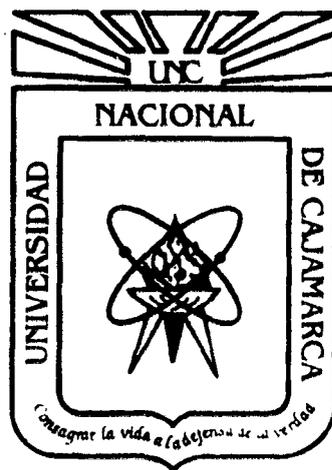


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ICHOCAN FRENTE
A LA ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES SEGÚN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS 2012 ”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

Bach. Enf. DÁVILA SILVA SONIA

Bach. Enf. FLORES SALAZAR LUZ JACQUELINE

ASESORA:

Dra. Enf. MEDINA HOYOS DIORGA NÉLIDA

CAJAMARCA - PERÚ
2013

INDICE

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA CIENTIFICO

1.1.	Definición y delimitación del problema.....	1
1.2.	Formulación del problema.....	4
1.3.	Justificación.....	5
1.4.	Objetivos.....	7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes del estudio.....	8
2.2.	Bases teóricas	13
2.3.	Base conceptual	32
2.4.	Hipótesis estadística.....	32
2.5.	Identificación de Variables	33
2.6.	Operacionalización de Variables	34

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1.	Tipo de investigación	40
3.2.	Ámbito del estudio.....	40
3.3.	Población	40
3.4.	Muestra	40
3.5.	Unidad de análisis.....	41
3.6.	Métodos y técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41

3.7.	Validación y confiabilidad de la escala de la actitud.....	42
3.8.	Técnicas de Procesamiento y análisis de datos.....	43

CAPÍTULO IV: PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	62

AGRADECIMIENTO

“Si confieres un beneficio, nunca lo recuerdes. Si lo recibes nunca lo olvides”.

En primer lugar a Dios, el dador de todas las cosas y quien permite que todo ocurra, por permitimos llegar a este momento.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, especialmente a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la escuela académico profesional de enfermería por albergarnos en sus aulas hasta concluir nuestra carrera profesional.

Una mención de gratitud a todas las autoridades y docentes que nos guiaron en el transcurso del presente trabajo y quienes con sus conocimientos nos formaron profesionalmente durante todos estos años con paciencia y dedicación.

A nuestros compañeros de estudio que nos permitieron compartir y entrar en sus vidas durante estos años de convivencia dentro y fuera de las aulas de clase.

Las integrantes de la presente tesis rendimos un especial tributo de agradecimiento a todas y cada una de las personas que contribuyeron con la realización de la presente tesis; leyendo, opinando, corrigiendo, dando ánimos y acompañándonos en los momentos difíciles y en los de felicidad.

“Lo importante en la vida no es el triunfo sino la lucha. Lo esencial no es haber vencido, sino luchado bien.” (Barón Pierre de Coubertin).

Dávila Silva, Sonia.

Flores Salazar, Luz Jacqueline

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida y permitirme en esta oportunidad presentar este trabajo y porque gracias a él tengo las fuerzas suficientes para continuar a pesar de las dificultades y momentos difíciles.

A mi familia y en especial a mis padres y hermanas que son, quienes me dan fuerza para salir adelante y me han demostrado su apoyo incondicional siempre.

SONIA

A Dios, por mi vida, por haberme permitido llegar hasta este punto y por su infinita bondad y amor que recibo día a día; por Bendecirme y darme todo cuanto tengo en esta vida.

A mi familia y esposo por su apoyo incondicional y paciencia en todo momento, por ser mi mejor protección y apoyo en todos los momentos de mi vida y por confiar en mí.

JACQUELINE

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tuvo objetivo determinar la relación entre “la actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud Ichocán frente a la administración de micronutrientes (chispitas nutricionales), según las características sociodemográficas, 2012.” Es de tipo descriptivo, deductivo y correlacional en una población de 60 madres beneficiarias del programa niño y que reciben la suplementación con estos micronutrientes, en el que se estudió y analizó la relación que existe entre la actitud de las madres y las características sociodemográficas de las mismas. Se usó para la recolección de datos una encuesta según la escala de Likert modificada por las autoras y fue ordenado informáticamente a través del uso de programas de Microsoft office Excel y codificado con el programa estadístico SPSS versión 20. Concluyendo en que las madres de los niños antes mencionados en su mayoría tienen actitud positiva frente a la administración de los micronutrientes. En relación a los factores sociodemográficos de las madres se encuentra que la edad de éstas se encuentra entre 26 años a más, el grado de instrucción de más de la mitad tiene únicamente primaria, referente al estado civil más de la mitad de estas son convivientes y la ocupación que tienen más de los cuatro quintos de las madres son amas de casa. Se concluyó además que existe relación entre la actitud de las madres y las características sociodemográficas.

Palabras clave: actitud, micronutrientes, madres, características sociodemográficas.

Abstract

The present research work was designed to determine the relationship between "the attitude of mothers of children aged 6 months to 3 years who Ichocán health center in the administration of micronutrients (nutritional sprinkles), by sociodemographic characteristics, 2012." The type is of descriptive, inferential and correlational in a population of 60 mothers and child program beneficiaries receiving supplementation with these micronutrients, which are studied and analyzed the relationship between mothers attitudes and sociodemographic characteristics thereof. Was used for data collection survey Likert scale as modified by the authors and was obtained by computer through the use of Microsoft office programs encoded with Excel and SPSS version 20. Concluding that mothers of children above mostly have positive attitude towards the administration of micronutrients. In relation to sociodemographic factors of mothers found that the age of these is between 26 years and older, the level of education of more than half have only primary reference to marital status more than half of these are cohabiting and occupation with more than four-fifths of the mothers are housewives. It also concluded that there is a relation between the attitude of mothers and sociodemographic characteristics.

Keywords: Actitude, micronutrients, mothers, sociodemographic characteristics.

INTRODUCCIÓN

La nutrición juega un rol fundamental en el desarrollo del ser humano desde el momento mismo de la concepción. Desde el punto de vista de la nutrición pública, los estudios realizados en el ciclo de vida confirman que existen déficits o excesos de nutrientes que influyen negativamente en el desarrollo óptimo del ser humano y causan consecuencias en la nutrición y por ende en la salud. Las deficiencias de micronutrientes son uno de los problemas que afecta a grandes grupos de la población, en especial a los más vulnerables que son los niños menores de 3 años.

La desnutrición por deficiencia de micronutrientes es un serio problema de salud pública con consecuencias devastadoras para la salud de la persona, así como para el desarrollo social y económico de las naciones. La deficiencia de micronutrientes, en especial del hierro, vitamina A y zinc es consecuencia de múltiples factores entre los cuales destaca de manera directa la dieta pobre en vitaminas y minerales así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas, siendo la población más vulnerable las niñas y niños, especialmente los menores de 36 meses de los estratos de mayor pobreza.

En el último decenio, nuestro país ha desarrollado múltiples esfuerzos para la lucha contra la desnutrición crónica y la anemia, sin embargo los esfuerzos no fueron tan compensatorios habiendo una caída de la anemia de sólo un 10%. El insumo usado para la suplementación ha sido el jarabe de sulfato ferroso, el cual operativamente ha presentado problemas logísticos de disponibilidad y en aquellos lugares donde es disponible se ha presentado problemas de adherencia al consumo, ya que por las características organolépticas del jarabe, son de baja aceptabilidad. En tal sentido desde el año 2009 se viene utilizando como alternativa en la suplementación para la prevención y el control de la anemia los multimicronutrientes en polvo (chispitas nutricionales). Sin embargo también se señala que la adherencia a la suplementación con micronutrientes desciende significativamente a partir del cuarto mes. En tal sentido, la elección del esquema de suplementación con los multimicronutrientes ha sido en periodos menores a 6 meses. Ministerio de Salud (MINSa, 2009).

Los establecimientos de salud, en el marco de la norma técnica de salud de control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desarrollan acciones para garantizar las condiciones necesarias para la prevención y el control de la anemia a través de la valoración

nutricional, dosaje de hemoglobina, suplementación con hierro, consejería nutricional y visita domiciliaria; acciones incluidas en el paquete de atención integral del niño y niña. Por lo tanto la entrega de los micronutrientes (chispitas nutricionales) a los padres o cuidadores del niño se realiza una vez al mes aprovechando los controles del programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) u otras actividades programadas para el niño en el establecimiento de salud.

Se ha caracterizado a la población femenina principalmente como responsables del cuidado de los niños y las niñas según datos extraídos del ENDES; lo que nos ha hecho enfatizar el estudio en estas personas para poder conocer cuál es la actitud que presenta frente a la administración de los micronutrientes (chispitas nutricionales); teniendo en cuenta el grado de instrucción, estado civil, ocupación y edad de la madre.

El presente trabajo está estructurado de la siguiente manera:

CAPITULO I. Definición y delimitación del problema de investigación, formulación del problema, objetivos y justificación.

CAPITULO II. En este capítulo exponemos el marco teórico, formulación del trabajo y la definición y operacionalización de las variables e indicadores del estudio.

CAPITULO III. Con la finalidad de evaluar y determinar la validez de nuestra investigación describiremos el diseño metodológico, población, muestra, unidad de análisis, instrumento de recolección de datos, validación, confiabilidad y procesamiento de datos.

CAPITULO IV. Aquí se describe, analiza y discute los resultados; planteamos las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA CIENTÍFICO

1.1. Definición y Delimitación del Problema:

Los micronutrientes, que son vitaminas y minerales necesarias en pequeñas cantidades, son esenciales para un buen comienzo en la vida y un crecimiento y desarrollo óptimos. En particular, el hierro, el zinc, la vitamina A, el ácido fólico y el yodo juegan un papel fundamental en el mantenimiento de poblaciones saludables y productivas. Con ellos, todo niño pequeño tiene mejor oportunidad para sobrevivir, aprender, prosperar y convertirse en un adulto productivo; sin estos con total seguridad, van a ver afectado su desarrollo físico e intelectual a corto mediano y largo plazo, hipotecando no solo su futuro sino el de sus familias, comunidades y sociedad en general.

Del mismo modo, cuando toda la población no tiene acceso a las vitaminas y minerales básicos, los países sufren una enorme pérdida de potencial humano. Las deficiencias de micronutrientes generalizadas en una población pueden afectar negativamente los presupuestos en salud, educación y por lo tanto debilitar la economía de un país.

La deficiencia de los micronutrientes constituye un factor de riesgo para diferentes enfermedades, algunas de ellas limitantes tanto físico como mentalmente para el ser humano. Además puede generar daños irreversibles a nivel individual, incrementan la morbimortalidad infantil y materna con impactos negativos durante todo el ciclo de vida y produce efectos negativos para el desarrollo de los países, a corto, mediano y largo plazo según el Ministerio de Salud (MINSA, 2010). Por esta razón, se convierten en un problema de salud pública especialmente en áreas rurales y en los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad: niños, niñas, mujeres embarazadas, adultos mayores, indígenas y población que vive en situación de pobreza o extrema pobreza (Martínez et al. 2010).

