

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TITULO

**FACTORES DE ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON
NUTROMIX EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES. QUE ASISTEN AL
CENTRO DE SALUD CORRALES – TUMBES, 2016**

AUTORAS

Bach. Mellissa Lizeth Delgado Landacay

Bach. DoimyLisset Madrid Clavijo

TUMBES - PERÚ

2016



RESPONSABLES

BACH. MELLISSA LIZETH DELGADO LANDACAY

AUTORA

BACH.DOIMY LISSET MADRID CLAVIJO

AUTORA

DRA. YRENE ESPERANZA URBINA ROJAS

ASESORA

LIC. DARWIN QUEVEDO QUENECHÉ

CO-ASESOR

JURADO DICTAMINADOR

Mg. BRAVO PEREZ, MARIA LUZ

PRESIDENTA

Mg. PUICAN PACHON, AURA

SECRETARIO

Lic. GUZMAN TRIPUL, VICTOR

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, Padre Celestial, por haberme dado la fe, por su infinito amor y haber permitido alcanzar este objetivo que con ansias esperaba.

A mis padres, por su amor, cariño y apoyo incondicional, por ser el ejemplo a seguir y haber confiado en mí a cada instante de mi vida porque nunca dejaron de darme esa fortaleza y seguridad que necesite en su momento.

A mis familiares y amigos por su apoyo incondicional a cada momento

MellissaLizeth Delgado Landacay

DEDICATORIA

A Dios nuestro padre celestial,
por guiar mis pasos, por su
infinita bondad, sabiduría y
amor, para hacer de mí una
persona de bien y permitirme
lograr mis objetivos.

A mis padres, por darme la
vida, por haberme brindado
su apoyo incondicional en
cada momento, por confiar en
mí y creer que lograría este
ansiado triunfo.

A mis dos amores, Noelia Nicole
mi querida hija por ser el motor y
motivo en mi vida por
enseñarme el significado del
verdadero amor. Dante
Hernández por su paciencia,
amor, cariño y apoyo

DoimyLisset Madrid Clavijo

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora en Enfermería y Licenciada en Enfermería, Yrene Esperanza Urbina Rojas, por su acertado asesoramiento en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al Lic. Darwin Quevedo Queneche por su asesoramiento en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A la Mg. María Luz Bravo Pérez, al miembro del Jurado Calificador, por su apoyo y oportunas sugerencias en la formulación del proyecto de investigación e informe final de la presente tesis.

Las autoras

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Delgado Landacay, MellissaLizeth Madrid Clavijo, DoimyLisset declaramos que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo con el apoyo permitido de terceros en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo declaramos que hasta donde se sabe no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de nuestra propia autoría. Declaramos, finalmente, que la redacción de esta tesis es producto de nuestro propio trabajo con la dirección y apoyo de nuestra asesora de tesis y jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Las autoras:

Bach.Enf.Delgado Landacay, Mellissa Lizeth

Bach. Enf.Madrid Clavijo, DoimyLisset

CERTIFICACIÓN

Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas, Profesora Principal de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrita al Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes.

Lic. Enf Darwin Quevedo Queneche, Profesor auxiliar de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrita al Departamento de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes.

CERTIFICAN:

Que el informe final de Tesis: FACTORES DE ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES. QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CORRALES – TUMBES, 2016. Presentado por las bachilleres de enfermería: Delgado Landacay, MellissaLizeth y Madrid Clavijo, DoimyLisset.

Ha sido asesorado y revisado por nuestras personas, por tanto, queda autorizado para su presentación e inscripción a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes para su revisión y aprobación correspondiente.

Tumbes, 27 de diciembre del 2016

Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas
Asesora

Lic. Darwin Quevedo Queneche
Co-Asesor

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento con lo establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Tumbes, para obtener el título de Licenciadas en Enfermería, ponemos a vuestra consideración la Tesis titulada: FACTORES DE ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES. QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CORRALES – TUMBES, 2016.

El propósito de este trabajo de investigación es determinar los factores de adherencia a la suplementación con nutromix en niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud-Corrales, Tumbes.

Esperamos cumplir con los requerimientos para su respectiva aprobación.

Las autoras.

RESUMEN

El Ministerio de Salud aprobó una política de suplementación preventiva con multimicronutrientes para reducir la anemia, un problema de salud pública grave. Sin embargo, no se ha logrado disminuirla, lo que hace pensar en factores que limitan la efectividad de la suplementación y en otros que la favorecen, influyendo en su adherencia. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores de adherencia a la suplementación con Nutromix en niños de 6 a 36 meses que acudieron al centro de salud Corrales-Tumbes, 2016. Investigación Cuantitativa de tipo descriptiva-simple. La muestra la conformaron 80 niños y niñas de 6 a 36 meses. Para el recojo de datos se elaboró un instrumento con escala de Likert, basada en cuatro factores que influyen en la adherencia al tratamiento según la OMS. Los resultados fueron sometidos a pruebas estadísticas. Se obtuvo como resultado que: El nivel de adherencia global fue regular 48%. El factor de adherencia que influyó estadísticamente al consumo del multimicronutrientes fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento y el factor relacionado con el personal de salud, 54% y 75%, con un $\chi^2=0.020$. El factor relacionado con el aspecto social presentó una adherencia regular de 47%. Conclusión: El factor que influyó en la adherencia al tratamiento fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento.

PALABRAS CLAVES: Factores de adherencia - Suplementación con Nutromix

ABSTRACT

The Ministry of Health approved a policy of preventive supplementation with multimicronutrients to reduce anemia, a serious public health problem. However, it has not been possible to diminish it, which suggests the factors that limit the effectiveness of the supplementation and in others that favor, influencing its adherence. The study aimed to determine the factors of adherence with nutrition in children aged 6 to 36 months who went to the health center Corrales-Tumbes, 2016. Quantitative research of descriptive-simple type. The sample was made up of 80 boys and girls from 6 to 36 months. For data collection, an instrument with a Likert scale has been developed, based on four factors that influence adherence to treatment according to the WHO. The results were subjected to statistical tests. The result was: The overall adherence level was 48%. The adherence factor that influenced statistically the consumption of the multimicronutrients was the factor related to the person providing the treatment and the factor related to the health personnel, 54% and 75%, with a $\chi^2 = 0.020$). The factor related to the social aspect had a regular adherence of 47%. Conclusion: The factor that influenced adherence to treatment was the factor related to the person providing the treatment.

key words: Adhesion Factors - Nutromix Supplementation

ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	13
II. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA	17
2.1. Antecedentes	17
2.2. Bases teórico-científicas	21
2.3. Definición de términos.....	30
III. DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1. Tipo de investigación	31
3.2. Población y muestra.....	31
3.3. Métodos, Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.4. Procesamiento y análisis de datos	35
3.5. Consideraciones éticas y rigor científico	35
IV. RESULTADOS	37
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	43
VI. CONCLUSIONES	47
VII. RECOMENDACIONES	48
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	54

I. INTRODUCCIÓN

Las expresiones “anemia ferropénica” y “anemia por falta de hierro” que se usan en la presente investigación se aplican a las anemias cuya causa principal es la escasez de hierro en el organismo, que se caracterizan por el paso de un cuadro hematológico normocítico y normocrómico a otro microcítico e hipocrómico, y que responden favorablemente a la administración de hierro.

Según se desprende de las encuestas practicadas en varias regiones, la anemia plantea un problema de salud pública de considerable importancia en los países menos desarrollados y en las zonas tropicales. Parece probable que la frecuencia de la anemia guarde relación con las elevadas tasas de mortalidad materna registradas, por ejemplo, en la India y en la isla de Mauricio, pues si bien es verdad que los casos de anemia abundan entre los varones adultos, son particularmente numerosos en ciertos grupos vulnerables, como las mujeres embarazadas o lactantes, los niños de pecho y los de corta edad. La malnutrición y las pérdidas crónicas de sangre suelen ser las causas subyacentes de la anemia. Hay motivos fundados para suponer que la anemia por sus perniciosos efectos sobre el estado general de salud y sobre la capacidad para el trabajo, ocasiona perjuicios económicos de consideración, pero no se conoce con exactitud su influencia en las tasas de morbilidad. En la mayoría de los casos de anemia basta aumentar la ración de hierro para obtener resultados rápidos, pero la curación completa parece depender a veces de otros factores como, por ejemplo, la administración de proteínas.

Varios trabajos efectuados en fecha reciente en la India, en África y en América Central y del Sur indican que la anemia ferropénica es el tipo de anemia más frecuente en esas regiones, y que la simple administración oral de hierro basta para obtener una sensible mejoría. En la India, por ejemplo, los análisis dietéticos de los alimentos consumidos por los anémicos indican que la cantidad de hierro ingerida está dentro de los límites de la ración recomendada e incluso los rebasa, y que la gran frecuencia de la

anemia puede obedecer a otros motivos, como la eliminación excesiva de hierro, su absorción insuficiente, o ambas cosas.

La anemia infantil en el Perú es un problema de salud pública prioritario, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla. El impacto de ésta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental. La presente investigación demostrará el perfil epidemiológico de la anemia infantil en el Perú, y resumirá la evidencia disponible al momento respecto a las potenciales causas de ésta en un contexto como el peruano.

Aunque se ha avanzado mucho respecto al conocimiento de sus causas en el mundo, aún existen muchas brechas de conocimiento que no permiten tener una idea clara de los determinantes de anemia infantil en el Perú. Estas brechas de conocimiento pueden estar limitando las acciones y las decisiones de salud pública pudiéndolas hacer insuficientes como para tener un efecto claro y sostenido.

Además de la deficiencia de hierro, otras causas de anemia debieran ser estudiadas y consideradas en los esfuerzos de salud pública orientados a controlar la anemia infantil en el Perú. En el presente trabajo de investigación, se discernirá tanto sobre la deficiencia de hierro como de otras causas de anemia infantil y se explorará la evidencia local para identificar la extensión en que los diferentes factores pueden estar contribuyendo a la carga de enfermedad debida a la anemia infantil en el contexto peruano específico. Esta información puede ayudar a orientar iniciativas, tanto de salud pública como de investigación por parte de las instituciones involucradas como son DIRESA, MINSA.

El problema se formuló con la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de adherencia a la suplementación con nutromix en niños de 6 a 36 meses, que asisten al centro de salud – ¿Corrales, Tumbes?

