

En la tabla 2, uno de los puntos más resaltantes es la escasa frecuencia de visitas domiciliarias a los niños del programa de suplementación con MMN con un 74.2%, también podemos observar que en un 65.2% se da de manera mensual los MMN, ahora si nos enfocamos en lo que respecta a cómo perciben la información que es brindada por el personal de enfermería tenemos un total de 56.1% de cuidadores primarios entrevistados que refieren que es suficiente la educación recibida.

Tabla 3

**Características del factor consumo, desde la perspectiva del cuidador primario-
Puesto de Salud “Cerro la Regla”-SMP, 2017**

Factor consumo	N°	%
N° de cucharadas de alimento con la que se mezcla el MMN		
Una	31	15.7
Dos	116	58.6
Tres a más	51	25.8
Alimentos con el que se consume los MMN		
Segundos, Papillas y/o Mazamorras	183	92.4
Sopas	9	4.5
Bebidas	6	3
Otros	0	0
Temperatura en que se preparan los MMN		
Frio	2	1
Tibio	166	83.8
Caliente	30	15.2
Frecuencia de administración de los MMN		
Diario	132	66.7
Interdiario	52	26.3
Cuando se acuerda	14	7.1
Cantidad de la preparación con MMN come el niño		
2 cucharadas	128	64.6
1 cucharada	70	35.4
Utilizó el sobre MMN en una sola comida		
Sí	185	93.4
No	13	6.6
Presencia de malestares con el consumo de MMN		
Sí	126	63.6
No	63	31.8
A veces	9	4.5
Continúa...		

Continúa...

Factor consumo	N°	%
Malestar que presentó en niño al consumir MMN		
Diarrea	24	12.1
Estreñimiento	46	23.2
vomito	25	12.6
Heces de color oscura	12	6.1
Más de una alternativa	28	14.1
Ninguno	63	31.8
Continuación del consumo de MMN después del malestar		
Sí	52	26.3
No	14	7.1
Dejo de darle por un tiempo y luego lo retomó	69	34.8
Sin respuesta	63	31.8

n=198

En la tabla 3, relacionado con el factor consumo se puede observar que los alimentos más utilizados son los segundos, papillas y/o mazamorra con un 92.4%, donde un 83.8% preparaban los MMN en alimentos tibios, otro de los puntos más resaltantes es que un 63.6% presentó malestar luego del consumo. Dicho enunciado se verá evidenciado en los principales malestares, el cual es el estreñimiento con un 23.2%, Si bien un 7.1% de personas interrumpieron el consumo de los MMN, hubo un porcentaje de 34.8% que dejaron de darle por un tiempo y lo retomaron posteriormente.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Esta investigación se realizó con la finalidad de contribuir a la identificación de factores que se encuentren presentes en el consumo de MMN y así poder orientar el actuar de enfermería con respecto al abordaje de las actividades de los cuidadores primarios, teniendo como población beneficiada al profesional de enfermería, ya que sabrá qué puntos debe priorizar en el abordaje del presente tema; el cuidador primario, ya que en él se van a identificar los diversos factores que se encuentren presentes en el consumo de MMN y los niños porque se beneficiarán con cada uno de los resultados de esta investigación.

Consideramos que los factores son aquellos condicionantes que van a determinar en esta investigación el consumo de los MMN respecto al actuar de los cuidadores primarios como encargados de la administración de este suplemento (16).

En lo que concierne al perfil del cuidador primario, el 85.9 % está constituido por las madres quienes están al cuidado del niño (Tabla 1). La importancia del cuidador primario radica en que es aquel familiar que debe hacer frente a las necesidades humanas básicas en la niñez tanto a nivel físico, psicológico y social (17). Este aspecto concuerda con la base teórica que nos indica que en su mayoría son las madres quienes tienen el rol de cuidador primario, este binomio deberá tener el apoyo que necesiten para recibir la opción alimentaria más apropiada entre las disponibles (13).