Al menos dos billones de persona en todo el mundo viven con deficiencia de vitaminas y minerales según la Organización Mundial de la Salud (OMS – 2010). Aproximadamente un tercio de niños y niñas menores de cinco años, en los países en

desarrollo, tienen deficiencia de vitamina A y, consecuentemente, su tasa de supervivencia está disminuida. La anemia por deficiencia de hierro en el embarazo se asocia a 115000 muertes por año, lo cual equivale a la quinta parte de las muertes maternas totales. Los hijos de estas madres probablemente sean abandonados. Del mismo modo, los niños y niñas que presentan deficiencia de micronutrientes sufren de graves repercusiones a largo plazo; si sobreviven a su infancia, sus organismos serán débiles y susceptibles a enfermedades. Otros pueden tener defectos al nacer o desarrollar ceguera temprana y además tener un rendimiento escolar deficiente. United Nations Children's Emergency Fund (Unicef, 2011)

El estado nutricional y de salud de la población infantil constituye un factor fundamental en el nivel de vida de la población y el grado de desarrollo de un país. Sin embargo en todo el mundo hay 17 millones de niños con insuficiencia ponderal, de los que 3 millones morirán cada año como consecuencia de su escaso peso. Además la OMS (2012) calcula que en todo el mundo hay al menos 20 millones de niños menores de cinco años. Se considera a menudo que estos problemas no afectan por igual a ricos y pobres, pero en realidad ambos están cada vez más asociados a la pobreza. Este hecho se conoce como la doble carga de la malnutrición.

Una de cada tres personas en el mundo es afectado por la deficiencia de vitamina A, hierro y yodo. Las manifestaciones clínicas de estas carencias son la muerte materna e infantil, respuesta inmunológica disminuida, ceguera, retardo mental y anemia afectando a todos los pueblos del mundo. Estos efectos devastadores son solo parte del problema. Otras personas residentes en áreas de bajo nivel socioeconómico, tanto del área urbana como del área rural, presentan deficiencias en micronutrientes, los cuales están imposibilitados de alcanzar su potencial o desenvolvimiento físico y mental, según el Programa de la Desnutrición Crónica Infantil (PREDECI, 2010).

El problema nutricional de niños y niñas de los países de América Latina y El Caribe no solo se limita a un déficit de peso y talla, sino también al déficit de muchos micronutrientes, que también tienen un impacto negativo en el crecimiento, la inmunidad y el desarrollo intelectual, además de aumentar la tasa de mortalidad. El problema más frecuente en la región es la anemia por carencia de hierro, que afecta a uno de cada tres niños o niñas menores de cinco años y que supera el 50% en los países de la región (Martínez et al. 2009).

Las principales causas de la deficiencia de micronutrientes en muchos países en desarrollo como el Perú, son: a) una inadecuada ingesta alimentaria, b) una baja biodisponibilidad por la forma de preparación de los alimentos, debido a la presencia de inhibidores o por interacciones con otros micronutrientes, y/o c) la presencia de infecciones asociadas. Aunque estos problemas persisten como interés básico de salud pública, no se pueden obviar otras deficiencias de múltiples micronutrientes (WHO, 2000).

La situación nutricional en el Perú ha mejorado en los últimos años sin embargo queda mucho por hacer y así lo demuestran los indicadores básicos de desnutrición en niños menores de 3 años con un 19%, anemia en niños de 6 meses a 36 meses con un 47,20% y lactancia materna exclusiva con un 71,10% según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES – 2012). La región Cajamarca es el tercer departamento con desnutrición crónica infantil en el Perú (24.8%), la provincia de San Marcos presenta una tasa de desnutrición crónica de 26,8% y el distrito de Ichocán un 26,3%. Dirección Regional de Salud (DIRESA CAJAMARCA 2012); situación que refleja la no efectividad de los programas implementados por el MINSA para revertir la situación antes mencionada.

En el proceso de desarrollo del niño llegando a los 6 meses se le suspende la lactancia materna o si se le continúa dando, esta leche ya no abastece las necesidades del niño, sumando a ésta la falta de recursos económicos suficientes para contar con los alimentos necesarios para cubrir una dieta adecuada; la falta de acceso a productos alimentarios, que tiene que ver con dificultades de disponibilidad en determinados ámbitos geográficos por aislamiento y depresión de comunidades; y la falta de información sobre nutrición, salud e higiene, hacen que la anemia tenga una alta prevalencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el documento desnutrición infantil en las Américas: en cumplimiento de los objetivos del Desarrollo del Milenio realizado en el 2008, menciona que muchas son las causas que en forma directa e indirecta contribuyen a la existencia de los problemas nutricionales. Entre estas se pueden indicar, como causas directas, el consumo de una dieta inadecuada y la presencia de infecciones que interfieren con la utilización adecuada de los nutrientes. Las causas indirectas

están relacionadas estrechamente con el índice de pobreza e incluyen la insuficiente disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad, inequidad en el acceso a los alimentos, conductas desfavorables de los miembros de la familia, en particular los prestadores de cuidados, las cuales redundan en prácticas inadecuadas de alimentación, falta de acceso y mala calidad de los servicios básicos, de salud, falta de información y educación pertinente.

Para afrontar la situación antes descrita el MINSA en convenio con el PREDECI ha puesto en marcha la administración de micronutrientes (chispitas nutricionales) desde el año 2009 con el objetivo de reducir la prevalencia de la anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses en varias regiones del Perú incluida Cajamarca. Cuando se inicia este plan de suplementación con micronutrientes, se presenta otro problema, que es la actitud de las madres frente al uso de los micronutrientes; problema que se ve reflejado en la poca disminución en las cifras de la desnutrición crónica, anemia y otros problemas de la infancia; además este problema se ha detectado a través de las visitas domiciliarias durante la realización del internado, constatando que las chispitas nutricionales estaba olvidado en algún lugar de la casa, sin ninguna precaución en su conservación, algunas veces en sus cajas y con fechas de consumo vencidas, en otras veces en la basura, situación que llamó la atención para realizar el presente trabajo de investigación ante lo cual se propone la formulación de la siguiente interrogante.

1.2. Formulación del Problema:

¿Cuál es la actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud de Ichocán frente a la administración de Micronutrientes según características sociodemográficas, 2012?

1.3. Justificación

La malnutrición por deficiencias de micronutrientes es un serio problema de salud pública con consecuencias devastadoras para la salud de la persona, así como para el desarrollo social y económico de las naciones. El Perú forma parte del grupo de países latinoamericanos que reportan elevadas tasas de deficiencias nutricionales en los niños menores de 5 años (Banco mundial 2008). La desnutrición representa un mayor riesgo de morbilidad infantil, para combatir estas deficiencias es importante la implementación de programas de suplementación, fortificación y la educación a los actores directamente involucrados en la suplementación con micronutrientes.

El daño sobre la funcionalidad intelectual, no solo ocurre a través del daño cerebral durante los primeros años de vida, sino también ocurre mediante el letargo que produce la desnutrición, por lo que el niño tiene menor oportunidad de explorar su entorno; la desnutrición produce reducción en la capacidad física e intelectual, así como también influye sobre los patrones de comportamiento durante la adultez. Los niños con desnutrición y anemia tienen una menor capacidad de aprendizaje, por lo que su rendimiento escolar disminuye, reduciendo así el retorno de la inversión educativa. Posteriormente en la adultez, la desnutrición reduce la productividad y por lo tanto los ingresos económicos, haciéndose un círculo vicioso de pobreza.

La deficiencia de hierro entre leve y moderada conlleva a consecuencias funcionales adversas. Los efectos negativos pueden medirse de acuerdo con el impacto que produce en el desarrollo cognitivo, el crecimiento y la capacidad física. Se estima que la anemia reduce 6 puntos el coeficiente intelectual de los niños. El impacto de la anemia también es visible en el estado inmunológico y la morbilidad asociada a infecciones. (Berner, E -2006).

La desnutrición y la educación nutricional presentan una relación inversa, donde los hijos de las madres que no han tenido ningún nivel de educación nutricional tienen las mayores proporciones de hijos con desnutrición, en comparación con las madres que han tenido una educación nutricional que tienen hijos con un bajo nivel de desnutrición.

La mejor forma de asegurar la buena nutrición de los niños es brindándole una alimentación balanceada que contenga a diario todos los grupos de alimentos. Sin embargo, es una realidad que en el Perú hay un deficiente consumo de micronutrientes muy importantes para los niños.

En el último decenio, nuestro país ha desarrollado múltiples esfuerzos para la lucha contra la desnutrición crónica y la anemia, sin embargo los resultados esperados no han sido tan satisfactorios reflejado esto en las cifras de la desnutrición en el Perú, Cajamarca y específicamente en la provincia de San Marcos.

En tal sentido desde el año 2009 se viene utilizando como alternativa en la suplementación para la prevención y el control de la anemia los micronutrientes en polvo, acción en la que la madre juega un papel importante, ya que ella debe tener conocimientos de estos nutrientes para una buena administración y lograr esta estrategia. La actitud de la madre será de gran importancia para aceptar o no las chispitas nutricionales; ya que es la encargada directa del menor y dependerá de los conocimientos que tenga para que pueda administrarle correctamente los micronutrientes ya que si la madre no está bien concientizada sobre los beneficios de estos no le administrará a su menor o lo hará de acuerdo a sus criterios personales.

Por tanto, el presente trabajo tiene como objetivo determinar la Actitud de las Madres frente al uso de las “Chispitas Nutricionales” que servirá de base para futuras investigaciones, así como para elaborar un Programa de educación dirigido a las madres, orientado al cambio de actitudes relacionadas con la alimentación saludable a niños menores de 3 años.

Asimismo, el profesional de enfermería podrá contar con un instrumento para realizar estudios de evaluación de la Actitud de las Madres posterior a las intervenciones que ellas realicen, respecto a los Micronutrientes y la disminución de la alta prevalencia de anemia.

1.4. Objetivos

General:

- Determinar la actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Ichocán frente a la administración de Micronutrientes (Chispitas nutricionales), según características sociodemográficas.

Específicos:

- Determinar la actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud Ichocán frente a la administración de Micronutrientes.
- Identificar las Características Sociodemográficas: Edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil en madres con niños de 6 meses a 3 años del Centro de Salud de Ichocán.
- Establecer la relación entre la Actitud de las Madres frente a la administración de Micronutrientes y Características Sociodemográficas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Las estimaciones recientes de OMS/UNICEF sugieren que el número de niños con deficiencia de Hierro y la anemia es aproximadamente 750 millones (UNICEF 2010). La deficiencia de Hierro sigue siendo el más común de las deficiencias nutricionales prevenibles a pesar de metas globales reiteradas para su reducción (OMS 2011). En los países en desarrollo, se estima que más de 40% a 50% de los niños menores de 5 años de edad tienen deficiencia de Hierro, principalmente debido a una dieta inadecuada en hierro biodisponible (UNICEF, 2010).

Las deficiencias de micronutrientes son una forma de desnutrición causada por deficiencias de vitaminas y minerales (también conocido como micronutrientes) de la dieta que son esenciales para la salud humana, el crecimiento y el desarrollo. Entre las poblaciones más vulnerables a la malnutrición de micronutrientes son los bebés, niños pequeños y mujeres embarazadas debido a sus mayores requerimientos dietéticos. Deficiencias de vitaminas y minerales afectan a un tercio de la población mundial y representan aproximadamente 7,3% de la carga mundial de morbilidad.

Los niños menores de dos años de edad son particularmente vulnerables a las deficiencias de micronutrientes. Esta forma de malnutrición es a menudo un problema importante de salud pública en las poblaciones en el mundo en desarrollo, en donde la disponibilidad de reservas diversas de alimentos es limitada. Las deficiencias comunes en los niños incluyen los de Hierro (como se mencionó anteriormente), vitamina A, Zinc y Yodo. Las deficiencias de micronutrientes ponen a las personas en mayor riesgo de mortalidad precoz, la enfermedad y la discapacidad (UNICEF, 2011).

A nivel mundial, existen datos que revelan una mejora del estado nutricional de los niños. Se calcula que el porcentaje de niños que presentan insuficiencia ponderal se ha reducido del 25% en 1990 al 16% en 2010. Durante el mismo periodo, el retraso del crecimiento en menores de cinco años ha disminuido del 40% al 27%. En Asia, se estima que el número de niños con retraso del crecimiento se ha reducido a la

mitad entre 1990 y 2010, de 190 a 100 millones. Sin embargo, en África se prevé que el número de niños con retraso del crecimiento aumente de 45 millones en 1990 a 60 millones en 2010. Pese a la mejora general, se calcula que en 2010 cerca de 104 millones de menores de cinco años tendrán insuficiencia ponderal. (UNICEF/MINSA, 2011).