La investigación se justifica porque la anemia infantil en niños menores de 36 meses, sigue siendo un problema de salud que afecta la salud de los niños, predisponiéndolos al riesgo de enfermar y/o morir, y en otros casos, puede dejar secuelas graves. Por ello, sólo si se logra mejorar la adherencia a los multimicronutrientes se podrá disminuir las tasas de morbi – mortalidad infantil.

La suplementación preventiva con hierro en los niños y niñas menores de tres años es una actividad obligatoria para el personal de los establecimientos de salud.⁹ La enfermera como parte del equipo multidisciplinario tiene un rol fundamental en el primer nivel de atención, está comprometida con los derechos de los niños y a su vez es responsable del logro de los objetivos de desarrollo del milenio (plan nacional de acción por la infancia y adolescencia) específicamente en reducir la morbi-mortalidad infantil, así como responder a los lineamientos de política en salud del país. La enfermera en conjunto con la madre deberá participar responsablemente en el tratamiento con suplementos de multimicronutrientes en polvo, ya que la madre es eje importante y componente esencial en el cuidado de su niño; por ello debe conocer sobre la suplementación de hierro con multimicronutrientes en polvo que debe proporcionarle.¹

Se formuló como objetivo general: Determinar los factores de adherencia a la suplementación con nutromix en niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Corrales-Tumbes. Los objetivos específicos fueron:

Medir el nivel de adherencia global al proceso de suplementación con multimicronutrientesnutromix en niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Corrales.

Identificar el factor social se encuentra relacionado al proceso de suplementación con multimicronutrientesnutromix en niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Corrales.

Identificar el factor conocimiento y adiestramiento relacionado al personal de salud que se encuentra asociado al proceso de suplementación con

multimicronutrientesnutromix en niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Corrales.

Identificar si el factor relacionado al tratamiento se encuentra asociado al proceso de suplementación con multimicronutrientesnutromix en niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Corrales.

Identificar si factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento se encuentra asociado al proceso de suplementación con multimicronutrientesnutromix en niños de 6 a 36 meses que asisten al centro de salud Corrales.

II. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES

A nivel internacional se encontraron diferentes estudios que aportaron en la presente investigación como Ruiz, P.² (2010), Ecuador, realizó una investigación titulada: Evaluación de la fase uno del programa de suplementación con hierro chis-paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia de Chimborazo, cuyo objetivo fue evaluar la fase uno del programa de suplementación con hierro Chis-paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años. El estudio fue un diseño cuasi experimental para evaluar la fase uno del programa de suplementación con hierro Chis-Paz. La población estuvo conformada por 337 niños de 0 a 59 meses de edad, se realizó mediante la técnica del HemoCue. Entre las conclusiones tenemos: Al inicio del programa el 90% de los niños presentaron niveles de hemoglobina menores de 11 mg/dl. En la segunda evaluación luego de la primera entrega del producto solo el 25% de los niños tenían niveles inferiores a 11mg/dl de hemoglobina, concluyendo que el programa tuvo una efectividad significativa de 2,5mg/dl equivalente a una pinta de sangre.

Pendolema, T. y Col.³ (2010), Ecuador, realizaron un estudio titulado: Evaluación del programa de nutrición del componente integrado de micronutrientes en niños de cuatro meses a tres años de edad, cuyo objetivo fue evaluar el beneficio del programa de nutrición del componente integrado de micronutriente. Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, la población de estudio estuvo conformada por niños(as) 4 meses a 3 años de edad. Aportando las siguientes conclusiones: Se determinó que existe una baja incidencia de niños con deficiencia de micronutrientes, desconocimiento sobre el Programa Integrado de Micronutrientes, por lo que ejecutaron un Programa educativo con la finalidad de fortalecer conocimientos sobre los beneficios del Programa Integrado de Micronutrientes vitamina "A" y hierro.

Chacón, O.⁴ (2011). En la Capital-Colombia, realizó un estudio titulado: consumo habitual de alimentos fuente de hierro y la aceptabilidad de la estrategia de suplementación con hierro en preescolares y escolares. Del estudio se encuentra que recibían sulfato ferroso 55.42% de niños y que, aquellas familias de los niños que no recibieron suplementación, no mostraron interés, en llevar a los niños a sus controles médicos. De los que consumían el suplemento, 33.25% presentaron molestias que un 80% fueron: vómito, dolor de estómago y manchado de dientes, en preescolares fue la diarrea y en escolares el dolor de estómago. Los motivos por los cuales los padres decidieron dar sulfato ferroso a sus niños destacan: Mejora el estado del hierro, porque proporciona vitaminas, y erróneamente porque fortalece los huesos.

Asimismo a nivel nacional se encontró a Galindo, T. y Col.⁵ (2010), en Perú, realizaron una investigación titulada: Efecto de la suplementación con multimicronutrientes y estado nutricional en niños menores de tres años en comunidades de Huando y Anchonga- Huancavelica, cuyo objetivo fue determinar el efecto de la suplementación con multimicronutrientes sobre el estado nutricional en niños menores de tres años de edad. El estudio fue de enfoque cuantitativo cuasi experimental longitudinal prospectivo. La población estuvo conformada por 95 niños de 6 meses a 3 años que fueron suplementados con multimicronutrientes. Entre sus conclusiones tenemos: se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$) en el efecto de la suplementación con multimicronutrientes sobre el estado nutricional en niños menores de 3 años. Hubo un aumento en la media de la hemoglobina de 2.24 gr/dl (hemoglobina inicial vs final). La media del Puntaje Z P/T fue de -0.3.

Espino, T. y Col.⁶ (2010), en Perú, realizaron un estudio titulado: Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses en Apurímac, cuyo objetivo fue evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutrientes “Chispitas” en la región de Apurímac en niños de 6 a 35 meses. Se realizó un método transversal usando un muestreo multietápico en el 2010. La población de

estudio estuvo compuesta por niños de 6 a 35 meses y sus madres o cuidadoras. Entre sus conclusiones tenemos: Apurímac presenta elevados niveles de anemia en niños de 6 a 35 meses a pesar de tener una intervención universal con suplementación con multimicronutrientes, este se dio en forma adecuada solo al 49% de la población, grupo en el que se demostró menores prevalencias de anemia independientemente de la presencia de otros factores socio demográficos.

Galindo B.⁷ (2011), Perú, realizó un estudio titulado: Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud Nueva Esperanza 2011. Cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista. Entre sus conclusiones tenemos: La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Huamán, R. y Col.⁸(2012), en Apurímac-Perú, realizaron un estudio titulado: Consumo de suplemento con micronutrientes en niños de 6 a 35 meses, sobre la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, muestra que de los niños que recibieron el suplemento, 4,5% de cuidadores o familiares refirieron que dejaron de darle los sobres con Chispitas a sus hijos, esto debido a que los niños no querían comer los alimentos con los que lo incluían (70%). Además que el 30,4% de los que eran beneficiarios del suplemento no lo consumieron en forma adecuada, principalmente porque el niño no terminaba la comida, en el 84% de los casos, porque no les gustaba el sabor. Por último se concluye que no hubo asociación entre la cantidad de sobres recibidos o consumidos y la anemia.

Morán, T.⁹ (2012), Perú, realizaron un estudio titulado: Suplementación de sulfato ferroso en niños de 6 a 35 meses de edad, en comunidades rurales de Ancash, Perú, en un estudio sobre que tiene como esquema de

suplementación de 1 a 2 mg de hierro elemental por kilo de peso corporal por vez, como dosis preventiva, y de 3 a 5 mg de hierro elemental por kilo de peso corporal por vez, ambas de dos veces por semana, se logra una disminución de anemia de 62.58% a 45.71%, en el primer semestre de suplementación y entre los niños que recibieron más tiempo de suplementación de 68.28% a 31.57%. Esto se atribuye a que la suplementación hecha por las educadoras comunales de nutrición dos días por semana es efectiva para la reducción de la anemia.

Romero, A.¹⁰(2012), en Perú, realizó un estudio titulado: Lucha contra la desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años, en 10 zonas de extrema pobreza del Distrito de San Martín De Porres. Los resultados del proyecto de suplementación de la Municipalidad de San Martín de Porres, llevado a cabo de julio a diciembre del 2012, muestra un aumento de 23% de niños(as) diagnosticados sin anemia, lo que significa una disminución de 15 % de anemia leve y una disminución de 8 % de anemia moderada; cabe resaltar que la clasificación de nivel de anemia que se utiliza en la intervención, corresponde a la propuesta por la OMS.

Espichán, P.¹¹ (2013), en Perú, realizó un estudio titulado: Factores de adherencia a la suplementación con sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, de asentamientos humanos del Distrito de San Martín de Porres. Cuyo objetivo fue Determinar los factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina. El estudio fue de enfoque Descriptivo de prevalencia y asociación cruzada, transversal y Observacional. La población estuvo conformada por 112 niños y niñas de 6 meses a 60 meses. Resultados: El incremento de hemoglobina fue en 65% de niños y niñas. La mayoría de encuestados (41%) reconocieron que el tratamiento fue interrumpido en el niño(a), debido a infección respiratoria aguda. El 64% de niños(as) tuvo una adherencia alta. El factor de adherencia que influyó estadísticamente en el incremento de hemoglobina asociado al consumo del multimicronutriente fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento, con un ($x^2 = 0.020$), en el resto de factores no hubo asociación significativa.

César, O. y Col.¹² (2013), en Perú, realizaron un estudio titulado: Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, en Andahuaylas, Ayacucho y Huancavelica cuyo objetivo fue determinar el impacto de la administración multimicronutrientes (MMN) en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, en niños de 6 a 35 meses de edad. El estudio fue de diseño cuasi experimental sin grupo control. La muestra fue de 258 niños de cada región. Obteniéndose como conclusiones: La suplementación con MMN en polvo puede ser una estrategia efectiva en la lucha contra la anemia. En nuestro estudio redujo significativamente la anemia y tuvo una adherencia alta en los niños y niñas que se mantuvieron en la estrategia de suplementación.