Otro hallazgo respecto al perfil del cuidador primario es que la edad oscila entre los 20 a 35 años, estando en la etapa de vida de adulto joven con un 71.7 % (Tabla 1). La edad del cuidador primario, es un atributo cronológico individual, que reflejará el nivel de maduración física, psicológica y emocional en la toma de decisiones que tendrá que afrontar en la búsqueda de un nivel óptimo de salud para el niño menor de 5 años (10). Son ellos quienes tendrán que tomar decisiones con respecto a la alimentación de sus hijos; por ello es importante reforzar la educación a cada cuidador primario dado que son ellos quienes brindan los MMN, poniendo mayor énfasis en el grupo de adolescentes (6.6%), dado que son un grupo de mayor vulnerabilidad para la toma

decisiones que puedan afectar la alimentación del niño, más aun si no cuentan con el apoyo familiar necesario.

Con respecto al grado de instrucción del cuidador primario se observa que el 73.2% únicamente cuenta con secundaria o primaria versus un 26.8 % que cuenta con estudios superiores (Tabla 1). El grado de instrucción es importante dado que esto influirá en una adecuada captación de la información durante las consejerías (5). Sin embargo, Almendarez (18) en su estudio concluye que las madres tienen mejores destrezas empíricas aún con conocimientos poco aceptables. Es por ello que es importante que el profesional de enfermería busque diferentes estrategias para aumentar los conocimientos de los cuidadores primarios de tal manera que puedan contribuir al consumo adecuado de MMN.

Otro dato de mayor predominancia en el perfil cuidador primario es la ocupación y estado civil, indicándonos que el 63.1 % de los cuidadores primarios son convivientes y el 63.1% tienen como ocupación ser amas de casa (Tabla 1). Con respecto a ello se sabe que las mujeres que participan en la actividad económica del hogar mayormente son los grupos de mujeres divorciadas, separadas y viudas acrecentándose aún más en mujeres con 2 o más hijos, según ENDES en el 2016 (3). Lo cual indica que si se encuentran laborando disponen de menos tiempo para atender la nutrición de sus hijos; motivo por el cual no asisten de manera continua a las consultas y entregas de MMN (19).

Según los datos estadísticos nos indican que el 58.6% son padres primerizos y 41.4 % son padres que tienen dos a más hijos (Tabla 1). Las familias que experimentan la paternidad por primera vez, son aquellas en las que puede evidenciar mayores problemas nutricionales en sus niños en los primeros años de vida y a esto se le podría atribuir el poco conocimiento de prácticas adecuadas del cuidado del niño trayendo como consecuencia problemas en el crecimiento y desarrollo (3). Por otro lado, también tenemos a las familias que tienen experiencia adquirida en la primera paternidad, sin embargo, este conocimiento no es suficiente para brindar un adecuado requerimiento nutricional para sus hijos (13). Esto podría guardar cierta relación con lo que nos dice el MINSA, que en 2014 casi la mitad de la población infantil menor de 2 años con un 47.9% se encontró con anemia (2).

Con respecto a las características del factor institucional según la perspectiva del cuidador primario (tabla 2), un 65.2% de ellos reciben los MMN de manera mensual, percibiendo sólo un 56.1% que la consejería que se les brinda sobre la administración de MMN por parte del profesional de salud es suficiente. Es importante la consejería que se le da a cada cuidador primario dado que aquí es donde la enfermera va brindar educación acerca del correcto uso de los MMN, fomentando las buenas prácticas de alimentación y nutrición del niño (6). Adicionalmente la enfermera en las consejerías podría realizar el seguimiento para el cumplimiento del tratamiento e identificar las dificultades y dudas que tengan cada cuidador primario para resolverlas en la medida de lo posible, además es importante que apliquen un adecuado “feedback” para asegurarse que el cuidador primario este entendiendo de forma correcta la información que se le está brindando. Al ser contrastado con la base teórica, Junco (19) menciona que los principales factores que limitan la efectividad de los multimicronutrientes son la debilidad de una sesión educativa y la frágil preparación del agente de salud.

Otro aspecto a tomar en cuenta es lo sociocultural, algunos de los cuidadores provienen de la sierra y selva, por lo que será necesaria una adecuación por parte del proveedor de salud cuando se brinde la consejería y las sesiones demostrativas.

Asimismo, la consejería no cuenta con un instrumento que permita identificar el logro del conocimiento. Siendo lo ideal que esté validada y que permita recoger con algunos indicadores del alcance del logro del cuidador primario.