Barrera L, Pomé N. (Colombia - 2010). En la tesis: “Eficacia de un programa “akayasasa” modificación de conocimientos actitudes y prácticas en nutrición de padres de niños entre 1 y 10 años de la Vereda Colorada de Colombia”. Se encontró que la prevalencia para desnutrición crónica es de 33,3%; desnutrición global 22,2%; como posibles factores de riesgo asociados a la desnutrición se encuentra: La edad de la madre de 21 a 25 años ($P=0,25$); ser madre soltera ($P=0,02$); el bajo consumo de grupo de alimentos como verduras ($p=0,029$); lácteos ($p=0,001$) y prácticas en el aumento consumo del grupo de alimentos ($p=0,00$), actitudes ($p=0,006$) y prácticas en el aumento del grupo de alimentos como proteínas ($p=0,14$). Sin embargo, se identifica el bajo poder adquisitivo de las familias (4,5 dólares americanos aproximadamente, para alimentar hasta 4 personas, en una semana) como un factor mantenedor de un estilo de alimentación poco saludable. Concluyendo que el estado nutricional es el resultado de la intervención de elementos de carácter social, económico, político, geográfico y cultural, la mal nutrición tiene su origen en un desequilibrio de alguno o casi todos estos factores.

Díaz, J. (Venezuela - 2009) en su trabajo titulado: “Factores que influyen en la desnutrición proteico en menores de cinco años”, tiene como objetivo: Determinar los factores que influyen en la desnutrición proteico energética en menores de 5 años en la parroquia Guanayen del municipio Urdaneta en el periodo enero – diciembre de 2007; un diseño descriptivo, observacional, retrospectivo de caso – control, en una muestra de 52 niños. Los resultados hallados fueron los siguientes: En relación a los posibles factores estudiados resultan factores de riesgo para la desnutrición proteica energética la lactancia materna no exclusiva hasta los 4 meses y los antecedentes personales de enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas. Mientras que cantidad de alimentos y la variedad de estos en la dieta, así como un nivel escolar de la madre superior al 9º grado (Liceo) actuaron como factores protectores; también pudimos determinar que existe una relación perjudicial entre

baja per cápita familiar, y edad de la madre menor de 19 años (Adolescente) y la malnutrición proteico energética.

Gamboa E, López N, Esperanza G, Gallo K. (Colombia - 2008). En el trabajo: **“Conocimientos, Actitudes y Prácticas Relacionados con Lactancia Materna en Mujeres en edad fértil en una población vulnerable”** realizada en la ciudad de Bucaramanga Colombia, se evaluó la Actitud que asumen las participantes cuando tienen algún familiar que se encuentra lactando, y se encontró 69,8 % actitud de apoyo en los casos, desinterés en 13,5% y solidaridad en el 12,5% de las oportunidades. Respecto a las razones que motivan la práctica de la Lactancia Materna también se encontró 97,9 % de mujeres se sienten motivadas por el hecho de ver crecer a sus hijos sanos, 97, 9 % por evitar enfermedades y alergias en el niño, 76% por información recibida sobre el tema, 64,6% por el ejemplo de otros familiares y 60,4% por la actitud positiva del esposo.

Juárez (Guatemala - 2011), investigó sobre **“La Prevención de la Desnutrición en el Oriente de Guatemala”**. El objetivo fue observar la desnutrición infantil desde un contexto de prácticas maternas y un modelo social y moral determinado desligado de la carencia de alimentos, de forma que la prevención del trastorno pasa por modificar estos comportamientos maternos. Los resultados fueron: se atribuye a la “falta de cuidado” de la mamá el origen de la desnutrición infantil; las acciones preventivas deben orientadas a evitar que las madres realicen prácticas que desemboquen en desnutrición de sus hijos; la desnutrición infantil también puede ser el resultado de diferentes comportamientos realizados durante el embarazo o incluso antes consistente en una mala dieta alimentaria.

Guirado (2010) en su estudio: **¿Cómo influye el nivel de instrucción y la situación laboral de los padres en el estado nutricional de sus hijos?** Estudio transversal analítico observacional, realizado con las historias clínicas de los niños de 0 a 23 meses de un Centro de Salud de Resistencia, Chaco - Argentina, y clasificándolos según la tabla de peso para la edad, obteniendo como resultados: Tenían hijos mal nutridos el 44,32% de las madres que no terminaron la primaria, el 30,30% de las que no finalizaron la secundaria, y el 21,03% de las que sí lo hicieron. Se observó en el estudio que el nivel de instrucción de la madre parece influir en el estado

nutricional de sus hijos, mostrando mayor tasa de mal nutrición en aquellos niños que tienen madres con bajo nivel de instrucción.

Mamani R, Mendigure J, (Lima - 2008). En la tesis titulada “**Efectividad del Programa Educativo Niño Sano y Bien nutrido para Mejorar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Seguridad Nutricional aplicado a Madres con niños menores de 1 año del Centro de Salud Moyopampa, Chosica, Lima (Perú)**”. Se obtuvo que en el grupo experimental se lograra incrementar su nivel de conocimiento de un promedio de 7,1 a un promedio de 16,4; en comparación al grupo control de un promedio de 7,2 a 7,6. En cuanto al nivel de Actitud el grupo experimental presento un promedio de 4,9 a 8,3 respectivamente el grupo control de 5,8 disminuyendo a 0,7; las prácticas sobre Seguridad Nutricional del grupo experimental muestran un promedio de 4,6 a 14,0, mientras que el grupo control tiene un promedio de 4,6 a 6,0. Y concluyó que el Programa de intervención Niño Sano y Bien nutrido, fue efectivo porque ha generado un impacto significativo en el incremento de los Conocimientos, la modificación de las Actitudes y el fortalecimiento de las Prácticas de las madres con niños menores de 1 año, sobre Seguridad Nutricional del grupo experimental en relación al grupo control; de aquellas madres donde el programa no intervino.

Hernández R, Mendigure J. (Ica - 2008). En el trabajo “**Efectividad de un Programa Educativo en la mejora de los Conocimientos y Actitudes de las Primigestas hacia la Lactancia Materna exclusiva en el Policlínico José Matías Manzanilla, Es Salud, Ica, 2005**”. Se obtuvo el siguiente resultado: La variación significativa específicamente en el incremento de los Conocimientos de las Primigestas sobre la Lactancia cuyo porcentaje asciende de 54,71 a 95,65 % según los dos instrumentos respectivamente, dejando el resultado porcentual de 31,3 %. La Actitud de dichas madres, después de la aplicación del Programa Educativo, presentó una variación significativa experimentando un incremento de 17,65% a 90,2% con una diferencia porcentual del 72,2%. Donde se concluyó que el Programa Educativo dirigido a las Primigestas, tuvo un resultado altamente significativo en relación con el incremento de los Conocimientos y con el cambio de las Actitudes hacia la Lactancia Materna Exclusiva.

Herrera (Lima - 2007). En su tesis titulada: “**Desnutrición Crónica: estudio de las Características, Conocimientos y Aptitudes de la Madre sobre Nutrición Infantil**”; donde concluyó que el grado de instrucción y el conocimiento sobre desnutrición infantil de la madre, la acción de controlar periódicamente la talla y peso del niño son factores que disminuyen la probabilidad de ocurrencia de desnutrición crónica en los niños; el riesgo de que una madre tenga un niño con desnutrición crónica es aproximadamente 85 % menor en las madres con grado de instrucción secundaria que en las madres con grado de instrucción primaria ; el riesgo que una madre tenga un hijo con desnutrición crónica es aproximadamente 54 % menor en las madres que recibieron alguna vez charlas del riesgo que una madre tenga un niño con desnutrición crónica es aproximadamente 92 % menor en las madres que llevan periódicamente a sus niños al control de talla y peso que en las madres que no realizan dicho control.

Gutierrez E, Larico L. (Loreto - 2006). En el trabajo “**Efectividad del Programa Educativo “Mejorando tu salud” para el cambio de Actitudes de las madres hacia el control del Niño sano, en el Distrito de Yurimaguas**”, donde se obtuvo el siguiente resultado: El Programa Educativo “Mejorando Tu Salud” fue generado con el propósito de intervenir sobre las percepciones y las actitudes de las madres en relación con el control a sus hijos en los Establecimientos de Salud. Por ejemplo, 60% de las madres consideran bueno el trato del personal de salud, 85% afirma que el personal de salud recuerda las virtudes positivas de las madres; 86% dice que el personal les brinda confianza; 90% confirma que los ambientes son cómodos; 86% aprecia que el tiempo de espera es adecuado; 100% juzga conveniente asistir al Establecimiento de Salud para los controles respectivos. Llegando a la conclusión de que el Programa “Mejorando Tu Salud” ha sido muy efectivo para lograr el cambio de percepción y de actitudes de las madres hacia el control al niño sano.

Calderón, (Perú - 2005). En su informe final sobre **consumo de micronutrientes (Hierro, Ácido Fólico, vitamina B1, vitamina B2, Niacina y vitamina C en mujeres en edad fértil con niños de 12 a 35 meses a nivel nacional**, tuvo como objetivo: Determinar el consumo de Hierro, Ácido Fólico, vitamina B1, vitamina B2, Niacina y vitamina C en mujeres en edad fértil y niños de 12 a 35 meses en el ámbito departamental y nacional; este trabajo es de diseño descriptivo transversal. De

acuerdo a los resultados, observamos que el consumo de la mayoría de nutrientes evaluados fue deficiente tanto en las mujeres en edad fértil como en los niños de 12 a 35 meses de edad, producto de una inadecuada nutrición el cual está estrictamente ligada a problemas de la inseguridad alimentaria que afecta nuestro país.

Pérez J (Lima - 2010), indica que "Para evitar la desnutrición en los menores de edad debe ser un trabajo de todos; nosotros como médicos en la atención oportuna y los padres de familia acudiendo a los Centros de Salud y Hospitales de referencia realizando el control del niño sano y de esta manera rebajar los índices de desnutrición en nuestro departamento".

"Queremos concienciar a la población (madres, padres de familia) para que asistan al control del niño sano, que se imparte en los Centros de Salud y que pidan las Chispitas Nutricionales, las vitaminas y otros, según esquemas que son conocidos por todos los Centros de Salud".

2.2. Base teórica

2.2.1. Teoría de la Acción Razonada – Martín Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980).

Esta teoría es un modelo general de las relaciones entre actitudes, convicciones, presión social, intenciones y conducta, pero para el presente trabajo nos centraremos sólo en sus implicaciones para la formación de actitudes. Las acciones se basan en las actitudes individuales, por lo que una teoría de la acción consiste esencialmente en una descripción de las actitudes. La información que permite la formación de las mismas es de tipo cognitivo, afectivo y conductual.

La información cognitiva se refiere a las creencias y al conocimiento que poseemos acerca de un objeto. En forma similar, la información referida a las demás personas se basa en dichos componentes y es una causa importante de la formación de nuestra respuesta afectiva. La información conductual también influye en las actitudes, ya que evaluamos nuestras propias actitudes en forma similar a cómo lo hacemos con las de los demás.

Según esta teoría, la conducta de la persona está condicionada por su intención. Para entender una conducta primero hay que saber cuál es la intención de las personas, si desean o no hacerlo. Y la intención es en una especie de balance entre dos cosas. Por un lado nuestra actitud, es decir, lo que creemos que debemos hacer. En síntesis, la teoría de acción razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que cree uno que debe hacer y la percepción que tiene de lo que los otros creen que debe de hacer.

El Modelo de Ajzen y Fishbein - Martin Fishbein e Icek Ajzen 1975, 1980.