Aguilar, R.¹³ (2014), en el Perú, realizó un estudio titulado: Eficacia de la suplementación de multimicronutrientes la chispita en niños de 6 a 35 meses con anemia en el puesto de salud Quehue, 2014. Cuyo objetivo fue determinar la eficacia de la intervención del suplemento multimicronutrientes la chispita en los niños de 6 a 35 meses con anemia. El estudio está basado en el diseño cuasi experimental. La muestra fue de 256 niños y niñas de 6 a 35 meses de edad que fueron suplementados con los multimicronutrientes entre los meses de enero y junio del 2014. El estudio concluye: La intervención con la suplementación de multimicronutrientes fue eficaz puesto que ayudó a controlar y desaparecer la anemia en los niños de 6 a 35 meses de edad.

A nivel local, no se encontraron investigaciones.

2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

La anemia se presenta en forma más frecuente en la infancia como anemia ferropénica. Teóricamente, existen dos procesos que pueden conducir a un déficit de hierro en el organismo: la ingesta deficiente y su pérdida excesiva. El ciclo del hierro en el organismo es prácticamente unidireccional, es decir, existen mecanismos fisiológicos altamente eficientes para su absorción pero ninguno para excreción. El hierro se elimina solamente en cantidades mínimas en el sudor y con las células descamadas de la piel y anexos. También se pierde hierro con las materias fecales al eliminarse con ellas células de los epitelio digestivos.

La anemia ferropénica se ve favorecida por la progresiva desaparición de los depósitos de hierro, sobre todo entre los 4 y los 6 meses de vida, así como por dietas inadecuadas e infecciones. Para su prevención existen diversas estrategias que van desde la ingesta de alimentos ricos en hierro biodisponible. Y otros que favorezcan su absorción, hasta el pinzamiento tardío del cordón umbilical, lo que favorece el aumento de los depósitos iniciales, a partir del sexto mes. Las reservas de hierro disminuyen y el crecimiento del niño continúa. El cerebro durante su fase temprana de desarrollo incorpora hierro en sus células y una deficiencia en este periodo puede producir daños irreparables a sus células.²² A pesar de una suplementación posterior no se logra corregir los daños causados a nivel cognitivo.¹³

La anemia es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre por debajo del límite establecido como normal para la edad, el sexo y el estado fisiológico. La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el niño. Prevalece mayormente en la edad preescolar, en especial entre los 6 y 24 meses de edad. El recién nacido normal a término tiene reservas adecuadas de hierro, suficientes para cubrir los requerimientos hasta los 4-6 meses de edad, estas provienen fundamentalmente del aporte de hierro materno durante la vida intrauterina y, en menor medida, del originado por la destrucción de los eritrocitos por envejecimiento durante los primeros 3 meses de vida, como el hierro materno es incorporado por el feto durante el tercer trimestre del embarazo, el niño pre término nace con menores reservas de hierro, si bien actualmente se discute la influencia de la deficiencia materna sobre el estado del hierro en el neonato, los datos más sólidos parecen indicar que los hijos de madres con anemia ferropénica nacen con depósitos disminuidos de hierro.

A partir de los 4-6 meses de vida el niño depende, en gran medida, de la ingesta dietética para mantener un balance adecuado de hierro, por lo cual la anemia ferropénica en el lactante y en la primera infancia generalmente está determinada por una dieta insuficiente o mal balanceada¹⁴.

Causas de la anemia por deficiencia de hierro son varias, la causa principal de la anemia es el bajo depósito de hierro (anemia por deficiencia de hierro),

asociada al insuficiente consumo alimentario para satisfacer las necesidades del organismo. Esta insuficiencia puede deberse a: Una ingesta de hierro inferior a la necesaria. Una biodisponibilidad reducida del hierro alimentario. Y Mayores necesidades de este elemento o una perdida crónica de sangre.

En la asimilación del hierro influye la presencia en los alimentos de factores que facilitan o inhiben su absorción, así como la situación de salud del individuo y las reservas de hierro en el organismo. El ácido ascórbico (vitamina C) es un nutriente que incrementa la absorción de hierro contenido en los alimentos, mientras lo fitatos presentes en el trigo y otros cereales, los polifenoles y los taninos que se encuentran en el té, el café, las hierbas aromáticas y la proteína de soja la inhiben. Las pérdidas de hierro ocasionadas por la menstruación en las mujeres de edad fértil, así como en el embarazo y la lactancia, incrementan considerablemente los requerimientos de este micronutriente. La parasitosis también una causa de carencia de hierro, especialmente aquellas que generan pérdidas crónicas de sangre, como las infestaciones por uncinarias (anquilostoma y necátor).

Consecuencias de la anemia por déficit de hierro, desde el pionero trabajo de Oski hace 25 años, han aparecido decenas de estudios demostrando inequívocamente que la anemia ferropénica en la infancia produce un retraso del desarrollo psicomotor. Más recientemente, se describió que estos efectos deletéreos persisten hasta los 5 y 10 años. La tercera generación de estas investigaciones ha sido categórica en demostrar alteraciones en la maduración del sistema nervioso central que también persisten más allá de la infancia. Lo más inquietante de estos hallazgos, es que parecieran no ser reversibles, aún a largo plazo, a pesar del tratamiento oportuno y satisfactorio de la anemia de acuerdo con las normas pediátricas habituales. Estos hechos ponen énfasis en la importancia de las medidas de prevención de la anemia por carencia de hierro.

Posteriormente, aparecieron trabajos en lactantes de 6 a 24 meses que sortearon adecuadamente estos obstáculos. Entre estos, destacan 2; el estudio de Lozoff y colaboradores en Costa Rica y el de Walter y colaboradores en

Chile. Ambos grupos documentaron que los lactantes con anemia ferropénica presentaban retrasos significativos en el desarrollo psicomotor al compararlos con lactantes suficientes en hierro. También es cierto, que aunque el retraso era leve, éste era consistente. Entre los anémicos, mientras más severa y prolongada era la anemia, más pronunciado el defecto. Curiosamente y coincidiendo con otros estudios, los lactantes con déficit de hierro, pero sin anemia, se comportaron igual a los niños con óptima nutrición en hierro.

La explicación de esta aparente paradoja no está clarificada. Sin embargo, en estudios animales sometidos a balance negativo de hierro, se agotan las reservas de hierro tanto en la médula ósea como en el hígado y la mitocondria, mucho antes que descienda la hemoglobina. Es verosímil imaginar, que los niños anémicos deben estar sometidos a una carencia de hierro más severa en los tejidos, necesaria para reflejarse en conducta. También es cierto que los instrumentos para medir desarrollo a esta edad no son muy discriminantes. Como en el estudio chileno todos los niños tenían la misma edad (12 meses), se pudieron examinar las mismas tareas para identificar qué áreas específicas serán las más afectadas. En la escala mental: el desarrollo del lenguaje y en la (psico) motora, el equilibrio en la bipedestación y la marcha.¹⁵

Dentro de las complicaciones que puede generar la anemia es:

- ✓ Disminuye el desarrollo mental, físico y de comportamiento en niños pequeños.
- ✓ Disminuye el rendimiento y productividad laboral.
- ✓ Disminuye la capacidad de aprender y los logros educativos de los escolares.
- ✓ Aumenta el riesgo de infecciones.

Lo más grave es que hay evidencia que el déficit psicomotor no es corregible, si la anemia ferropénica ocurre en los primeros dos años de vida.

Mecanismos entre la deficiencia de hierro y las alteraciones funcionales durante los primeros dos años de la vida, cuando se presenta la anemia ferropénica, el riesgo de una alteración funcional es alto, debido a que el cerebro pasa,

después del nacimiento, por cambios anatómicos y bioquímicos acelerados que aumentan su vulnerabilidad.¹⁶

Varias semanas después del nacimiento ocurre un período de acelerada formación sináptica que llega a un pico máximo, que varía en el tiempo de acuerdo con la región cerebral, entre los tres meses y los tres años de edad. Los cambios iniciales más rápidos se experimentan a nivel de la corteza auditiva, mientras que, en la corteza frontal ocurren hacia el final del segundo año. En algunas regiones, como en la corteza visual, la densidad adquirida de los dos a los cuatro años de edad es aproximadamente la misma que se ve en el adulto. Por otro lado, esta semejanza no ocurre sino entre los 10 y los 20 años en la corteza pre frontal.

Hay evidencias que la formación acelerada de las sinapsis en diferentes regiones cerebrales se relaciona con la aparición de habilidades específicas enraizadas en dichas regiones, de esa forma, el incremento de la densidad sináptica dentro de una región cerebral daría origen a la aparición de nuevas funciones. Tanto en infantes como en primates, por ejemplo la habilidad para recordar información sobre donde se esconde el objeto dentro del campo visual, aparece después de un acelerado período de formación sináptica en la corteza cerebral.¹⁷

La descripción de un aspecto del crecimiento cerebral permite comprender, el significado que puede tener la deficiencia de hierro en el desarrollo psicobiológico del niño. Los períodos de máximo desarrollo y actividad metabólica hacen que algunas regiones y procesos del cerebro, sean más vulnerables a la deficiencia de sustratos que soporten ese metabolismo, uno de estos sustratos es el hierro; Entonces los efectos en el cerebro que conciernen a la función de hierro como un co-factor necesario o componente estructural de enzimas y moléculas requeridas para el desarrollo y la función exitosa del sistema nervioso, incluyen particularmente la conducción del impulso nervioso.¹⁸

Los micronutrientes se encuentran en concentraciones pequeñas en los alimentos normalmente en cantidades inferiores o miligramos. El hierro es un micronutriente indispensable para el organismo humano ya que participa en

gran variedad de procesos biológicos, tales como la eritropoyesis, en donde interviene en los procesos de división celular y síntesis de hemoglobina. Además, es fundamental para el funcionamiento apropiado de numerosas enzimas, por lo que su deficiencia puede deteriorar una amplia gama de funciones metabólicas incluida la respuesta inmunológica. El ácido fólico por su parte, es una vitamina que interviene en la reproducción celular y en la formación y crecimiento de diversos tejidos como son las células de la sangre. Ocupa el segundo lugar como causa en las anemias nutricionales y se debe a dietas escasas en folatos, su deficiencia puede prevalecer en la población sin producir anemia obvia.¹⁹

Multimicronutrientes, es un complemento vitamínico y mineral, en polvo constituida por fumarato ferroso micro encapsulado, cada gramo de multimicronutrientes contiene 12,5 mg de hierro elemental, el cual satisface las recomendaciones de 1 mg, por Kg de peso por día. Además contiene Zinc (5mg), Ácido Fólico (160ug), vitamina "A" (300ug), vitamina "C" (30ug), y maltodextrina como vehículo, que ayuda al organismo a una mejor asimilación del hierro y a prevenir otras enfermedades. Este suplemento está indicado para las niñas (os) 6 a 35 meses de edad. Este se encuentra encapsulado (capa lipídica) impidiendo la disolución del hierro en las comidas evitando cambios organolépticos. Se presenta en sobres individuales de polvos secos (1.0g) que se pueden añadir a cualquier comida sólida.²⁰

Los multimicronutrientes o también llamados "sprinkles", "chispitas" o "estrellitas", son micronutrientes en polvo que se usan en estrategias de fortificación casera o suplementación múltiple, son una alternativa innovadora y efectiva para la entrega de vitaminas y minerales esenciales, se presentan en un sobre que contiene 1 g de polvo insípido que puede contener entre 5 y 15 micronutrientes. La formulación de los multimicronutrientes es flexible, permite la modificación de la fórmula para aplicaciones específicas (complejo B, vitamina D, vitamina E, cobre, yodo, etc.)