Analizando los resultados sobre las visitas domiciliarias a los niños del programa del consumo de multimicronutrientes podemos observar que el 74.2% de la muestra nunca ha recibido una visita domiciliaria siendo esta una cifra preocupante ya que como nos indica Huamán L. no solo es importante la entrega de los multimicronutrientes sino también es necesario asegurarse de que su consumo sea el adecuado y es aquí donde las visitas domiciliarias cobran suma importancia para el profesional de salud (20). Esta escasa realización de las visitas domiciliarias hace que se deje de reforzar los conocimientos sobre el correcto consumo de los MMN. Una de las principales razones son el escaso personal de salud, ya que en la actualidad se guarda prioridad a las actividades intramurales debido a la escasez de recursos humanos haciendo que no se cuente con la cantidad de personal suficiente para las visitas domiciliarias que abarquen toda la jurisdicción del puesto de salud, sumado a ello el déficit en el recurso económico

y de transporte limita enormemente el ingreso a zonas aún más alejadas haciendo que los más beneficiados sean, los cuidadores primarios que viven cerca del puesto de salud.

Con estos resultados podemos decir que es importante que se siga reforzando las consejerías nutricionales ya que la finalidad de estas es buscar educar con respecto a la conservación y uso del suplemento, explicar sus beneficios, como también fomentar las buenas prácticas de alimentación y nutrición al niño (6, 9) y así se motivará al cuidador primario en la búsqueda de nuevas formas que beneficien los MMN al niño (21). También es importante según la Directiva sanitaria realizar por lo menos tres visitas para mantener un adecuado control de como se está realizado su consumo (3).

Con respecto al factor consumo, los alimentos con el que come los MMN los niños son los segundos, papillas y/o mazamorras con un 92.4%, preparados a una temperatura tibia con un 83.8% (tabla 3), siendo esta la manera adecuada de preparación de MMN según el MINSA que a través de su programa Nutriwawa brinda una guía de la correcta administración de MMN, resaltando el evitar mezclar este suplemento en jugos, leche, sopas (5); adicionalmente la temperatura debe estar alrededor de los 60°C, es decir, de manera tibia para evitar que se disuelva la capa de lípidos y evitar la exposición del hierro dado que este hará que cambie el color y sabor de la comida (10).

También observamos que la ingesta del MMN ya sea interdiaria y cuando se acordaba es de un 33,4% (Tabla 3), la cual guarda similitud con el hallazgo hecho por Carrión D. donde nos indica que el 27.6% no cumple con la correcta administración ya que para que este pueda ser considerado como tal deberá ser consumido de manera diaria, ser preparado en las dos primeras cucharadas de la comida y sin pasar de los 30 minutos de abierto (10). Es por ello que es importante que se continúe implementando sesiones demostrativas sobre la adecuada administración del MMN en todos los centros de salud tal y como se viene realizando en el Puesto de Salud “Cerro la Regla”.

Según la perspectiva del cuidador primario podemos observar que la cantidad de la preparación con el suplemento que come el niño es de dos cucharadas con un 64.6 % y el 93.4% lo comió preparado en un solo alimento (Tabla 3). Según la Norma Técnica del MINSA nos indica que la cantidad del sobre con MMN debe comerse en dos

cucharas de una sola comida (6). Según las experiencias dentro del campo comunitario en el programa de Crecimiento y Desarrollo algunas madres nos refirieron que los niños no consumían los MMN porque no les gustaba el sabor que tenían, sin embargo, el Ministerio de Salud en su estrategia nos indica que este no tiene un olor ni sabor desagradable si se administra dentro de los 30 minutos en alimentos que se encuentren tibios, de no darse bajo estas reglas se percibirá un sabor metálico (6).

El 63.6 % de la muestra presentó algún malestar después consumir el suplemento alimenticio, donde se evidencia que el malestar que más predomina es el estreñimiento con un 23.2%, seguido de vómitos y diarrea con 12.6% y 12.1% respectivamente; luego de presentado el malestar sólo el 61.1% continuó con el tratamiento con MMN (Tabla 4). Contrastando con la base teórica podemos decir que dentro de los malestares que se podrían presentar luego de la suplementación con MMN se encuentra el estreñimiento, generando incapacidad para poder producir una evacuación. Según la University of Maryland Medical Center acompañado a esto, también se puede presentar episodios de náuseas y vómitos generados por el sabor del suplemento. Además de ello el color de las heces cambiará a una coloración oscura, lo cual nos indica que el hierro está siendo asimilado correctamente (15). Todo esto limita un adecuado consumo ya que las mamás muestran temor al saber que sus hijos pueden presentar estos malestares y en consecuencia dejan el tratamiento por un tiempo o lo dejan por completo.