El modelo de actitudes mejor conocido, que vincula creencias y evaluaciones, es el propuesto por Ajzen y Fishbein.

Los autores plantearon la hipótesis de que las actitudes están determinadas por las características que los observadores asocian con un objeto (sus creencias acerca del objeto). En el modelo se propone una fórmula que especifica cómo se integran las creencias importantes de los individuos para formar una actitud general:

$$A_o = \sum b_i e_i \text{ (Suma desde } i=1 \text{ hasta } i=n)$$

En la que A_o es la actitud hacia el objeto, \sum significa sumatoria, b_i es la creencia i sobre el objeto, e_i es la evaluación de la característica involucrada en la creencia i y n es el número de creencias importantes.

Cada convicción (b) es una probabilidad, comprendida entre 0 y 1, que manifiesta la certeza con la que se relaciona la característica del objeto (la intensidad de la creencia). Cada evaluación (e) es una valoración comprendida entre -3 y +3, que refleja el valor positivo o negativo que asociamos a la característica.

Origen de las Creencias - Martin Fishbein e Icek Ajzen 1975, 1980.

Si las actitudes se basan en las creencias, entonces comprender la formación de actitudes demanda considerar el origen de las creencias.

Las creencias basadas en experiencias directas con un objeto son más accesibles que las creencias basadas en experiencias indirectas, por lo que en el primer caso las

actitudes correspondientes predicen mejor las conductas basadas en ellas que las previstas en el segundo caso.

Congruencia entre Actitudes y Conducta - Martin Fishbein e Icek Ajzen 1975, 1980.

La medida de las actitudes y las conductas deben ser compatibles. Esto es, si la medida de la actitud valora una actitud general (hacia un objeto, persona o tema), entonces la medida de la conducta debe también ser general. En contraste, si la medida de la actitud evalúa una actitud específica (hacia una conducta), entonces la medida de la conducta debe también ser específica.

El segundo factor que influye en la congruencia entre actitudes y conductas es la naturaleza de estas últimas. Las actitudes predicen las conductas sólo cuando están bajo el control de la voluntad. El tercer factor es la naturaleza de la actitud. Las actitudes que se basan en la experiencia directa, predicen mejor la conducta que las actitudes basadas en la experiencia indirecta.

El cuarto factor de influencia de la congruencia entre actitudes y conductas es la dimensión de personalidad de auto supervisión, que es un atributo que se refiere al grado en el que confiamos en las señales internas de la conducta o bien en las externas. La auto supervisión escasa está basada en estados internos relevantes, como las actitudes, valores y creencias, manifestando una sustancial congruencia entre actitudes y conductas.

2.2.2. Teoría de la Disonancia Cognoscitiva - Leon festinger 1990

El concepto de disonancia cognitiva, en Psicología, hace referencia a la tensión o desarmonía interna del sistema de ideas, creencias y emociones (cogniciones) que percibe una persona al mantener al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto, o por un comportamiento que entra en conflicto con sus creencias. Es decir, el término se refiere a la percepción de incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas, todo lo cual puede impactar sobre sus actitudes.

El concepto fue formulado por primera vez en 1957 por el psicólogo estadounidense León Festinger en su obra *A theory of cognitive dissonance*. La teoría de Festinger

plantea que al producirse esa incongruencia o disonancia de manera muy apreciable, la persona se ve automáticamente motivada para esforzarse en generar ideas y creencias nuevas para reducir la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí, constituyendo una cierta coherencia interna.

Un experimento clásico realizado por León Festinger demostró la existencia de la disonancia cognitiva. El experimento consistía en pedir a una serie de sujetos que realizasen una tarea muy aburrida. Al concluir la tarea dividió a los sujetos en tres grupos, les preguntó qué les había parecido la tarea y todos opinaron que les resultó muy aburrida. A los sujetos del primer grupo, el grupo control, les dijo que el experimento había concluido y que se podían ir. A los sujetos del segundo grupo, les dijo que fuera había una persona que tenía que realizar la tarea pero que no estaba muy convencida, así que les daría 1 dólar si le decían que la tarea había sido muy divertida, con los del tercer grupo hizo lo mismo, pero en vez de un dólar les dio 30.

Al cabo de una semana Festinger llamó a todos los sujetos para preguntarles de nuevo qué les había parecido la tarea, los del primer y tercer grupo reafirmaron su anterior respuesta, que la tarea había sido muy aburrida. Sorprendentemente descubrió que los del segundo grupo creían que la tarea había sido divertida. La explicación de por qué en el tercer grupo no se produjo el efecto de disonancia cognitiva, es que para que este efecto se produzca, los sujetos deben tener la percepción de libertad de elección al realizar la conducta, y los 30 dólares que les había pagado por mentir, de alguna forma les obligaban a mentir otra vez y decir lo que primero pensaron en la primera pregunta, cosa que no estaba justificada en el segundo grupo que sólo recibió un dólar y solo mintió la primera vez.

2.2.3. Modelo de las Relaciones Interpersonales – Hildegard E. Peplau 1952.

El modelo de las relaciones interpersonales planteado por Peplau se incluye en las teorías sobre Enfermería de nivel medio, las cuales se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la Enfermería. Proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías. Son propias del ejercicio de la Enfermería y delimitan el campo de la práctica profesional, la edad del paciente, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto.

Peplau identifica dos propuestos explícitos:

- El aprendizaje de cada paciente cuando recibe una asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera.
- Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.

En su modelo se expresan los siguientes principios de base:

- Toda conducta humana tiene una importancia y estiramientos hacia una meta que puede ser la investigación de un sentimiento de satisfacción o un sentimiento de satisfacción mismo.
- Todo lo que constituye un obstáculo, o un impedimento a la satisfacción de una necesidad, un impulso o un objeto constituye “una frustración”.
- Considerando que la ansiedad puede suceder en las relaciones interpersonales, es necesario estar consciente que la enfermera puede aumentar la ansiedad del paciente no informándole bastante o no contestando preguntas, etc.
- Salud: Un término simbólico que implica un avance de la personalidad y otros procesos humanos a favor de una vida personal y social, creativa, constructiva y productiva.
- Entorno: Fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto cultural a partir del cual se adquieren los gustos, hábitos y creencias. No obstante, las condiciones generales que probablemente contribuirán a la salud incluyen siempre los procesos interpersonales.

Relación enfermera paciente.

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la

relación entre enfermera y paciente: orientación, identificación, explotación, y resolución. Peplau reconoce la ciencia de enfermería como una ciencia humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal.

Este modelo es usado en el presente trabajo porque nos sirve como base para poder interrelacionarnos con las madres de familia con quienes trabajaremos.

Esta interrelación debe ser con madurez teniendo en cuenta que cada una de ellas puede aprender de forma distinta y de esta manera ayudar a resolver algunos problemas para satisfacción de sí mismas y por lo tanto disminuir la ansiedad que estas pudieran producir.

2.2.4. Actitud.

La Actitud es la respuesta cognitiva, afectiva y mental frente a las personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados, esta reacción puede ser favorable o desfavorable; positiva o negativa **(Eiser, J.R. 1999)**

La actitud tiene tres componentes que resumimos a continuación:

- ⊗ **Componente Cognoscitivo.** Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca de objeto del cual toma su actitud. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes.

La representación Cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea erróneo no afectará para nada a la intensidad del afecto. Ejm. Las Chispitas Nutricionales contienen Hierro y es bueno para prevenir la anemia. **(Rodríguez, A. – 1991)**

- ⊗ **Componente Afectivo.** Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, Ejm: Aprecio las Chispitas Nutricionales porque ayudan en la nutrición de los niños. **(Rodríguez, A. - 1991)**

- ⊗ **Componente Conductual:** Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la Actitud. Ejm: Le voy a dar en sus alimentos las Chispitas Nutricionales. **(Rodríguez, A. -1991)**

Características de las Actitudes: (Eiser, J.R. 2008)

- La valencia o dirección. Refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo.

El componente cognoscitivo intervendrá en las razones de apoyo hacia una u otra dirección.

El conativo adoptará, en congruencia, la dirección ya prevista hacia el acto.

- La intensidad. Se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo, se puede estar más o menos de acuerdo con algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.

- La consistencia. La consistencia es el grado de relación que guardan entre si los distintos componentes de la actitud.

Si los tres componentes están acordes, la consistencia de la actitud será máxima. Si lo que sabes, sientes y haces o, presumiblemente harías, están de acuerdo, la actitud adquiere categoría máxima de consistencia.

- La suposición básica es que existe una relación entre los motivos, creencias y hábitos que se asocian con un objeto único de actitud.

Cambio de actitudes.

Las actitudes pueden cambiar de dos maneras:

- Incongruentemente. Cuando aparece una variación en la dirección, que puede ir de positiva a negativa y viceversa, o cuando se da una disminución en la intensidad inicial independientemente de cuál sea la valencia o dirección.
- Congruentemente. Cuando la variación implica un incremento en la negatividad de una actitud que era ya negativa o en la positividad de una actitud que era ya positiva.

De los estudios realizados hasta ahora, pueden aventurarse dos hipótesis:

- 1°. En igualdad de circunstancias, es más fácil lograr una valoración congruente que la incongruente.
- 2°. Las variaciones congruentes son más fáciles de conseguir cuando mayor sea la consistencia, la consecuencia y la centralización de los valores.

Factores que influyen sobre las actitudes. (Eiser, J.R. 2008).

Las actitudes se asocian normalmente con las preferencias y las antipatías y tienen, en consecuencia un contenido emocional. Cualquier condición que influya sobre la emoción, por consiguiente influye igualmente sobre las ciertas actitudes.

Nuestro humor está formado por predisposiciones temporales encaminadas a tener ciertas relaciones emocionales.

La emotividad de la persona puede influir sobre las actitudes públicas, puede depender del humor de las personas, que desempeñan un papel importante en la determinación de la recepción favorable o desfavorable de las actitudes.

Las actitudes predominantes en la sociedad pueden ser inefectivas para influir en las actitudes de muchos individuos hasta que existen sus emociones. Una vez estimuladas las emociones, las actitudes predominantes llegan a ser factores importantes en la determinación si debieran aplicarse una reacción emocional específica en un individuo o un grupo de individuos. Las reacciones desfavorables a los grupos son más comunes durante periodos de tensión, en parte porque los seres humanos tienden a ser inamistosos en tales periodos y se avivan actitudes relativamente latentes.

Debido a que las opiniones y las reacciones emocionales se asocian estrictamente, con frecuencia el humor y la actitud son difíciles de diferenciar. En general, el humor se puede considerar temporal y dependiendo de la condición fisiológica individual.

La psicología de las actitudes ha sido un tema de considerable interés en los últimos años. Pensamos a menudo que nuestras opiniones se basan en nuestro pensamiento o raciocinio. El estudio de las actitudes exige una alteración de esta creencia.

Diferencia de personalidad y actitudes. (Eiser, J.R. 2008).

Las diferencias de personalidad son muy importantes para determinar el tipo de actitud formada. Algunos individuos se inclinan hacia el radicalismo, esto hacia el conservatismo y otros evitan los extremos. Estas tendencias parecen ser tan generales que algunas veces se ha considerado como diferencias de personalidad igualmente las diferencias en confiabilidad social, decisión y emocionalidad, pueden influir sobre las actitudes en materias específicas. Otros factores como el sexo y la inteligencia, también se han mostrado que tienen efectos específicos sobre la opinión.

El factor experiencia en la formación de la actitud es nuestro principal tema de discusión, puesto que este factor es el que se altera con más facilidad. El grado en que las actitudes están influidas por la experiencia determinada en gran manera el grado en que pueden ser controladas y consideradas para las tendencias de grupo entre individuos que tengan fundamentos similares.

Formación de las Actitudes.

Sitúa a dicha formación como una síntesis entre la experiencia individual (fundamentalmente la experiencia) y el medio social en el que está inmerso el sujeto. Es así que los diversos factores personales y sociales confluyen en la formación de las actitudes y de los límites mismos de esta influencia.