Para combatir la anemia nutricional leve y moderada, existe una presentación de multimicronutrientes que está compuesta por una mezcla básica que

contiene hierro micro encapsulado, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico). El encapsulado (capa lipídica) impide la disolución del hierro en las comidas, evitando cambios organolépticos (en color, olor y sabor).²¹

La suplementación con multimicronutrientes y hierro: En el establecimiento de salud el personal que contacte primero (triaje, admisión u otro) a la niña y el niño menor de 36 meses, verificará si está recibiendo la suplementación con multimicronutrientes o hierro, según el esquema que le corresponda; de no ser así deriva inmediatamente al consultorio responsable de la atención integral de salud del niño, para su atención. En los casos que la niña o el niño no hubieran iniciado la suplementación con multimicronutrientes a los 6 meses de edad, se deberá iniciar la suplementación a cualquier edad, dentro del rango de edad recomendado (6 a 35 meses inclusive).²²

En cuanto al esquema de suplementación en niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas) Desde los 30 días de vida hasta antes de cumplir los 6 meses de edad reciben 2 mg. de hierro elemental / kg. De peso/día, por vía oral (en soluciones gotas orales). A partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total). En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos. A partir de los 6 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cuatro conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento. El grado en que se extiende la exposición sobre cada dimensión refleja la cantidad de datos existentes, que son sesgados por la errónea concepción tradicional de

que la adherencia es un problema impulsado por el paciente. Por ende, el tamaño de la sección no refleja su importancia terapéutica. A continuación se detalla cada dimensión interactuantes que influyen sobre la adherencia.²³

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el factor social sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos, los padres que los cuidan.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

La raza se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales, pero, no con menos frecuencia, las desigualdades sociales confunden estos resultados. Por ejemplo, en el Reino Unido, se ha detectado que los africanos negros seropositivos al VIH tienen una experiencia del tratamiento diferente debido al temor de que se experimente con ellos, desconfianza de la profesión médica y temor por la discriminación. En los Estados Unidos, se ha informado que los afros estadounidenses expresan significativamente más duda que la población blanca con respecto a su capacidad para usar los inhibidores de la proteasa y adherirse al tratamiento, y sobre la competencia de sus médicos.

La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos).

La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados. Varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños. La adherencia de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de tratamiento en gran parte es determinada por la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir con el tratamiento recomendado. A medida que la edad aumenta, los niños tienen la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo las tareas de tratamiento, pero siguen necesitando supervisión de sus padres.

Los niños en edad escolar se ocupan de tareas vinculadas con el desarrollo, aprenden a regular su propio comportamiento y a controlar el mundo que los rodea; a medida que los niños ingresan en la escuela, pasan menos tiempo en el hogar con sus padres y son cada vez más influidos por sus compañeros y el ambiente social. Al mismo tiempo, el creciente número de padres únicos y que trabajan ha desplazado más la responsabilidad del tratamiento de la enfermedad al niño. Asignar demasiada responsabilidad a un niño para la gestión de su tratamiento puede conducir a la adherencia deficiente, por ejemplo los estudios indican que como los adultos, los niños en su auto notificación exageran sus comportamientos de adherencia; los padres deben entender que la notificación diaria inexacta puede obstaculizar el tratamiento apropiado de la enfermedad por los médicos.

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia, los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico

para tratarlos. Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

FACTORES DE ADHERENCIA

Es la respuesta expresada de las madres de los niños menores de 36 meses, acerca de las condiciones y/o circunstancias que intervienen en la adherencia de la administración de Nutromix.

SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX

Aquel que contiene una mezcla de vitaminas y minerales en forma de polvo que es posible combinar con los alimentos preparados en el hogar, lo que permite a las familias sin acceso a alimentos enriquecidos comercialmente añadir micronutrientes directamente a sus alimentos.

III. DISEÑO METOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación

El presente estudio correspondió a una investigación con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-simple, que se realizó para determinar los factores de adherencia a la suplementación con Nutromix en niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud Corrales-Tumbes 2016, para lograr este objetivo se aplicó un cuestionario dirigido a las madres de los niños menores de 36 meses.

Nivel de la investigación

Visto el nivel en términos del alcance o profundidad del objetivo general y los objetivos específicos y la relación de la variable, la investigación es de nivel descriptivo-simple.

Diseño de investigación

La investigación es No experimental, porque no se manipularon variables, no se trabajó con grupos de control ni experimental. Por lo tanto, se desarrolló dentro de un diseño descriptivo-simple, según el siguiente esquema:

M \longrightarrow O_x

Dónde:

M = Muestra.

O_x = Observación de variable X

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población de la investigación estuvo conformada por las madres de los niños de 6 a 36 meses del Centro Poblado de Corrales, área de influencia del

Centro de Salud de Corrales, que acudieron al servicio de Enfermería - Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo del establecimiento de salud. Que conforme a los datos históricos al año 2016, asciende a 468 casos.

Muestra

El tamaño de la Muestra, se calculó mediante la fórmula para determinar tamaño muestral con poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 P Q + E^2 (N - 1)}$$

Donde:

- N = Tamaño de la población (468)
- Z = Nivel de confianza al 95% (1,96)
- P = Probabilidad de éxito (cuando es desconocida P=0.5)
- Q = Probabilidad de fracaso o desconocimiento (Q = 1-P)
- E = Margen de error (10%)
- n = 80

Se adoptaron criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Madres de niños de 6 a 36 meses que asistieron al centro de salud de Corrales que participaron voluntariamente de la encuesta, es decir, firmaron la carta de consentimiento informado, y estuvieron presentes el día de la aplicación de la encuesta.
- Tuvieron predisposición para completar las preguntas formuladas.

Criterios de exclusión:

- Madres de niños de 6 a 36 meses que asistieron al centro de salud de Corrales por otros motivos de salud u otro servicio de salud.
- Madres de niños menores de 36 meses que respondieron inadecuadamente los formularios de encuesta.

3.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Métodos

Se utilizó los métodos analítico, inductivo, deductivo y científico.

Analítico, porque se desagregó los aspectos de la adherencia a la suplementación con nutromix de los niños de 6 a 36 meses de Corrales, a un nivel adecuado de detalle para comprender la problemática y realidad actual.

Deductivo, porque se partió de los hechos generales de la administración de nutromix de los niños de 6 a 36 meses hasta lograr identificar los factores que influyen en la adherencia a la administración de nutromix de la población estudiada.

Inductivo, porque se partió de hechos particulares de la problemática y se hizo generalizaciones que pueden significar aportes de la investigación en favor de la solución de esta problemática.

Científico, porque en la investigación se utilizó bases científicas y la metodología de la investigación científica para plantear soluciones factibles a problemas de salud.

Técnicas

La técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación son:

1) El cuestionario de preguntas, es una herramienta de elaboración propia, con escala de Likert, basada en los cuatro factores que influyen en la adherencia al tratamiento según la OMS (Anexo B). Se consideraron 19 preguntas, que fueron distribuidas entre los factores de adherencia investigados: Factor social (5 preguntas), factor relacionado al personal de salud (4 preguntas), factor

relacionado con el tratamiento (4 preguntas), y factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento (6preguntas). Se asignó un puntaje de 1 a 3 puntos, cuyo significado fue adherencia baja, media y alta, respectivamente. Para obtener la adherencia de cada factor se tuvo en cuenta la siguiente escala de puntuación (tabla 1), que fue establecida a criterio propio y de acuerdo a las dimensiones investigadas.

Tabla 1: Puntaje asignado a cada factor de adherencia a suplementación de Nutromix, según grado de respuesta.

Puntaje por Grado	Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Total
Pje. Adherencia Alta	13-15	11-12	13-15	18-21	57-69
Pje. Adherencia Regular	8-12	6-10	8-12	11-17	33-56
Pje. Adherencia Baja	5-7	4-5	5-7	7-10	23-32

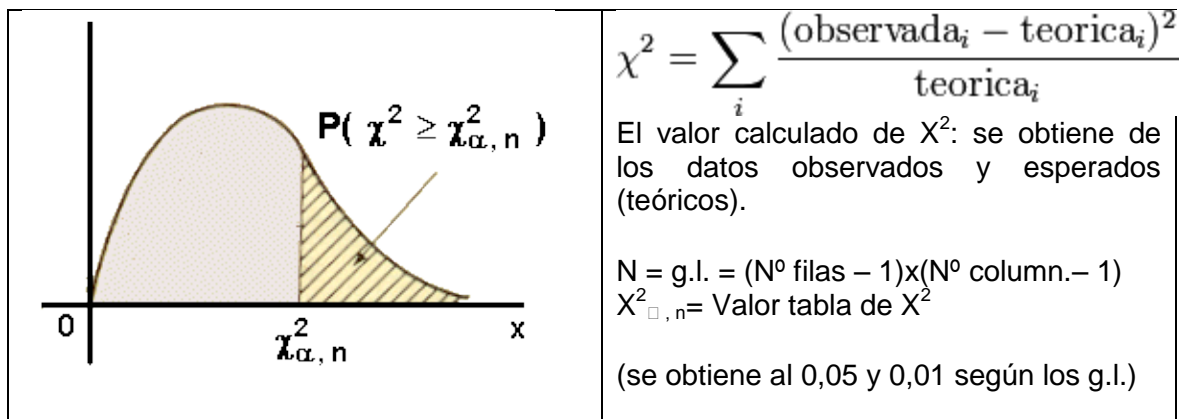
**Factor A o factor social, factor B o factor relacionado al personal de salud, factor C factor relacionado con el tratamiento, y factor D o factor relacionado con el paciente.*

Validez del instrumento

Los instrumentos de recolección contaron con la respectiva validación y confiabilidad del instrumento, tanto utilizando los coeficientes de Pearson y Alfa de Cronbach como el juicio de expertos. En el anexo C se presenta los procedimientos estadísticos para determinar confiabilidad del instrumento, mediante el Factor de Pearson – correlación de variables y el coeficiente Alfa de Cronbach para la validación del instrumento.