Es por ello que dentro de las consejerías a los cuidadores primarios, el profesional de salud debe indicar la importancia de una dieta rica en fibra para la prevención del estreñimiento, además de ello un adecuado lavado de manos y de los alimentos para la prevención de las diarreas en el niño.

Si bien es cierto que hay un gran porcentaje de niños que presentaron algún malestar después de consumir los multimicronutrientes, es importante identificar cual es el origen de cada uno de ellos y sobre todo saber prevenir; para esto es trascendental las consejerías que se brindan dentro de los consultorios de CRED o en las visitas domiciliarias (9), además se tiene que hacer hincapié en lograr mayor concientización a los cuidadores primarios sobre la importancia de un consumo diario de los multimicronutrientes.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. Con relación al perfil del cuidador primario se identificó que en la mayoría son madres de familia quienes desempeñan este rol, acentuándose dentro de la etapa de vida de adulto joven entre los 20 y 35 años, un gran porcentaje de ellas son convivientes y tienen como ocupación principal ser ama de casa, teniendo mayoritariamente el grado de instrucción entre primaria y secundaria.
2. De acuerdo al factor institucional con respecto a los multimicronutrientes se identificó en menor frecuencia la realización de las visitas domiciliarias. Por otro lado podemos observar que en mayor frecuencia se realiza la entrega de los MMN de manera mensual, refiriendo los mismos cuidadores primarios que la información que reciben es suficiente.
3. Con respecto al factor consumo podemos identificar que los cuidadores primarios en su mayoría mezcla los MMN con alimentos de consistencia semisólida en las dos primeras cucharadas con una temperatura tibia, dentro de los 30 minutos de preparación y de manera diaria, haciendo que la mayoría de niños consuma dos cucharadas de la preparación con el MMN, de la misma manera se registró que gran parte de ellos presentaron algún malestar después de haber consumido los MMN, entre los que más predomina es el estreñimiento seguido por los vómitos y las diarreas.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

1. Reforzar al cuidador primario mediante sesiones demostrativas sobre la adecuada administración, consumo y preparación de los multimicronutrientes de manera sencilla, didáctica teniendo en cuenta el aspecto cultural del cuidador primario, para así poder concientizar a la población sobre su importancia en el niño entre los 06 y 35 meses.

2. Facilitar recursos económicos, de transporte y humanos que permitan un seguimiento continuo y exclusivo que aseguren la realización de las visitas domiciliarias en relación de los multimicronutrientes para tener así un mejor manejo del programa y tener como principal beneficiado al niño.

3. Continuar realizando investigaciones de enfoque cualitativo sobre otros factores que puedan estar inmersos en la aceptación del MMN y como estos se pueden relacionar entre sí, tomando en cuenta aspectos como el tiempo que le dedican a la alimentación del niño, duración actual del tratamiento u otros aspectos culturales que permitan facilitar en trabajo por etapas de vida en el niño. Además de ello investigaciones que busquen profundizar sobre la importancia de la participación del profesional de salud (proveedor) con respecto a su calidad de atención, educación en la consejería y abordaje al cuidador primario en la suplementación con multimicronutrientes, donde se busque crear un instrumento que mida la calidad y el impacto de la consejería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad MAIS [Internet] 2011. Documento técnico [citado 05 Abril. 2018]. Disponible en:
<http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
2. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú [Internet]. Perú, Septiembre 2013. [citado 05 Nov. 2016]. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Nacional y Departamental – ENDES 2016 [Internet]. Mayo 2017. Reporte Ejecutivo [citado 05 Abril 2018]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
4. Instituto Nacional de Salud del Perú, Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la prevención de Anemia en el País, periodo 2017 - 2021 [Internet]. 2016. Documento técnico [citado 05 Abril 2018]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/000ANEMIA_PLAN_MINSA_06Feb.pdf
5. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Lima-Perú 2014. Nutriwawa; [citado 28 oct 2016]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/nutriwawa.html>
6. Ministerio de Salud del Perú. Directiva sanitaria que establece la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de 36 meses [Internet]; N°050-MINSA/DGSP-V.01. (Sep. 19, 2012). [citado 06 dic 2016]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/directivas/001DS_Suplem_MultiMicro.pdf
7. Munayco VC, Ulloa RM, Medina OJ, Lozano RC, Tejada V, Consuelo SC, et al. Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. [Internet]. 2013 [citado 03 nov 2016]. vol. 30, no 2, p. 229-234. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000200011&script=sci_abstract