A las necesidades y expectativas básicas del sujeto se verá obligado a interiorizar progresivamente para acomodar su sistema de adaptación con las necesidades y expectativas que la sociedad tiene de él. De este modo las actitudes son síntesis selectivas y simplificadas de las informaciones del medio producidas por la conjugación de la adaptación de los valores sociales con las valoraciones personales.

Esta influencia forma las actitudes y adapta la valoración genuina a factores normativos. En este sentido son muchos los canales a través de los cuales esta influencia se produce; familia, escuela, etc.; produciendo un estilo de vida sobre el cual el individuo opta por variantes singulares, que darían el estilo genuino de la vida. **(González P - 2006)**

2.2.5. Los Micronutrientes (Chispitas Nutricionales).

Los micronutrientes en polvo, conocidas como “chispitas nutricionales”, son una propuesta creativa para brindar micronutrientes a niñas y niños pequeños entre los 6 a 36 meses de edad. Son sobres individuales con una combinación de micronutrientes (hierro, vitamina A y C, ácido fólico y zinc), que se añade al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro (PREDECI, 2012). Entre las características de las Chispitas Nutricionales es que no presentan olor, no manchan los dientes, fácil de usar y muy poca probabilidad de sobredosis, fácil de transportar, el hierro encapsulado evita molestias gastrointestinales, otras vitaminas y minerales pueden ser añadidas a la formulación (MIJÁN DE LA TORRE 2010)

Formulación de las chispitas nutricionales (1 sobre = 1gr)

MICRONUTRIENTE	CONTENIDO
Hierro	12.5 mg
Zinc	5 mg
Acido fólico	160 µg
Vitamina A	300 µg
Vitamina C	30 mg

Criterio de administración de las chispitas nutricionales. (PREDECI 2011)

a. Criterios de inclusión:

- ☒ Niños nacidos a término con peso adecuado para su edad gestacional.
- ☒ Niños de 6 a 30 meses de edad.
- ☒ Niños cuyos padres han sido informados por el personal de salud en la atención del niño y han aceptado recibir la suplementación con multimicronutrientes.

b. Criterios de exclusión:

- ☒ Niños con evidencia clínica de anemia severa.
- ☒ Niños con evidencia clínica de desnutrición severa.
- ☒ Niños con enfermedad aguda grave que comprometa el estado general, hasta cuando sea dado de alta.
- ☒ Niños que presentan cuadro febril, hasta cuando la causa de origen sea resuelta.
- ☒ Negativa de los padres a pesar de recibir la sensibilización lo cual debe quedar registrado en la historia clínica.

Inicio de suplementación.

Criterios de decisión del inicio del esquema de intervención según el estado de salud:

- ☒ Niña(o) Sano: Como parte del control de CRED, si el EE.SS se encuentra con capacidad para realizar dosaje de hemoglobina, se prescribe el dosaje, y se decide el esquema de suplementación en base al resultado del examen. Si el establecimiento de salud no realiza este examen, entonces iniciar con la suplementación.
- ☒ Niña (o) enfermo: Iniciar la suplementación una vez concluido el tratamiento de lo contrario se iniciará el esquema cuando el niños sea dado de alta.

ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN CON CHISPITAS NUTRICIONALES.

PRESENTACIÓN	EDAD DE INICIO DEL ESQUEMA(*)	DOSIS	DURACIÓN	Nº DE SOBRES POR FASE
Polvo 1g/12.5 mg de Fe elemental por sobre con adición de vitamina A, Ácido Fólico, Vitamina C, Zinc.	Niños de 6 a 30 meses.	1 sobre diario.	2 fases de suplementación: Fase 1: 6 meses de suplementación. Periodo de descanso: 6 meses de duración, entre la fase 1 y la fase 2. Fase 2: 6 meses de suplementación.	180

(*) La frecuencia de suplementación del multimicronutriente es diaria. Si se deja de dar uno o más días, continuar con la suplementación diaria, extendiéndose hasta consumir los 30 sobres recibidos.

Fuente: PREDECI 2012

Recomendaciones para su administración.

- ☒ Una vez abierto el sobre debe administrarse todo en ese momento.
- ☒ Las chispitas nutricionales no deben calentarse, hervirse o cocinarse.
- ☒ De preferencia darles las chispitas en papillas, sopas espesas, purés, mazamorras o guisos.
- ☒ No debe agregarse el contenido en líquidos como jugos, leches, mates, etc.

Recomendaciones de conservación.

- ✎ Mantener en un lugar seco y fresco.
- ✎ Mantener fuera del alcance de los niños.

Composición de las chispitas nutricionales.

A continuación realizaremos una descripción de la vitamina A, vitamina C, Ácido Fólico, Hierro y Zinc; por ser componentes de las “Chispitas nutricionales” que son el objeto de nuestro estudio.

A. Vitamina A (300 µg) – PREDECI 2011

Pertenece al grupo de las vitaminas liposolubles, llamada también antirexoftálmica, antiinfecciosa o factor promotor del crecimiento.

Funciones:

- ✎ Forman pigmentos visuales.
- ✎ Regulan las funciones normales de la piel y mucosas.

Fuentes:

- ✎ Aceites de hígado de peces (bacalao, atún, tiburón, mero)
- ✎ Yema de huevo.
- ✎ Leche, mantequilla.
- ✎ Como provitamina: Tomate, zanahoria, durazno, alfalfa, lechuga, espinaca, naranja, plátano, etc.

Deficiencias:

- ✎ Xeroftálmica, inflamación de la conjuntiva.
- ✎ Nictalopía o ceguera nocturna (falta de regeneración de la rodopsina de los bastoncitos de la retina).

- ⊗ Hemeralopía o ceguera diurna.
- ⊗ Queratomalacia. Queratinización de la córnea transparente.
- ⊗ Atrofia de los epitelios. Produce hiperqueratosis foliar de la piel, mostrándose escamosa, seca y áspera.
- ⊗ Disminución del crecimiento de los huesos. Detiene la reproducción celular en el cartílago de crecimiento de los huesos.
- ⊗ Produce lesiones en el sistema nervioso central (el tejido nervioso continúa creciendo mientras el cráneo no).

B. Vitamina C o Ácido Ascórbico (30 mg).

Pertenece al grupo de las hidrosolubles, conocida como la vitamina antiescorbútica.

Funciones:

- ⊗ Da resistencia a los capilares.
- ⊗ Activa los osteoblastos y fibroblastos para la formación de las fibras colágenas y sustancias fundamentales del tejido conectivo (en ausencia de la vitamina “C”, se produce vacuolización de estas células).

Fuentes:

- ⊗ Frutos cítricos: naranja, lima, limón, toronja, mandarina, melón, fresas, plátanos, cerezas, etc.
- ⊗ Algunos tubérculos: papa y nabo.
- ⊗ En la leche humana: 75 mg/lt.
- ⊗ En la leche de vaca recién extraída: 22 mg/lt.
- ⊗ Glándulas endocrinas: suprarrenales, hipófisis, cuerpo amarillo 90 a 100 mg/100gr.

- ✎ Timo, hígado, bazo.

Deficiencias:

- ✎ Escorbuto: debilidad y fatiga, pérdida del peso y apetito (anorexia).
- ✎ Dolor de huesos, articulaciones y músculos de las extremidades, mala formación de tendones.
- ✎ Las encías se inflaman y se producen hemorragias gingivales, causando ellas infecciones secundarias.
- ✎ Los dientes se mueven libremente en los alvéolos y pueden extraerse con facilidad.
- ✎ Anemia y palidez.

C. Ácido Fólico (160 µg).

Anteriormente conocido como vitamina B9, este compuesto es importante para la correcta formación de las células sanguíneas, es componente de algunas enzimas necesarias para la formación de glóbulos rojos y su presencia mantiene sana la piel y previene la anemia.

Funciones:

- ✎ Fue usado por primera vez en el tratamiento de la anemia megaloblástica de las mujeres embarazadas.
- ✎ Es una coenzima necesaria para las reacciones de síntesis de los ácidos nucleicos y para la maduración de los glóbulos rojos.
- ✎ Interviene en la formación base nitrogenada y glóbulos rojos.

Fuentes:

- ✎ Hojas verdes, hígado y carnes.

Deficiencias:

- ☒ Anemia por deficiencia de folato (megaloblástica: hematíes demasiado grandes y su contenido interno no está completamente desarrollado).
- ☒ Los hematíes son ovalados y se degeneran antes de los 120 días.

D. Hierro (12.5 mg).

Este micromineral u oligoelemento, interviene en la formación de la hemoglobina y de los glóbulos rojos, como así también en la actividad enzimática del organismo.

Participa en la formación de la hemoglobina, transporta el oxígeno en sangre y es importante para el correcto funcionamiento de la cadena respiratoria.

En animales, componente de pigmentos transportadores de oxígeno como la hemoglobina (en vertebrados), hemeritrinas (en algunos anélidos), mioglobinas (en los músculos), forma los citocromos (transportadores de electrones en las mitocondrias hacia el oxígeno favoreciendo la síntesis de ATP) y catalasas (degradada el agua oxigenada que se forma en el metabolismo celular).

Funciones:

- ☒ Transporte y depósito de oxígeno en los tejidos: El grupo hemo o hem que forma parte de la hemoglobina y mioglobina está compuesto por un átomo de Hierro. Estas son proteínas que transportan y almacenan oxígeno en nuestro organismo. La hemoglobina, proteína de la sangre, transporta el oxígeno desde los pulmones hacia el resto del organismo. La mioglobina juega un papel fundamental en el transporte y el almacenamiento de oxígeno en las células musculares, regulando el oxígeno de acuerdo a la demanda de los músculos cuando entran en acción.
- ☒ Metabolismo de energía: Interviene en el transporte de energía en todas las células a través de unas enzimas llamadas citocromos que tienen al grupo hemo o hem (Hierro) en su composición.

- ⌘ Antioxidante: Las catalasas y las peroxidas son enzimas que contienen Hierro que protegen a las células contra la acumulación de peróxido de hidrógeno (químico que daña a las células) convirtiéndolo en oxígeno y agua.
- ⌘ Síntesis de ADN: El hierro interviene en la síntesis de ADN ya que forma parte de una enzima (ribonucleótido reductasa) que es necesaria para la síntesis de ADN y para la división celular.
- ⌘ Sistema nervioso: El Hierro tiene un papel importante en sistema nervioso central ya que participa en la regulación los mecanismos bioquímicos del cerebro, en la producción de neurotransmisores y otras funciones encefálicas relacionadas al aprendizaje y la memoria como así también en ciertas funciones motoras y reguladoras de la temperatura.

Fuentes:

- ⌘ El hémico es de origen animal y se absorbe en un 20 a 30%. Su fuente son las carnes (especialmente las rojas).
- ⌘ El no hémico, proviene del reino vegetal, es absorbido entre un 3% y un 8% y se encuentra en las legumbres, hortalizas de hojas verdes, salvado de trigo, los frutos secos, las vísceras y la yema de huevo.

Deficiencia:

- ⌘ La falta de Hierro en el organismo puede producir mala síntesis proteica, deficiencia inmunitaria, aumento del ácido láctico, aumento de noradrenalina, menor compensación de enfermedades cardiopulmonares y anemia. La forma de identificarlo que demuestra carencia de hierro es una menor respuesta al estrés, menor rendimiento laboral, alteración en la conducta y mala regulación térmica.

E. Zinc (5 mg).

El Zinc es un mineral esencial para nuestro organismo. Está ampliamente distribuido en diferentes alimentos. Nuestro organismo contiene de 2 a 3 gr. de Zinc. Más del 85% del total de Zinc presente en nuestro organismo se deposita en los músculos, huesos, testículos, cabellos, uñas y tejidos pigmentados del ojo. Se elimina

principalmente en las heces a través de secreciones biliares, pancreáticas e intestinales.