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Recogida la información de las encuestas, se procedió a la elaboración de gráficos estadísticos haciendo uso de la hoja de cálculo de MS Microsoft Excel y la estadística descriptiva, en la que se determinó la relevancia de la información con comentarios que se agregaron al final de cada tabla respectiva. El análisis estadístico se hizo por medio de la prueba Chi-cuadrado para contrastar las hipótesis, se determinó la relación entre las variables e indicadores respectivos.



Se considera los siguientes criterios de significación:

- $p > 0.05$ No existe relación significativa
- $p < 0.05$ Sí existe relación significativa
- $p < 0.01$ Sí existe relación altamente significativa.

Para los cálculos estadísticos se utilizó un nivel de significación de 0.05.

El análisis de la información recolectada, permitió realizar la discusión de los resultados, para la obtención de las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de investigación.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO

Criterios de rigor ético.- La investigación cuantitativa se fundamentó en criterios éticos de rigor científico que tiene como finalidad asegurar la calidad, objetividad y validación del trabajo de investigación. En relación a la ética; Se tuvo en cuenta el consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y

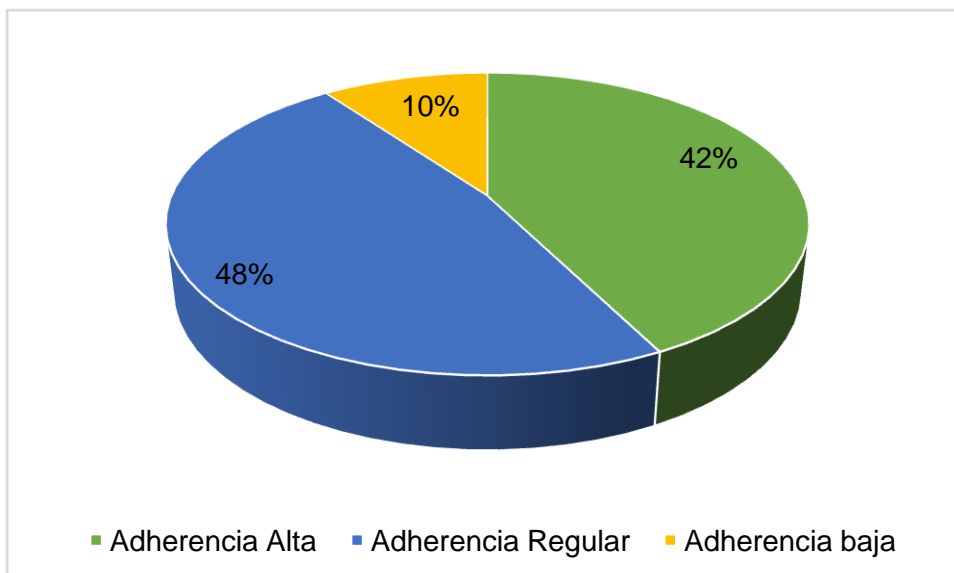
el anonimato de las encuestas (Anexo A). Se aplicaron principios éticos pertinentes para la ética de la investigación (principio de Beneficencia, principio de respeto a la dignidad humana, y principio de justicia).

Criterios de rigor científico.- Existen varios criterios de científicidad, tomando solo dos: Confiabilidad: Para la presente investigación, el cuestionario de la encuesta fue evaluado su confiabilidad mediante el estadístico alfa de Cronbach lo que nos permitió que los resultados sean reconocidos como reales o verdaderos, consistió en la comprobación por parte de las investigadoras. Validez: En la investigación, se tuvo en cuenta la validez del instrumento, para determinar si mide lo que debe medir a través del estadístico Pearson, como ya se ha indicado en el Anexo C.

IV. RESULTADOS

Gráfico N° 01

**NIVEL DE ADHERENCIA GLOBAL A LA SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX DE
LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESESQUE ACUDEN AL C. S. CORRALES, TUMBES,
2016**

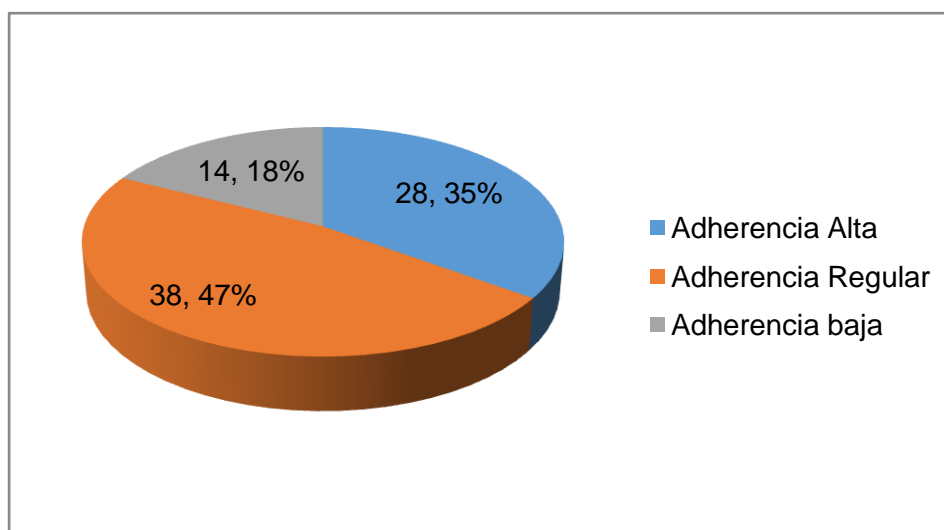


Fuente: Encuesta a madres de niños de 6 a 36 meses. C. S. Corrales, Tumbes, 2016.

Los resultados reportan que el nivel de adherencia global sobre la suplementación con nutromix de los niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud de Corrales: un 48% de niños (as) presentaron una adherencia regular.

Gráfico N° 02.

FACTOR RELACIONADO CON LO SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DE SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL C. S. CORRALES, TUMBES, 2016

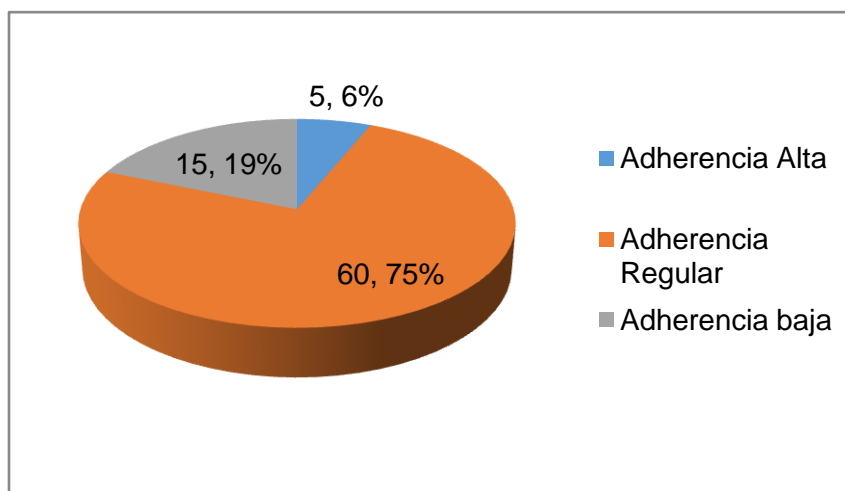


Fuente: Encuesta a madres de niños de 6 a 36 meses. C. S. Corrales, Tumbes, 2016.

Según el gráfico N° 02, el factor relacionado con el aspecto social según su influencia en la adherencia de la suplementación con nutromix, de los niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Corrales: un 47% de niños (as) presentaron una adherencia regular.

Gráfico N° 03.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL DE SALUD Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DE SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL C. S. CORRALES, TUMBES, 2016.

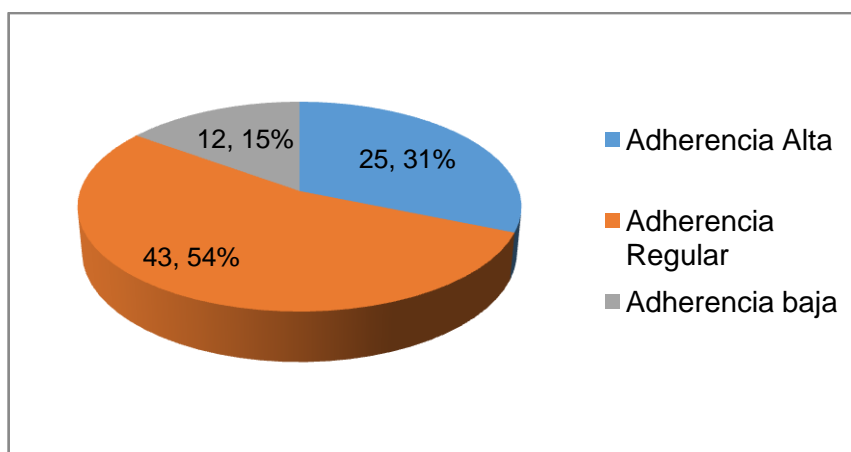


Fuente: Encuesta a madres de niños de 6 a 36 meses. C. S. Corrales, Tumbes, 2016.

En el gráfico N° 03, se presenta los factores relacionados con el personal de salud y su influencia en la adherencia de suplementación con nutromix de los niños de 6 a 36 meses que acuden al C. S. Corrales, Tumbes, 2016. Encontrando que: un 75% de niños (as) presentaron una adherencia regular.

Gráfico N° 04.