8. Chamorro J, Torres K. Efecto de la suplementación con multimicronutrientes y estado nutricional en niños menores de tres años en comunidades de Huando y Anchonga – Huancavelica, Perú 2010. Universidad Mayor de San Marcos (UNMSM) [Internet]. 2012. [citado 01 nov 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1162/1/Chamorro_gj.pdf
9. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años [Internet]; R. M. – N° 990 - 2010/MINSA. (Dic. 20, 2010). [citado 06 dic 2016]. Disponible en: http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf
10. Carrión H. Factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes en niños(as) de 6 a 35 meses, establecimiento de salud Acora I-4 Puno, Perú 2014. Universidad Nacional del Altiplano (UNA) [Internet]. 2015. [citado 03 nov 2016]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/unappuno/589>
11. Organización para la Agricultura y la Administración (FAO). Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 11. Vitaminas [Internet]. USA. [citado 1 nov 2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s0e.htm>
12. Revista de alimentación y nutrición. El ácido fólico en la nutrición. [internet] 2009 [citado 13 oct 2016]. Vol. 13. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol13_2_97/hih01297.htm.
13. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva N° 342. 2016 Ene. [citado 06 dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
14. Alcázar L, Marini A, Walker I. El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños. Grupo Análisis para el desarrollo (GRADE) [Internet]. 2011. [citado 03 nov 2016] p. 15-84. Disponible en: <http://www.grade.org.pe/publicaciones/1050-el-rol-de-las-percepciones-y-los-conocimientos-de-las-madres-en-el-estado-nutricional-de-sus-ninos/>
15. Dugdale C III, University of Maryland Medical Center. Toma de Suplementos de Hierro. 2013 May [citado 06 dic 2016]. Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/tomar-suplementos-de-hierro>
16. Definición ABC [online]. 2007 – 2016 [citado 28 oct 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/factores.php>

17. Fundación Hospital Sant Juame I Santa Magdalena. Laboratorios Hartmann S.A. Guía de Atención al cuidador [Internet]. España; 2011 Oct [citado 06 dic 2016]. Disponible en:file:///C:/Users/46420605/Downloads/11GC_SI_HH%20(1).pdf
18. Almendarez J. Conocimientos y prácticas sobre administración de micronutrientes (vitamina A, Hierro y Zinc) que tienen las madres de los niños menores de 5 años de edad que acuden a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Francisco Gotera, Morazán; Estanzuelas, Usulután; Huisquil, La Unión [tesis doctoral en internet]. Universidad de El Salvador; 2013. [citado 03 nov 2016]. Disponible en:<http://ri.ues.edu.sv/7215/>
19. Junco G. Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho. Pontificia Universidad Católica del Perú [Internet]. 2013 [citado 03 nov 2016]. [citado 03 nov 2016]. Disponible en:
http://tesis.pucp.edu.pe:8080/repositorio/bitstream/handle/123456789/6650/JUNCO_GUILLERMO_JORGE_IDENTIFICACION_FACTORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Huamán E, Pablo A, Núñez R, Gonzales E, Pillaca J, Mayra T. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. [Internet]. 2012 sep.[citado 2016-10-03]; vol.29, n.3, pp. 314-323. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300004&script=sci_arttext
21. Lagoueyte G ; El cuidado de enfermería a los grupos humanos [Internet]. 2015 Ago [citado 06 dic 2016]; 47(2):209-213. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013

ANEXOS

ANEXO 2

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

La siguiente guía de entrevista de este estudio tiene como objetivo determinar los factores que condicionan el consumo de multimicronutrientes en niños de 06 a 35 meses desde la perspectiva del cuidador primario, para lo cual los investigadores le garantizan la confidencialidad y el anonimato de la información brindada por usted durante la entrevista.