El requerimiento diario va desde los 2 a 10 mg. diarios que es cubierta naturalmente en una alimentación normal.

Funciones:

- ✎ Colabora con el correcto funcionamiento de la glándula prostática y el desarrollo de los órganos reproductivos.
- ✎ Previene el acné al regular la actividad de las glándulas sebáceas.
- ✎ Interviene en la síntesis proteínas.
- ✎ Interviene en la síntesis de colágeno.
- ✎ Intervienen la respuesta frente al estrés.
- ✎ Promueve la cicatrización de heridas.
- ✎ Intensifica la respuesta inmunológica del organismo.
- ✎ Es protector hepático.
- ✎ Es fundamental para formar los huesos.
- ✎ Forma parte de la insulina.
- ✎ Es un potente antioxidante natural ya que es un componente de la enzima antioxidante superoxidodismutasa.
- ✎ Aumenta la absorción de la vitamina A.
- ✎ Ayuda a mantener los sentidos del olfato y del gusto.
- ✎ Ayuda a mantener las funciones oculares normales.

Fuentes:

- ✎ Alimentos de origen animal: Las carnes, el pescado, yema de huevo, carne de cordero, hígado, ostras, aves, sardinas, mariscos.
- ✎ Alimentos de origen vegetal: Levadura de cerveza, algas, legumbres, setas, nueces de pecán, lecitina de soya, soya, cereales integrales.

Deficiencia:

- ✎ Debilidad y manchas blancas en uñas
- ✎ Pérdida de los sentidos del gusto y olfato
- ✎ Piel con acné
- ✎ Pérdida de apetito
- ✎ Alteraciones oculares
- ✎ Retraso en el desarrollo sexual
- ✎ Alteración en el crecimiento
- ✎ Pérdida del cabello
- ✎ Cansancio y fatiga
- ✎ Impotencia, infertilidad
- ✎ Debilidad del sistema inmune, susceptibilidad a procesos infecciosos
- ✎ Aumento del nivel de colesterol sanguíneo
- ✎ Cicatrización lenta de heridas y lesiones en la piel
- ✎ Trastornos prostáticos
- ✎ Diarrea

2.3. Base conceptual

Actitud: Se puede definir a la actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativa, (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas. (Eiser, J. R. 1999).

Madre: Se define como madre a toda mujer que ha tenido un hijo o ha dado vida a un nuevo ser y está al cuidado o protección de él. (<http://sobreconceptos.com/madre>)

Administración: Se entiende al uso o proporción de un producto en el alimento del niño. <http://sobreconceptos.com/administracion>

Micronutrientes: Es una formulación en polvo constituida por Fumarato Ferroso microencapsulado, complemento vitamínico y mineral. (PREDECI – 2010).

Actitud frente a los Micronutrientes (Chispitas nutricionales). Es la reacción evaluativa, favorable o desfavorable, hacia las chispitas nutricionales, que se manifiesta en las propias creencias, sentimientos o en la intención del comportamiento. (PREDECI – 2010).

Alimentación. Consiste en la obtención, preparación o ingestión de alimentos. (<http://sobreconceptos.com/alimentacion>)

2.4. Hipótesis estadística

H0. La Actitud de las Madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud de Ichocán es negativa frente a la Administración de Micronutrientes según Características Sociodemográficas - 2012”.

H1. La Actitud de las Madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud de Ichocán es positiva frente a la Administración de Micronutrientes según Características Sociodemográficas - 2012”.

2.5. Identificación de variables.

Variable Dependiente:

- Actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años frente al uso de los Micronutrientes (Chispitas Nutricionales).

Variable Independiente:

- Características sociodemográficas
 - ☒ Edad.
 - ☒ Grado de instrucción.
 - ☒ Ocupación.
 - ☒ Estado civil.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEM
Actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años frente al uso de los micronutrientes (chispitas nutricionales).	Se puede definir a la actitud como la disposición que la madre tiene sobre los micronutrientes respecto a sus componentes, beneficios, conservación, frecuencia y forma de administración; lo que originará un afecto o tendencia a la acción de administrar este producto.	➤ Cognoscitiva	✓ Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca de objeto del cual toma su actitud. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. (Rodríguez, A. - 1991	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Composición del producto. ✓ Frecuencia de administración ✓ Forma de administración ✓ Modo de conservación. ✓ Ventajas del producto. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las Chispitas Nutricionales contienen Hierro, vitamina A, Zinc, vitamina C y Ácido Fólico. ✓ Las Chispitas Nutricionales contienen proteínas, carbohidratos y grasas. ✓ Las chispitas Nutricionales se administran todos los días. ✓ Las Chispitas Nutricionales se le da al niño (a) con dos cucharaditas de comida. ✓ Las Chispitas Nutricionales están mejor en un lugar fresco, seco, que no les de la luz del sol y fuera del alcance de los niños. ✓ Las Chispitas Nutricionales protegen contra la anemia.

	<p>(Eiser, J.R. 1999) (Rodríguez, A.1991).</p> <p>Según la Real Academia Española, la actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual.</p> <p>http://definicion.de/actitud</p>	<p>Afectiva</p>	<p>✓ Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. (Rodríguez, A. - 1991)</p>	<p>✓ Desventajas del producto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las Chispitas Nutricionales no le producen fiebre y protegen al niño (a). ✓ Las Chispitas Nutricionales no se deben hervir, cocinar o calentar. ✓ Las Chispitas Nutricionales una vez abierto deben darse todo en ese momento. ✓ Las Chispitas Nutricionales se les da a los niños (as) a partir de los 6 meses y durante seis meses. ✓ Sabe si las sustancias que contienen las Chispitas Nutricionales son buenas para los niños. ✓ Le interesa saber sobre lo que contiene las Chispitas Nutricionales. ✓ Le interesa alimentar a su niño (a) con las Chispitas Nutricionales. ✓ Me siento a gusto cuando le doy las Chispitas Nutricionales con sus comidas
--	---	-----------------	---	-----------------------------------	--

		<p>➤ Conductual</p>	<p>✓ Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. (Rodríguez, A. -1991)</p>	<p>blandas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Me interesa guardar bien las Chispitas Nutricionales porque así no le causará daño a mi niño (a). ✓ Estoy contenta por conocer las ventajas y desventajas de las Chispitas Nutricionales. ✓ Se informará más sobre lo que contiene las Chispitas Nutricionales. ✓ Le daré las chispitas nutricionales en el horario indicado. ✓ Llevará un registro de los días que debe darle las Chispitas Nutricionales a su niño (a). ✓ Tendrá cuidado de buscar un buen lugar para guardar las Chispitas Nutricionales. ✓ Se informará más sobre las ventajas y desventajas que tienen Las Chispitas Nutricionales.
--	--	---------------------	--	--

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEM
Características Sociodemográficas	<p>✓ Son parámetros que influyen en el comportamiento de las personas así como en el estudio de poblaciones humanas tales como la edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil. (INEI, 2008).</p> <p>✓ Son las características de</p>	<p>➤ Edad</p> <p>➤ Grado de instrucción</p>	<p>✓ De origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. (http://definicion.de/edad/)</p> <p>✓ Determinación de la fecha de nacimiento dada por el DNI o partida de nacimiento.</p> <p>✓ El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o</p>	<p>✗ Edad de la madre.</p> <p>✗ Años de estudio cursados.</p>	<p>➤ 15 – 20</p> <p>➤ 21 – 25</p> <p>➤ 26 – 30</p> <p>➤ 31 – 35</p> <p>➤ 36 – 40</p> <p>➤ 41 – 45</p> <p>➤ 45 – más</p> <p>✗ Analfabeta</p> <p>✗ Primaria</p> <p>✗ Secundaria</p> <p>✗ Superior</p>

	<p>una sociedad, la cual refleja su calidad de vida. Además las características sociodemográficas de los individuos: edad, sexo, estado civil, ocupación, que inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen. (Chura. F - 2003).</p>	<p>➤ Ocupación</p>	<p>definitivamente incompletos. (www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html#axzz2D).</p> <p>✓ Actividad principal realizada por la responsable del menor en estudio. (madre)</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✕ Trabajos menores e informales ✕ Ama de casa ✕ Vendedora. ✕ Agricultora ✕ Empleada ✕ Secretaria ✕ Técnico ✕ Profesional
--	--	--------------------	---	--	---

		Estado civil	<p>✓ Es el estado personal del individuo, es decir, es la situación que tiene la persona en relación con las leyes o costumbres del país sobre el matrimonio.</p> <p>(http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/C6-6.htm).</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Casada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Soltera</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Conviviente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Viuda</p>
--	--	--------------	---	--	--

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación:

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo, transversal y correlacional.

Descriptivo. Porque de acuerdo al objetivo general, se realizó la descripción de la actitud frente al uso de los micronutrientes; estableciendo los rasgos y características de la actitud frente al uso de los micronutrientes.

Trasversal. Porque el estudio se aplicó en un momento determinado.

Correlacional. Se estableció la relación existente entre la actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años del centro de salud de Ichocán y las características sociodemográficas.

3.2. Ámbito de estudio:

El ámbito en el que se desarrolló el presente estudio fue el Centro de Salud de Ichocán, un establecimiento de salud categoría I- 3, perteneciente a la DISA de Cajamarca, Red San Marcos, Micro Red Ichocán. La Jurisdicción del Centro de Salud de Ichocán está ubicada en el distrito de Ichocán y tiene una población de 1993 habitantes.

3.3. Población

El presente estudio está conformado por 60 madres con niños de 6 meses a 3 años de edad beneficiarias del programa niño y que reciben la suplementación con chispitas nutricionales en el Centro de Salud de Ichocán 2012.

3.4. Muestra

La muestra estará conformada por el 100 % de la población.

3.4.1. Criterios de Inclusión:

1. Madres cuyos hijos oscilan entre 6 meses y 3 años de edad que asisten regularmente a los controles de CRED en el Centro de Salud de Ichocán 2012.
2. Familiares que tengan a cargo la crianza de niños entre 6 meses y 3 años del Centro de Salud 2012.
3. Madres que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de Exclusión:

4. Madres que a través del consentimiento informado expresan no desean participar en el estudio.
5. Madres con niños con problemas de salud.

3.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis en el presente estudio, fue cada una de las madres y/o cuyos hijos tienen entre 6 meses a 3 años de edad que reciben micronutrientes “Chispitas nutricionales” atendidos y controlados en el Centro de Salud de Ichocán – 2012.

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó solicitando permiso mediante un oficio dirigido al Jefe del Centro de Salud de Ichocán para que se nos autorice el ingreso y acceso a la información de las madres de niños de 6 meses a 3 años de edad atendidos y controlados en el consultorio de niño sano en el Centro de Salud de Ichocán 2012, luego se aplicó el instrumento a dichas madres

A. Técnica.

Observación: A través de esta técnica pudimos corroborar la información que las madres nos dieron a cerca de la forma de administración, conservación y la preparación de las chispitas nutricionales.

3.6.1. Instrumento.

Cuestionario: Semiestructurado por las autoras, constó con preguntas cerradas y abiertas en base a los objetivos; donde se incluyó los aspectos sociodemográficos y la actitud de la madre frente a la administración de los micronutrientes en niños de 6 meses a 3 años de edad.

El cuestionario consta de dos partes:

Primera parte: Donde se describe las características sociodemográficas: Edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil.

Segunda parte: Actitud de las madres medida a través de tres componentes: cognoscitivo (10 ítems), afectivo (6 ítems) y conductual (5 ítems).