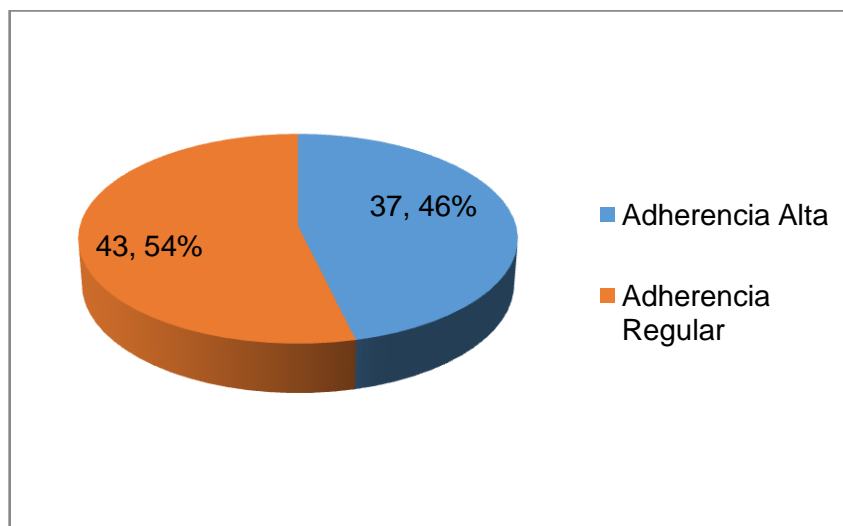
FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DE SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL C. S. CORRALES, TUMBES, 2016.



Fuente: Encuesta a madres de niños de 6 a 36 meses. C. S. Corrales, Tumbes, 2016.

En el gráfico N° 04, se presenta los factores relacionados con el tratamiento y su influencia en la adherencia de suplementación con nutromix de los niños de 6 a 36 meses que acuden al C. S. Corrales, Tumbes, 2016. Encontrando que: un 54% de niños (as) presentaron una adherencia regular.

Gráfico N° 05
FACTORES RELACIONADOS CON LA PERSONA QUE SUMINISTRA LA
SUPLEMENTACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA DE
SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE
ASISTEN AL C. S. CORRALES, TUMBES, 2016

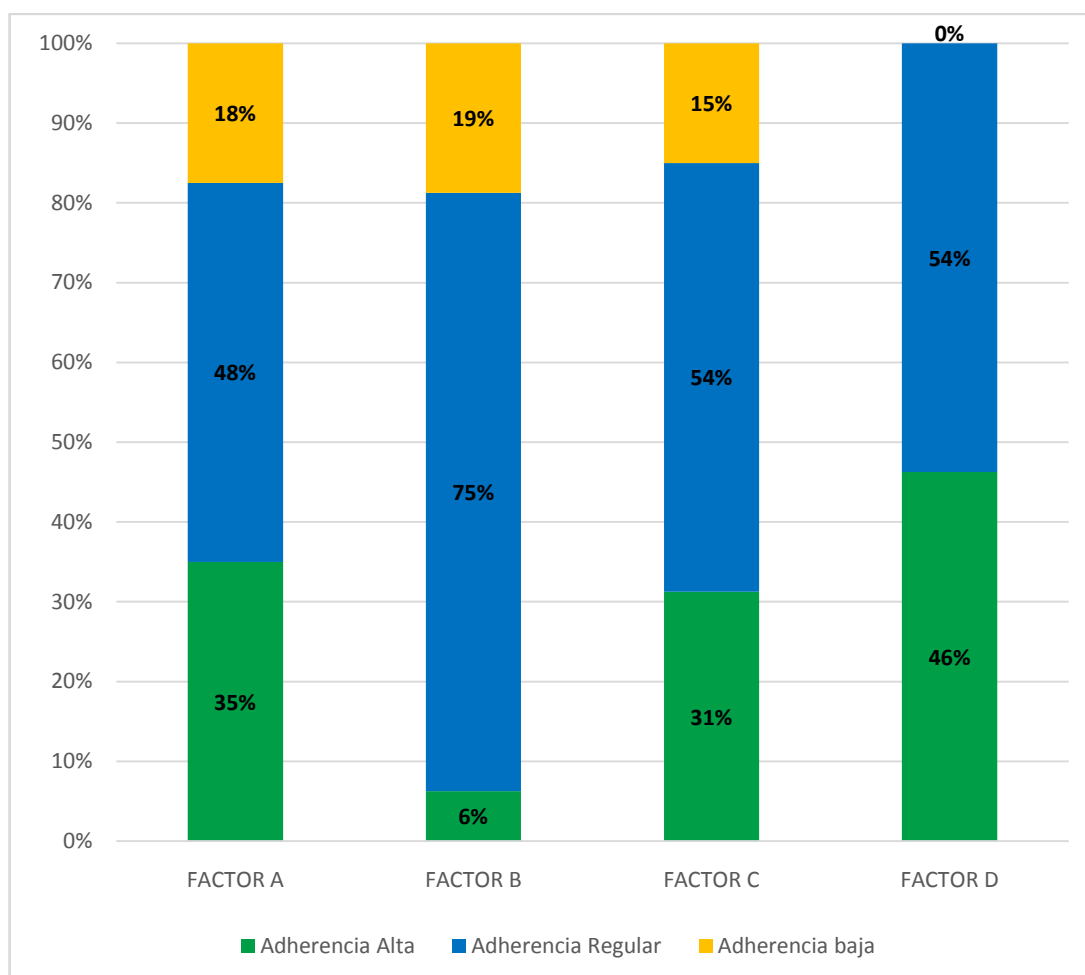


Fuente: Encuesta a madres de niños de 6 a 36 meses. C. S. Corrales, Tumbes, 2016.

En el gráfico N° 05, se presenta los factores relacionados con la persona que suministra el tratamiento y su influencia en la adherencia de suplementación con nutromix de los niños de 6 a 36 meses que acuden al C. S. Corrales, Tumbes, 2016. Encontrando que: un 54% de niños (as) presentaron una adherencia regular.

Gráfico N° 06

FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA DE SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE ASISTEN AL C. S. CORRALES, TUMBES, 2016



Fuente: Encuesta a madres de niños de 6 a 36 meses. C. S. Corrales, Tumbes, 2016.

En el gráfico N° 06, se presenta los factores relacionados a la adherencia de suplementación con nutromix de los niños de 6 a 36 meses que acuden al c. s. Corrales, Tumbes, 2016. Encontrando que el factor que más influyó en la Adherencia a la suplementación con nutromix fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento (Factor D).

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La gestación y los primeros tres años de vida constituyen la etapa en la cual ocurre el mayor desarrollo del capital humano. Por este motivo la calidad de vida de los niños de hoy es determinante de su calidad de vida futura, así como de la calidad y el desarrollo de la sociedad y del país. Un crecimiento limitado en este periodo tiene consecuencias en distintas esferas de la vida, que incluyen la capacidad intelectual y física, salud y desarrollo emocional y social (UNICEF, Ministerio de Salud y USAID Perú 2006). Nuestro estudio se orienta determinar los factores de adherencia a la suplementación con Nutromix en niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Corrales, Tumbes.

A la luz de los resultados reportados, los factores relacionados a la adherencia de suplementación con nutromix de los niños de 6 a 36 meses que acuden al C. S. Corrales, Tumbes, 2016. Encontrando que el factor que más influyó en la Adherencia a la suplementación con Sprinkles fue el factor relacionado a la “persona que suministra el tratamiento” (Factor D), el factor con más adherencia Regular fue el “factor relacionado al personal de salud” (Factor B), el factor con mayor adherencia baja fue el del “factor relacionado con el tratamiento” (Factor C). (Grafico N° 6).Nuestros resultados son similares a Espichán²⁴, quien estudio en 2013, los factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses de asentamientos humanos del distrito de San Martin de Porres, reportando los factores en adherencia alta, media y baja por factor se obtuvo que el factor con más adherencia alta fue el “factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento” (Factor D), el factor con más adherencia media fue el “factor relacionado al personal de salud” (Factor B), y el factor con mayor adherencia baja fue el del “factor relacionado con la enfermedad” (Factor C).

Analizando el estudio de Espichan²⁵, se puede evidenciar que la persona que suministra la suplementación debe hacer énfasis en este factor, para tener un alcance cercano al 95% de adherencia alta. Por otra parte cabe resaltar que en el factor relacionado con el suplemento el nivel de adherencia fue

medianamente bajo, teniendo en cuenta que se debe dar énfasis en brindar a la información suficiente para quitar la idea de que el tratamiento es largo o que dure varios meses.

A este respecto no encontramos estudios relacionados, sin embargo podemos mencionar algunos hallazgos reportados por Gonzales A. “Hierrito con Sprinkles en niños menores de 5 años, con anemia- 2011. Lima, enero de 2012: cuyo objetivo fue determinar las causas que influyen en la disminución de la adherencia al consumo de sprinkles en niños de 6 a 36 meses, donde concluye que las principales causas para la disminución de adherencia al consumo de sprinkles son las enfermedades infecciosas (34%); olvido del suministro del suplemento por parte de la madre al niño (30%); diarreas, estreñimiento y otros malestares gastrointestinales que la madre atribuyó al consumo del suplemento (25%), y con menor frecuencia, el rechazo al suplemento por parte del niño (11%)²¹.

Así mismo el estudio realizado por Huamán, R y Col. et al.; (2012). Sobre Calidad y cantidad de multimicronutrientes “Chispitas” administradas a niños de 6 a 35 meses y su relación con la prevalencia de anemia, donde resalta los factores sociales como factor influyente en la baja recuperación del niño con anemia mencionando dentro de ellas que, 25,3% vivía en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza; 52,6% residía a más de 3000 m de altitud. La prevalencia de anemia fue de 51,3%, 5,4% no recibió la intervención; 60,3% consumió 60 o más sobres y 49,0% los consumió en forma adecuada. Aquellos niños que consumieron el suplemento en forma adecuada tuvieron menor prevalencia de anemia que aquellos que no lo hicieron, además resalta lo siguiente que “no basta con entregar o consumir la cantidad necesaria de los multimicronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia¹⁹

Personas beneficiarias del multimicronutriente, una mayor atención en dar inducción sobre las contraindicaciones de dar los multimicronutrientes, brindarles

Dentro de los factores relacionados con el personal de salud, se ha indagado sobre la información que le proporciona el personal de salud a las madres. La recomendación del Ministerio de Salud para el consumo del suplemento con MMN, a través de la Directiva Sanitaria N° 050⁽⁵⁾ es mezclar todo el contenido del sobre del MMN en dos cucharadas de comida del niño. Una vez que el niño acabe dicha mezcla de comida con el MMN procederá a comer el resto de la comida. Similar fue lo que indicaron las madres de ambos grupos, añadiendo que no se podía dar en sopas ni en nada de líquidos.