Comunidad:

A. FACTOR CUIDADOR PRIMARIO:

CÓDIGO:

1. Edad: _____
2. Parentesco con el Niño:
 - a. Mamá
 - b. Papá
 - c. Otros : _____
3. Grado de Instrucción:
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Superior
4. Estado Civil:
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Conviviente
 - d. Otro: _____
5. Ocupación: _____
6. Número de niños entre los 06 a 35 meses que haya tenido a su cuidado:
 - a. 1 Niño
 - b. 2 Niños
 - c. \geq a 3 Niños

B. FACTOR INSTITUCIONAL:

7. ¿Con que frecuencia el establecimiento de salud le entrega los multimicronutrientes (chispitas)?
 - a. Todos los meses
 - b. Cada 2 meses
 - c. \geq a 3 meses
8. ¿Con que frecuencia le dan la Consejería Nutricional con respecto a los multimicronutrientes (Chispitas)?
 - a. Solo en la primera entrega
 - a. En todos los controles de CRED
 - b. Cuando no ha recibido de forma regular los multimicronutrientes.
 - c. Nunca
9. Ud. Cree que la información recibida en la consejería acerca de los multimicronutrientes (Chispitas) es:
 - a. Suficiente
 - b. Regular
 - c. Insuficiente
10. ¿Con que frecuencia tiene Visitas domiciliarias por el personal de Salud?
 - a. Tres veces
 - b. Dos veces
 - c. Una vez
 - d. Nunca

C. FACTOR CONSUMO

11. ¿Con cuántas cucharadas de comida mezcla los multimicronutrientes?
 - a. Con una cucharada
 - b. Con dos cucharadas
 - c. Con tres cucharadas
12. ¿Qué cantidad del sobre le agrega a la comida?
 - a. Todo
 - b. La Mitad

13. ¿En qué preparaciones le da los multimicronutrientes (chispitas)?
- Segundos, papillas y/o mazamorras.
 - Sopas.
 - Bebidas
 - Otros:_____
14. Los alimentos en los que prepara los multimicronutrientes (chispitas) a que temperatura se encuentra:
- Frio
 - Tibio
 - Calientes
15. ¿Cuántas veces a la semana le dan un sobre de multimicronutrientes (chispitas) a su niño?
- Diario
 - Interdiario
 - Cuando se acordaba
16. ¿Quién es la persona encargada de darle los multimicronutrientes (chispitas) al niño?
- Mamá
 - Papá
 - Otros
17. ¿Qué cantidad de la preparación del sobre de multimicronutrientes come el niño por día?
- Las 2 cucharadas
 - Una cucharada
18. ¿Le da todo el sobre de multimicronutrientes en una sola comida?
- Si
 - No
19. ¿Su niño tiene o ha tenido algún malestar luego de consumir los multimicronutrientes (chispitas)?
- Si
 - No
 - A veces

20. ¿Cuáles son los malestares que presenta un niño (puede marcar más de una opción)?
- a. Diarrea
 - b. Estreñimiento
 - c. Vómitos/Nauseas
 - d. Heces de color oscuro
 - e. Ninguno
21. ¿Ha seguido dándole los multimicronutrientes (chispitas) a pesar del malestar?
- a. Si
 - b. No
 - c. Dejo de darle por un tiempo y luego lo retomo (mayor de una semana)

ANEXO 3

TAMAÑO DE MUESTRA PARA ESTIMAR UNA PROPORCION

Dónde: P = 60 % (Influye)

Q = 40 % (No influye)

E = 5 % Error muestral.

Z = 1.96 Coeficiente de confianza para 95% de confiabilidad.

N = 425 Población total de cuidadores primarios

$$n_{\infty} = \frac{(Z)^2 PQ}{(E)^2}$$

$$n_{\infty} = \frac{(1.96)^2 0,6x0,4}{(0.05)^2}$$

$$n_{\infty} = 368.64$$

Se conoce N:

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

$$n = \frac{368.64}{1 + \frac{368.64}{425}}$$

$$n = 198$$

*Los valores de “p” y “q” son extraídos de un estudio similar a nuestra realidad.

ANEXO 4

PRUEBA BINOMIAL PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

ITEMS	JUECES									TOTAL DE ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
4	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8	0.0195
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	8	0.0195
7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
11	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
12	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
16	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	8	0.0195
17	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
18	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	0.0020
										TOTAL	0.0045

*El valor de P es de 0.0045 por lo que es inferior de 0.005 lo que nos indica que la prueba es válida según la prueba binomial.