Para ello se utilizó la escala de Lickert que es la que mide actitudes; la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de ítems (21) que está estructurado con tres alternativas de respuesta:

- Muy de acuerdo. 3 puntos
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo . 2 puntos
- Muy en desacuerdo. 1 punto

Para obtener las puntuaciones de la escala Lickert, se consideró el total de preguntas por 3 respuestas, los cuales se resumieron a un valor positiva y negativa; considerando actitud positiva cuando se obtiene puntaje de 43 - 63 y actitud negativa entre 21 - 42.

3.7. Validación y confiabilidad de la escala de la actitud.

La validez del instrumento de recolección de datos se realizó a través de la consulta a tres profesionales de salud expertos en el tema en estudio quienes emitieron su opinión para realizar los ajustes en relación a la redacción y comprensión de las preguntas del cuestionario lo que facilitó el entendimiento por parte de las madres encuestadas.

La confiabilidad de la información se realizó utilizando el estadígrafo alfa de Cronbach que dio un valor de 0.750 lo cual indica que el cuestionario es confiable.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Los datos recogidos en el cuestionario fueron revisados en forma manual para verificar la redacción y realizar la codificación; luego fueron introducidos a una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010; luego transferidos al programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento de la información.

Por otra parte la información estadística fue procesada a través de las estadísticas descriptivas como frecuencias absolutas y relativas para luego establecer la correlación de las variables.

Finalmente, se elaboraron las tablas estadísticas de distribución de frecuencias y asociación de variables.

El análisis e interpretación de los datos se hizo comparando los resultados de las tablas, la literatura revisada y nuestra experiencia.

Se realizó un análisis descriptivo con las frecuencias absolutas y relativas porcentuales en función de los objetivos del estudio. Igualmente se realizó un análisis utilizando la prueba del Chi-Cuadrado en tablas de contingencia para establecer la relación entre variables, utilizando el paquete estadístico SPSS-Versión 20.

Prueba de Chi-Cuadrado

La Prueba de independencia de criterios Chi-Cuadrado en tablas de contingencia se utilizó para determinar si la relación entre dos variables (dependiente e independiente) es significativa, comparando las frecuencias observadas con las frecuencias esperadas, utilizando un nivel de confiabilidad del 95% ($p < 0.05$). Para la toma de decisiones, los valores de Chi-Cuadrado y los niveles de significancia: p , fueron calculados haciendo uso de la informática mediante el paquete estadístico SPSS. V. 20.

CAPITULO IV

PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos, organizados en tablas debidamente analizadas y discutidas a través de la estadística inferencial para determinar y analizar la relación entre la Actitud de las madres frente a la Administración de las Chispitas Nutricionales y Factores Sociodemográficos.

1. **ACTITUD DE LAS MADRES FRENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES.**

TABLA 1. Actitud de las madres con hijos de 6 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Ichocán 2012.

Actitud	Madres	
	Nº	%
Positiva	38	63,3
Negativa	22	36,7
Total	60	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos según Escala de Likert modificado por las investigadoras 2012.

En la presente tabla se observa que el 63,3% (38 madres) presentan actitud positiva y 36,7% (22 madres) negativa. Los resultados obtenidos no indican que las madres con actitud positiva aprovechan mejor los micronutrientes a favor de la alimentación de sus hijos. Estos resultados son parecidos con los reportes de Gamboa (2008), en su trabajo “Conocimientos, Actitudes y Prácticas Relacionados con Lactancia Materna en Mujeres en edad fértil en una población vulnerable” quien al evaluar la actitud de los padres y de los familiares se encontró una actitud positiva de parte de los mencionados frente a la nutrición del niño.

Asimismo Hernández (2008) en su trabajo “Efectividad de un Programa Educativo en la mejora de los Conocimientos y Actitudes de las Primigestas hacia la Lactancia Materna exclusiva en el Policlínico José Matías Manzanilla, Essalud, Ica, 2005”, se encontró que después de la aplicación del Programa Educativo la Actitud de las madres experimentó un cambio, incrementando el porcentaje de Actitud positiva de las madres.

Mamani (2008) en la tesis “Efectividad del Programa Educativo Niño Sano y Bien nutrido para Mejorar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Seguridad Nutricional aplicado a Madres con niños menores de 1 año del Centro de Salud

Moyopampa, Chosica,” logró modificar la actitud de las madres de los niños en forma positiva.

Estos resultados nos indican que tener actitud positiva permite aceptar con mayor disposición a los micronutrientes, considerando las ventajas que estas tienen frente a la nutrición de sus hijos.

2. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MADRES DEL CENTRO DE SALUD DE ICHOCÁN

TABLA 2. Características Sociales de las madres con hijos de 6 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Ichocán – 2012.

Características sociales	Total	
	Nº	%
Grado de Instrucción		
Analfabeta	06	10,0
Primaria	35	58,3
Secundaria	18	30,0
Superior	01	1,7
Estado Civil		
Casada	18	30,0
Soltera	08	13,3
Conviviente	33	55,0
Viuda	01	1,7
Ocupación		
Trabajos informales	02	3,3
Ama de casa	53	88,3
Agricultora	03	5,0
Empleada	01	1,7
Técnica	01	1,7
Total	60	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos según Escala de Liket modificado por las investigadoras 2012.

En la presente tabla se observa que en relación a la característica sociodemográfica de las madres con hijos menores de 3 años es de la siguiente manera: Grado de Instrucción del 100% de madres, 68,3% están entre analfabetas (10%) e Instrucción primaria (58,3%); 30% secundaria y 1,7% superior.

Estos resultados son corroborados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI - 2010). Cuando refiere que el grado de instrucción de las mujeres en comparación a censos anteriores (1997) las mujeres no poseían grado de instrucción ya que los padres preferían que se queden en casa a ayudar en los quehaceres del hogar. En la actualidad muchos padres de familia se esfuerzan en dar mejor calidad de vida e instrucción a sus hijos, a pesar de los bajos recursos económicos y al deficiente acceso de los servicios escolares.

Así mismo Guirado (2010) señala que el grado de instrucción de las madres es de gran importancia ya que les permite brindar un mejor cuidado de la salud de sus hijos y por ende de su familia y que madres con bajo grado de instrucción tienen a sus hijos desnutridos y las de alto grado de instrucción tienen a sus hijos bien nutridos, con lo que podemos indicar que a mejor grado de instrucción mejor cuidado de la salud de sus hijos y familia.

Los resultados obtenidos coinciden con los datos reportados por la ENDES (2012) que menciona que en el Perú 32,8% de las mujeres eran solteras y 57,0% de las entrevistadas se encontraban en unión (23,1% casadas y 33,9% en unión consensual); el 10,2% de mujeres en edad fértil eran separadas, divorciadas o viudas.

En relación al estado civil predomina la convivencia con 55,0%; luego se encontró que 30,0% son casadas; 13,3% madres solteras y 1,7% viudas. Estos resultados son parecidos a los reportes del INEI (2010) donde se indica claramente que la convivencia ha aumentado (2003 - 28,8% y 2010 - 29,1%) en cambio el estado civil casado ha disminuido progresivamente.

El estado civil tiene gran influencia en el estado nutricional de los hijos porque tanto las madres casadas como convivientes tienen apoyo de su esposo o pareja quién da mayor estabilidad psíquica a las madres y a los hijos y por ende a la familia.

Por último observamos en la tabla que las madres con hijos de 6 meses a 3 años, según su ocupación, tenemos que del 100% de las madres 88,3% son amas de casa, seguido de 5% de las madres que son vendedoras, 3,3% se dedican a trabajos menores e informales y 1,7% las empleadas y técnicas respectivamente. Las mujeres tienen como mayor ocupación, ser amas de casa, resultados que coinciden con los reportes del censo de población (2010) donde se resalta a la ocupación de amas de casa en las mujeres de toda la región Cajamarca en la zona rural.

Estos resultados son refrendados por lo reportado en el censo del INEI (2010) donde refiere que existen diferencias en la ocupación de las madres de las zonas urbanas y rurales; las madres de las zonas rurales se dedican en su mayoría a las labores del hogar a diferencia de las madres de la zona urbana; a pesar de que esta situación ha ido cambiando progresivamente con el transcurso de los años.

Los resultados encontrados en el presente trabajo son opuestos a lo reportado por Arroyo y Correa (2005); quienes plantearon que en la actualidad la participación femenina en los diferentes campos laborales es más amplia, la mujer ya no depende totalmente del esposo y ayuda en la estabilidad del hogar, para dar una seguridad económica a su familia, asimismo se constituye en el principal estímulo para salir adelante, ya que su ingreso se ha vuelto imprescindible para la supervivencia de los hogares.

3. CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA DE LAS MADRES DEL CENTRO DE SALUD DE ICHOCÁN.

TABLA 3. Edad de las madres con hijos de 6 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Ichocán 2012.

Edad	Total	
	Nº	%
15 – 20	08	13,3
21 – 25	11	18,3
26 – 30	15	25,0
31 – 35	12	20,0
36 – 40	09	15,0
41 – 45	03	5,0
45 – más	02	3,3
Total	60	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos según Escala de Likert modificado por las investigadoras 2012.

En la presente tabla se observa que el 25,0% de madres tienen edades entre 26–30 años, seguido del 20,0% de 31 a 35 años; 18,3% de 21-25 años; 15% de 36-40 años; 13,3% menores de 20 años; de lo que podemos rescatar 63.3% están en la edad adecuada para tener hijos y dedicar más tiempo para el adecuado cuidado de la salud y en especial de la nutrición de sus hijos.

Además se encontró específicamente que las edades de las madres participantes fluctúan entre 15 y hasta más de 45 años, 13,3% están entre 15 y 20 años; resultados que según el INEI (2011) las mujeres incluso menores de 18 años; tanto en el distrito de Ichocán como a nivel de todo el Departamento de Cajamarca inician a temprana edad su reproducción sexual aunque se aprecia una tendencia hacia el cambio en la población más jóvenes esto se observa a través de los últimos censos realizados (2010).

TABLA 4. Edad y Actitud frente a la administración de Micronutrientes (Chispitas Nutricionales), de las madres atendidas en el Centro de Salud Ichocán 2012.

Edad	Actitud				Total	
	Positiva		Negativa		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
15 – 20	05	8,3	03	5,1	08	13,4
21 – 25	07	11,7	04	6,7	11	18,4
26 – 30	10	16,7	05	8,3	15	25,0
31 – 35	07	11,7	05	8,3	12	20,0
36 – 40	07	11,7	02	3,3	09	15,0
41 – 45	01	1,6	02	3,3	03	4,9
45 a más	01	1,6	01	1,7	02	3,3
Total	38	63,3	22	36,7	60	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos según Escala de Liket modificado por las investigadoras 2012.

$$X^2 = 23,28 \quad P = 0,08$$

En esta tabla se observa que el 63,3% de las madres que conforman la muestra en estudio, tuvieron actitud positiva frente a la administración de micronutrientes y las edades de éstas se encuentran entre 15 a > de 45 años, en donde prevaleció los grupos etáreos de 21 a 35 años con 40,1%.

Estos resultados nos muestran que las adultas jóvenes y adultas propiamente dichas son las que desarrollan actitudes positivas frente a la administración de micronutrientes (chispitas nutricionales) de sus hijos de manera general y de manera específica que contribuyen a mejorar la nutrición, porque tienen acceso a los servicios de salud para recibir dicho micronutriente que está considerado en la

Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años.

En las disposiciones generales mencionan la suplementación de micronutrientes que debe ser preventiva con hierro desde los 6 meses a treinta y cinco meses de edad (evidencias señalan que es la edad de mayor oportunidad) con el objetivo de prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, de reservas o requerimientos aumentados de hierro. Esta administración la prescribe el personal encargado del control de la niña y el niño; el suplemento no constituye la totalidad de requerimiento de la niña o niño, por lo tanto paralelamente a ésta, debe promoverse el aumento de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro de alta biodisponibilidad, mejorar la consistencia e incrementar la frecuencia de las comidas, mejorar el consumo de alimentos ricos en vitamina C, consumo de alimentos fortificados con hierro (harina de trigo u otros destinados a poblaciones de riesgo), se debe evitar la ingesta de sustancias que inhiben la absorción de hierro, como bebidas gasificadas, leche, infusiones, café, etc.