Por experiencia en campo de las investigadoras, se sabe que la enfermera resalta el almuerzo como el tiempo de comida ideal para administrar el suplemento. Esta recomendación debería incluir a preparaciones como mazamoras o la cena, teniendo en cuenta el gusto de los niños ²⁶ y brindando alternativas de administración de MMN en caso de posible olvido por parte de la madre o rechazo del niño en el almuerzo. Se hace esta acotación debido a que algunas madres del grupo de alta adherencia subrayaron que a ellas no se les explicó que le podían dar los multimicronutrientes en mazamoras (comida semisólida) ya que solo se les había indicado en el almuerzo.

Otra recomendación del Ministerio de Salud sobre los efectos colaterales es que las deposiciones se pondrán de color oscuro y puede ocurrir náuseas, estreñimiento o diarrea, siendo leves o pasajeras. En este caso, mayor fue la cantidad de madres del grupo de baja adherencia que manifestó sí haber recibido información, mientras que la mayoría de madres con alta adherencia enfatizó no haber sido informadas. A pesar de esto, las madres continuaron con el tratamiento debido a su experiencia de haber consumido sulfato ferroso durante su gestación, esto hizo que ellas supieran que esos malestares eran propios del consumo de hierro. Se sugiere estandarizar los puntos de información brindados durante la consejería para la suplementación para evitar

que una madre reciba más o menos información que otra, pudiendo ser la falta de información una barrera para la adherencia al tratamiento.

Los MMN se deben mezclar en preparaciones tibias, esto se ajusta a lo mencionado por las Directrices sobre las recomendaciones de uso de Sprinkles⁶ donde se recomienda que se añada los MMN a los alimentos en una temperatura inferior a 60° C. Esta recomendación no está establecido en la Directiva Sanitaria N°050⁵, pero sí en la Directiva Sanitaria N°056 que establece la Suplementación con Multimicronutrientes y Hierro para la Prevención de Anemia en Niñas y Niños Menores de 36 meses²⁶, la cual entró en vigencia en setiembre del 2014. Los MMN se debían dar lo más rápido posible para evitar el oscurecimiento de la preparación con el suplemento y evitar que el sabor a hierro se sienta en la comida. Esta recomendación se encuentra en las Directrices sobre las recomendaciones de uso de Sprinkles, mas no en las Directivas Sanitarias del Ministerio de Salud^{5,26}.

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de adherencia global sobre la suplementación con nutromix de los de los niños y niñas de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud de Corrales Tumbes presentó una adherencia regular de 48%.
2. El factor relacionado con el aspecto social según su influencia en la adherencia de la suplementación con nutromix, de los niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud de Corrales presentó una adherencia regular de 47%.
3. El factor relacionado con el personal de salud y su influencia en la adherencia de suplementación con nutromix de los niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Corrales, presentaron una adherencia regular de 75%.
4. El factor relacionado con el tratamiento y su influencia en la adherencia de suplementación de con nutromix de los niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud Corrales, presentó una adherencia regular de 54% al igual que el factor relacionado con la persona que suministra la suplementación.
5. El factor que más influyó en la adherencia a la suplementación con nutromix fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento, existiendo una relación altamente significativa, el factor con adherencia Regular fue el factor relacionado al personal de salud, existiendo una relación significativa, el factor con adherencia baja fue el factor relacionado con el tratamiento, no existiendo relación significativa.

VII. RECOMENDACIONES

1. Que la institución de salud del MINSA, diseñe y/o elabore estrategias como educación para la salud dirigida a las madres o cuidadores de la crianza del niño promoviendo la participación activa y prácticas seguras para la prevención de la anemia en los niños menores de 36 meses.
2. Que la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Tumbes establezca políticas de monitoreo y seguimiento del presupuesto por resultados para optimizar los recursos orientados a mejorar los indicadores de salud de Tumbes, con el fin de disminuir los niveles de anemia en la región Tumbes.
3. El proceso de suplementación con nutromix es una estrategia de salud pública para la prevención de anemia, que no solo depende del cumplimiento, si no de diversos factores, por lo que se debe investigar sobre todo algunos factores que en el presente estudio no fueron abordados, ya que esto podría contribuir a hallar nuevas evidencias que permitan mejorar el proceso de suplementación y hacerlo más efectivo.

VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sprinkles Global Health Initiative. Micronutrient sprinkles for use in infant and young children: Guidelines on recommendations for use, procurement, and program monitoring and evaluation. Canadá 2006; Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1316/1/Piscoche_tn.pdf.
2. Urquidi C, Mejía H, Vera C. Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso micro encapsulado. ArchPediatrUrug 2009; 80(2): 137-143. [accesado 1 de julio 2016].Disponible en:<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1077/1/34T00207.pdf>
3. Dirección Regional de Salud Ica. Suplementación con Multimicronutrientes "Estrellitas Nutricionales" a niños y niñas de 6 a 36 meses en las zonas de emergencia post sismo en las provincias de Pisco, Chincha e Ica. 2008-2009. DIRESA Ica [Publicación en Línea] 2009;[3 Set 2012]. Se encuentra en:http://issuu.com/peru.nutrinet.org/docs/experiencia_diresa_ica.
4. Chacón O. Evaluación del consumo habitual de alimentos fuente de hierro y de la aceptabilidad de la estrategia de suplementación con hierro en preescolares y escolares en el Distrito Dapital. Universidad Nacional de Colombia 2011. 77-200. [accesado 1 de julio 2016]. Disponible en:<http://www.bdigital.unal.edu.co/4460/1/05-597577.2011.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Adherencia terapéutica a los tratamientos a largo plazo.2004. Ginebra: OMS 2004; 1-39. [accesado 3 de julio 2016]. Disponible en:<file:///C:/Documents%20and%20Settings/MULTISERVPAULIT/A/Mis%20documentos/Downloads/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

6. Universidad Cayetano Heredia. Programa de cooperación Unicef-Perú proyecto "Buen Inicio" evaluación de la eficacia y la aceptabilidad del suplemento de hierro "Ferrofolíc 800" en embarazadas. 2004; 1,19. [accesado 10 de julio 2016]. Disponible en:http://www.unicef.org/peru/spanish/Informe_Anual_Unicef_Peru_2011.pdf
7. Galindo A. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011.Lima – Perú 2012; 13-20. [accesado 16 de julio 2016].Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1297/1/Galindo_bd.pdf
8. Huamán L, Aparco J, Nuñez E, Gonzáles E, Pillaca J, Mayta P. Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención. Rev.PerúMedExp Salud Pública. 2012;29(3):314-23. [accesado 20 de julio 2016].Disponible en:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300004
9. Morán T, Rodríguez R. Efecto de la administración de sulfato ferroso dos veces por semana para la reducción de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad, durante 6 meses y durante 12 meses de suplementación en comunidades rurales de Ancash, Cáritas del Perú 2012; 11-15. [accesado 23 de julio 2016].Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3417/1/Espich%C3%A1n_ap.pdf
10. Romero A. Informe del Proyecto Lucha contra la desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años de 10 zonas de extrema pobreza del Distrito de San Martín De Porres. Lima, 2011. [accesado 26 de julio 2016].Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3417/1/Espich%C3%A1n_ap.pdf.

11. Espichán, P. (2013), Factores de adherencia a la suplementación con sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, SMP. Lima [accesado 26 de julio 2016] Disponible

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3417/1/Espich%C3%A1n_ap.pdf
12. César, O. y Col, (2013), Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú 2013; RevPeruMedExp Salud Publica 229-230. [accesado 26 de julio 2016] Disponible
en:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v30_n2/pdf/a11v30n2.pdf.
13. Sammartino G. Representaciones culturales acerca de la anemia y la suplementación con hierro. Arch Argent Pediatr 2010; 108(5):401-408 / 401. [accesado 26 de julio 2016] Disponible
en:<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n5/v108n5a05.pdf>
14. Gonzales A. Informe Final de Proyecto hierrito con Sprinkles en niños menores de 5 años, VMT. 2011. Lima, enero de 2012: 1-13. [citado 29 de julio 2016]. Disponible
en:[http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/11/AVANCE%20FORMATEO%20TESIS%20ENFER%20\(BERTA%20Y%20ONADIA\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/11/AVANCE%20FORMATEO%20TESIS%20ENFER%20(BERTA%20Y%20ONADIA).pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Ministerio de Salud. Normas legales. Aprobar la Directiva Sanitaria N° 050-MINSA/DGSP-V.01-Directiva Sanitaria que establece la Suplementación Preventiva con Hierro en las Niñas y Niños Menores de Tres Años. Perú 2012; 4-7. [citado 29 de julio 2016]. Disponible
en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3417/1/Espich%C3%A1n_ap.pdf
16. Rumaldo H. Disminución de la prevalencia de anemia en el uso de Sprinkles en AAHH de Nuevo Milenio, VMT. 2011. Lima, Noviembre 2011;

- 1-11. [citado 29 de julio 2016]. Disponible en:<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v32n2/a05v32n2.pdf>.
17. M.C. Martín Arribas. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; 5(17): 23-29. [citado 30 de julio 2016] Disponible en:http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf
18. Bones R, Forns S, Chamarro L. Relación entre Adherencia al Tratamiento, Clima Familiar y Estilos Educativos. *Interam J Psychol* 2009; 43(2): 340-349. [citado 05 de agosto 2016]. Disponible en:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v43n2/v43n2a15.pdf>
19. Huamán E, Medina W, Chung J. Disminución de la prevalencia de anemia en el uso de Sprinkles en AAHH en Ventanilla –Callao. 2008-2009. ONG WorldVision: 1-11. [citado 10 de agosto 2016]. Disponible en:<https://es.scribd.com/doc/100612630/World-Vision-Peru-Sprinkles-Anemia-Vmt-2009-2010>
20. Moráis L, Dalmau S. Importancia de la ferropenia en el niño pequeño: repercusiones y prevención. *AnPediatr (Barc)*. 2011;74(6):415.[citado 15 de agosto 2016]. Disponible en:http://continuum.aeped.es/files/consensos/Jun_2011_Ferropenia%20en%20ni%C3%B1o%20peque%C3%B1o.pdf
21. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. *Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales* 2010; 1-10. [citado 20 de agosto 2016]. Disponible en:<http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>
22. Argimón J. y Jiménez J. *Métodos de investigación Clínica y epidemiológica*. 2ª edición. Barcelona, Ed. Harcourt,1999: 90-98. [citado 28 de agosto 2016]. Disponible en:<http://www.scielosp.org/pdf/gsv27n6/recension2.pdf>
23. Rojas C, Calderon M, Taipe M, Bernui I, Ysla M, Riega V. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de

residencia de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad. RevPeruMedExp Salud Pública. 2004;21(2):98-106.

24. Salinas W, Valenzuela R, Valdivia S, Blitchtein D, Flores M, Lino J, et al. Lineamientos de gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Lima: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud; 2011.
25. Ministerio de Salud y Ministerio la Mujer. Propuesta de implementación de micronutrientes en tres regiones: Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Lima: MINSA, MINDES; 2009.
26. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos para el diagnóstico de anemia por hemoglobínómetro. Lima: INS; 1997.
27. Org. Mundial Salud Ser.Inf,téc.,1959,182 ANEMIA FERROPENICA Informe de un Grupo de Estudio en ginebra Disponible en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37526/1/WHO_TRS_182_spa.pdf.

ANEXOS

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI N°deseo participar en el estudio “FACTORES DE ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON NUTROMIX EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES, QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CORRALES TUMBES 2016”, que será realizado por las bachilleres Delgado Landacay, MellissaLizeth y Madrid Clavijo DoimyLisset, que tiene como objetivo “Determinar los factores de adherencia a la suplementación con Nutromix en niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Corrales, 2016”.

Me comprometo a participar de las entrevistas que serán encuestas asumiendo que las informaciones dadas serán solo de conocimiento de los investigadores y sus asesores, quienes garantizan el respeto a mi privacidad, estoy consciente que el informe final de la investigación será publicada no siendo mencionados los distintos nombres de los participantes. Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlos con los investigadores.

Por último declaro que después de las aclaraciones realizadas consiento participar de la presente investigación.

Tumbes.....de..... 2016

FIRMA DEL INFORMANTE

DELGADO LANDACAY,
MELLISSA LIZETH

MADRID CLAVIJO, DOIMY
LISSET

ANEXO B

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA MADRE DEL NIÑO DE 6 A 36 MESES

I. PRESENTACION:

Buenos días, somos bachilleres de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes; en este momento me encuentro realizando un estudio en coordinación con el c.s de Corrales, con la finalidad de obtener información sobre "Determinar los factores de adherencia a la suplementación con Nutromix en niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud Corrales, 2016". Para lo cual se le solicita su colaboración sincera y veraz, para responder las siguientes preguntas, el cuestionario es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

II. DATOS GENERALES DEL NIÑO

1. Edad:
2. Sexo: a. Masculino b. Femenino
3. Número de hijo:
4. Tipo de seguro: SIS () ESSALUD () Ninguno ()

DATOS DE LA MADRE:

1. Edad:.....
2. Grado de Instrucción: a. Sin instrucción b. Primaria c. Secundaria d. Superior o técnico
3. Estado civil: a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Separada
4. ¿Cuántos hijos tiene?.....
5. Ocupación: a. Ama de casa. b. Estudiante c. Otros. Especificar:
6. Su ingreso económico es: a. Menor a 500 soles. b. De 500 a 1000soles. c. Más de 1000 soles.
7. Su vivienda cuenta con todos los servicios básicos: a. Si b. No

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y luego responda marcando con un aspa (X), la respuesta que considere correcta.

III. DATOS ESPECÍFICOS

A. FACTORES SOCIALES

A1. ¿En casa que tan motivados están que el niño consuma los multimicronutrientes?

- a) Mucho b) Regular c) Poco

A2. ¿Los vecinos de su localidad o sector tienen comentarios positivos sobre el consumo de Multimicronutrientes de su niño?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

A3. En casa ¿Le hacen recordar a Ud. ¿Qué le debe dar los Multimicronutrientes?:

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

A4. En las oportunidades que Ud. No pudo darle los Multimicronutrientes, ¿Dejó encargado que otra persona le de los Multimicronutrientes?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

A5. Cuántos sobrecitos se habrá olvidado de darle en un mes a su niño, porque sus actividades diarias se lo impidieron:

- a) De 10 a 15 sobrecitos (Siempre) b) De 5 a 9 sobrecitos (A veces) c) De 1 a 4 (Nunca)

B. FACTORES RELACIONADOS AL PERSONAL DE SALUD

B1. La confianza que tiene usted con respecto a lo que le dice el personal de salud sobre los Multimicronutrientes es:

- a) Alta b) Regular c) Baja

B2. Cuántas veces al mes lo visitó el personal de salud

- a) 4 visitas a más por mes (Suficiente)
b) 2-3 visitas por mes (Regular)
c) 1 visita por mes (Insuficiente)

B3. Le fue fácil de entender las indicaciones del personal de salud sobre la anemia.

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

B4. Usted acude a los controles de CRED de su niño en cada cita programada.

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

C. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

C1. Su niño o niña a tiene algún pequeño malestar luego de tomar los multimicronutrientes

a) Siempre b) A veces c) Nunca

C2. Le es difícil dar el nutromix a su niño o niña

a) Siempre b) A veces c) Nunca

C3. Los beneficios que tienen el nutromix en su niño, en comparación, con otros multimicronutrientes son:

a) Muchos b) Regulares c) Pocos

C4. Ud. Encuentra siempre el nutromix en la farmacia del centro de salud

a) Siempre b) A veces c) Nunca

D.FACTORES RELACIONADOS A LA PERSONA QUE SUMINISTRA EL SUPLEMENTO

D1. Le está dando los multimicronutrientes a su niño o niña todos los días

a) Siempre b) A veces c) Nunca

D2. Considera que las visitas a su casa, para preguntarte sobre el consumo de Multimicronutrientes es:

a) Importante b) Poco o importante c) Nada importante

D3. Comparte los multimicronutrientes con otros niños y niñas

a) Siempre b) A veces c) Nunca

D4. Los cambios positivos que ha podido ver en su niño, por el consumo de Multimicronutrientes son:

a) Muchos b) Regulares c) Pocos

D5. Ha participado usted en actividades educativas masivas ¿Sesiones demostrativas, sesiones educativas, campañas de orientación

a) Siempre b) A veces c) Nunca

D6. Deja de recoger y de darle el suplemento al niño(a) porque tuvo alguna experiencia negativa con el personal de salud o con quien distribuye los Multimicronutrientes:

a) Siempre b) A veces c) Nunca

¡Muchas gracias por su colaboración

ANEXO C

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right)$$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach.

k: Número de ítems.

V_i : Varianza de cada ítem.

V_t : Varianza total.

Obteniéndose los siguientes resultados:

Estadísticos de Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.73	15

El instrumento fue aplicado a una muestra piloto de niños de 6 a 36 meses del c.s. Pampa Grande, Tumbes.

La validez y la confiabilidad es un valor que oscila entre 0 y 1. Se dice que un instrumento tiene alta confiabilidad y validez cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0.50.

Por lo tanto, el valor obtenido fue de 0.73, el instrumento del presente estudio es altamente confiable y válido.

ANEXO D

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS/ CRITERIOS DE MEDICIÓN
1. Factores de adherencia a la suplementación con nutromix	Multiplicidad de barreras que comprometen la capacidad de la persona que suministra, así como el niño para recibir y consumir el tratamiento	<p>Puntaje asignado a cada factor de adherencia a suplementación de nutromix según grado de Respuesta</p> <p>Adherencia alta con puntaje=3</p> <p>Adherencia regular con puntaje= 2</p> <p>Adherencia baja con puntaje = 1</p>	A. Factor social	<p>Aceptación del consumo de suplemento por parte de las redes de apoyo social afectivo (familia o comunidad).</p> <p>Compromiso del familiar u apoderado para cumplir con suministrar el suplemento al niño.</p>	<p>Adherencia alta=13-15</p> <p>Adherencia Regular=8-12</p> <p>Adherencia Baja=5-7</p>
			B. Factor relacionado con el personal de salud	<p>Nivel de conocimiento y adiestramiento del personal de salud en la administración del multimicronutrientes.</p> <p>Nivel de confianza en el personal de salud</p> <p>Distribución adecuada del suplemento.</p> <p>Nivel de disponibilidad de tiempo para monitoreo de proceso de suplementación</p>	<p>Adherencia alta=11-12</p> <p>Adherencia Regular=6-10</p> <p>Adherencia Baja=4-5</p>
			C. Factor relacionado con el tratamiento	<p>Frecuencia de efectos adversos causados por el consumo del suplemento.</p>	<p>Adherencia alta=6</p> <p>Adherencia Regular=4-5</p>

			<p>D. Factor relacionado a la persona que suministra el suplemento</p>	<p>Nivel de reconocimiento de la efectividad del tratamiento.</p> <p>Nivel de complejidad del tratamiento en relación a duración total del tratamiento.</p> <p>Frecuencia del fracaso al tratamiento anterior.</p> <p>Presencia de temor ante posibles efectos adversos del tratamiento.</p> <p>Reconocimiento de la importancia del monitoreo de consumo de suplemento.</p> <p>Frecuencia del incumplimiento del tratamiento por olvido.</p> <p>Percepción positiva de los efectos inminentes del tratamiento en relación a cambios positivos.</p> <p>Frecuencia de la incredulidad en el diagnóstico.</p> <p>Nivel de motivación para superar la anemia.</p> <p>Frecuencia de frustración generada por el trato del personal de salud que impide recoger o dar continuidad del tratamiento al niño.</p>	<p>Adherencia Baja=2-3</p> <p>Adherencia alta=3</p> <p>Adherencia Regular=2</p> <p>Adherencia Baja=1</p>
--	--	--	---	---	--