Además según esta norma técnica el esquema de suplementación con hierro: en niños de 6 a 35 meses, nacidos a término, con adecuado peso al nacer, se administra de 35 a 40 mg de hierro elemental por semana, desde los 6 meses de edad y durante 6 meses al año. El presente trabajo coincide con los resultados de la tesis “eficacia de un programa “akayasasa” modificación de conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición de padres de niños entre 1 y 10 años de la Vereda Colorada de Colombia”; donde se encontró que la prevalencia de desnutrición crónica es de 33.3%; desnutrición global 22.2%; como posibles factores de riesgo asociados a la desnutrición se encuentra: la edad de la madre de 21 a 25 años ($p=0.25$); ser madre soltera ($p=0.02$); bajo consumo de grupo de alimentos como verduras, lácteos y prácticas en el consumo de este grupo de alimentos.

Podemos concluir que el Chi-Cuadrado da un valor significativo (0,08), entonces consideramos que la edad es una variable importante que tiene mucho que ver en la actitud positiva de las madres para aceptar la administración de los micronutrientes (chispitas nutricionales) a favor de la nutrición de sus hijos.

TABLA 5. Grado de Instrucción y Actitud frente a la administración de micronutrientes (Chispitas Nutricionales) de las madres atendidas en el Centro De Salud De Ichocán 2012.

Grado de instrucción	Actitud				Total	
	Positiva		Negativa		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Analfabeta	02	3,3	04	6,7	06	10,0
Primaria	21	35,0	14	23,3	35	58,3
Secundaria	14	23,3	04	6,7	18	30,0
Superior	01	1,7	00	00	01	1,7
Total	38	63,3	22	36,7	60	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos según Escala de Liket modificado por las investigadoras 2012.

$$X^2 = 46,89 \quad P = 0,01$$

Los resultados de esta tabla nos indican que la cifra más relevante es 35,0% (21) y 23,3% (14) de madres con grado de instrucción primaria y secundaria respectivamente quienes presentan actitud positiva frente a la administración de micronutrientes. Hallazgos que concuerdan con los de Herrera (2009) en su investigación sobre “Desnutrición Crónica: estudio de las características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil”; donde concluyó que el grado de instrucción y el conocimiento sobre desnutrición infantil, la acción de controlar periódicamente la talla y peso del niño son factores que disminuyen la probabilidad de ocurrencia de desnutrición crónica en los niños.

También se encontró que en estos dos grupos de madres con instrucción primaria y secundaria 23,3% y 6,7% respectivamente tienen actitud negativa lo que constituye en un riesgo ya que por desconocimiento o por no querer aceptar la administración de micronutrientes (Chispitas Nutricionales) conducen a sus hijos a la desnutrición;

Herrera (2009) en el mismo estudio señala que las madres con bajo grado de instrucción 54 % tienen la probabilidad de tener hijos con desnutrición crónica.

Esta situación de las madres con grado de instrucción primaria y actitud negativa tienen mayor riesgo de tener hijos con desnutrición crónica, en cambio las madres con mayor instrucción y actitud positiva recibieron alguna vez orientación del riesgo que una madre tenga un niño con desnutrición crónica ya que periódicamente llevan a sus niños al control de peso y talla que las madres que no realizan dicho control.

Así mismo Díaz (2009) muestra la importancia del nivel escolar como factor de conocimiento y protección de la nutrición de los menores de 5 años. Mamani (2008) demostró que la educación cambia la actitud de las madres, es decir que en la medida que cambiemos la actitud cognitiva, cambiará la actitud afectiva y finalmente cambiará la actitud conductual; que coincide con los componentes de la actitud considerados en la presente investigación.

De acuerdo al valor del Chi-Cuadrado encontrado (0,01) podemos indicar que existe una alta relación significativa entre el grado de instrucción y la actitud de la madre frente a la administración de los micronutrientes (chispitas nutricionales) por lo tanto podemos afirmar que a mayor grado de instrucción hay una actitud positiva de las madres para aprovechar las oportunidades de poderle incrementar estos productos a favor de la nutrición de sus hijos y poderlos tener en mejores condiciones nutricionales.

TABLA 6. Ocupación y Actitud frente a la administración de Micronutrientes (Chispitas Nutricionales) de las madres atendidas en el Centro de Salud Ichocán 2012.

Ocupación	Actitud				Total	
	Positiva		Negativa		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Trabajos informales	01	1,7	01	1,7	02	3,3
Ama de casa	34	56,6	19	31,6	53	88,3
Agricultora	02	3,3	01	1,7	03	5,0
Empleada	00	00	01	1,7	01	1,7
Técnico	01	1,7	00	00	01	1,7
Total	38	63,3	22	36,7	60	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos según Escala de Liket modificado por las investigadoras 2012.

$$X^2 = 24,89 \quad P = 0,06$$

Referente a los resultados de esta tabla se puede observar que 56,6% de madres tienen como ocupación amas de casa y presentan una actitud positiva frente a la administración de micronutrientes, así mismo lo relacionado a la dedicación que prestan al cuidado de sus hijos sobre todo en el tema de la nutrición.

Resultado que coincide con Juárez (2011) quien realizó un estudio sobre “La prevención de la desnutrición en Guatemala” y señala que la desnutrición infantil desde un contexto de prácticas maternas y un modelo social y moral determinado; desligado de la carencia de alimentos, de forma que la prevención del trastorno pasa por modificar estos comportamientos maternos. Los resultados fueron: que el origen de la desnutrición infantil está en la “falta de cuidado” de la mamá; las acciones preventivas deben estar orientadas a evitar que las madres realicen prácticas que desemboquen en desnutrición de sus hijos; la desnutrición infantil también puede ser el resultado de diferentes comportamientos realizados durante el embarazo o incluso

antes por una mala dieta alimentaria, entonces si estas variables las relacionamos con la edad y el Grado de instrucción y la actitud positiva estas madres van a tener mayor oportunidad de buscar la forma de cuidar mejor a sus hijos y evitar la desnutrición crónica infantil.

Para Mamani (2010) identificó que el bajo poder adquisitivo de las familias (4,5 dólares americanos aproximadamente, para alimentar hasta 4 personas, en una semana) como un factor que influye en el tipo de alimentación saludable. Concluyendo que el estado nutricional es el resultado de la intervención de elementos de carácter social, económico, político, geográfico y cultural; y que la malnutrición tiene su origen en un desequilibrio de alguno o casi todos estos factores.

Con lo que podemos concluir que existe una relación significativa (0,06) entre la ocupación y la actitud frente a la administración de micronutrientes (chispitas nutricionales) ya que las amas de casa tienen mayor oportunidad de cuidar a sus hijos y buscar formas de cómo fortalecerlos para tenerlos en buenas condiciones nutricionales.

TABLA 7. Estado Civil y Actitud frente a la administración de Micronutrientes (Chispitas Nutricionales) de las madres atendidas en el Centro de Salud Ichocán 2012.

Estado civil	Actitud				Total	
	Positiva		Negativa		N°	%
	N°	%	N°	%		
Casada	10	16,7	08	13,3	18	30,0
Soltera	03	5,0	05	8,3	08	13,3
Conviviente	24	40,0	09	15,1	33	55,0
Viuda	01	1,6	00	00	01	1,7
Total	38	63,3	22	36,7	60	100

FUENTE: Ficha de Recolección de datos según Escala de Liket modificado por las investigadoras 2012.

$$X^2 = 46,01 \quad P = 0,02$$

Esta tabla nos muestra los resultados en relación al estado civil y la actitud de las madres frente a la administración de micronutrientes donde se encontró que 40% de madres son convivientes y presenta actitud positiva; que no concuerda con resultados encontrados en la Tesis “Eficacia de un Programa “akayasasa” Modificación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en nutrición de padres de niños entre 1 y 10 años de la vereda colorada de Colombia”; se encontró que la prevalencia de desnutrición crónica es de 33.3%; desnutrición global 22.2%; como posibles factores de riesgo asociados a la desnutrición se encuentra: la edad de la madre de 21 a 25 años ($p=0.25$); ser madre soltera ($p=0.02$); bajo consumo de grupo de alimentos como verduras, lácteos y prácticas en el consumo de este grupo de alimentos.

CONCLUSIONES

- ✓ Las madres de los niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud de Ichocán en su mayoría tienen Actitud positiva frente a la administración de los Micronutrientes esto se debe a que las madres adquieren mayor experiencia a través de los años y por tanto tienen más conocimientos; disposición de tiempo por la ocupación que desarrollan de ser amas de casa.
- ✓ En relación a las características sociodemográficas se encontró que la mayoría tienen el grado de instrucción entre primaria y secundaria, en relación al estado civil la mayoría son convivientes y en cuanto a la ocupación son amas de casa. Así mismo se encontró que en relación a la edad la mayoría de madres está entre 21 y 35 años de edad apropiada para la reproducción.
- ✓ Referente a la relación entre la actitud y las características sociodemográficas de las madres y de acuerdo a la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson todos tienen un nivel de significancia p value menor a 0.05 que nos indica que existe alta relación significativa entre la actitud de las madres, edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil.

Por lo tanto se acepta la Hipótesis Alternativa: “La Actitud de las Madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud de Ichocán es positiva frente a la Administración de Micronutrientes según Características Sociodemográficas 2012”.

RECOMENDACIONES

- ✓ A los profesionales de enfermería del Centro de Salud de Ichocán como miembros del equipo de salud y cumpliendo con las actividades Preventivo-Promocionales en el primer nivel de atención, mediante el Programa de Crecimiento y Desarrollo, promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas fundamentalmente a las madres y también a la población en general, enfatizando la importancia de los Micronutrientes (Chispitas Nutricionales).

- ✓ A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca apoyar e incentivar en la realización de estudios con enfoque transcultural, el cual brinde aportes a la ciencia

- ✓ A la Facultad de Ciencias de la Salud, realizar estudios similares en otras poblaciones o áreas de estudio, a fin de conocer la problemática en torno a las variables relacionadas con la Administración de los Micronutrientes (Chispitas Nutricionales), así como para verificar si los resultados encontrados son similares a los del presente estudio.

- ✓ Desarrollar investigaciones en base a estos resultados donde se analicen las actitudes negativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera L, Pomé N. Eficacia de un programa “akayasasa” modificación de conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición de padres de niños entre 1 y 10 años de la Vereda Colorada, Tunja, Boyaca; Colombia. Tunja: Universidad Peruana Unión; 2007.
2. Calderón M. 2.Informe final sobre consumo de micronutrientes (hierro, ácido fólico, vitamina B1, vitaminaB2, niacina y vitamina c) en mujeres en edad fértil y niños de 12 a 35 meses a nivel nacional 2005 <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/045689.pdf> .
3. Díaz J. Factores que influyen en la desnutrición proteico en menores de 5 años 2007.
4. Festinger L. A Theory of Cognitive. Dissonance 1957. http://es.wikipedia.org/wiki/Leon_Festinger.16.
5. Fishbein M, Ajzen I. An Introduction to Theory and Research. Belief, Attitude, Intention, and Behavior. Madrid: Universidadde Murcia; 1975. p. 166.15.
6. Gamboa E, López N, esperanza G, Gallo K. Conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable, 2008.
7. Gutiérrez E, Larico L. Efectividad del programa educativo "mejorando tu salud" para el cambio de actitudes de las madres hacia el control al niño sano, en el distrito de Yurimaguas, Loreto, Perú, 2006. [Electrónico]. Loreto:Universidad Peruana Unión.; 2006.
8. Hernández R, Mendigure J. Efectividad de un programa educativo en la mejora de conocimientos y actitudes de las primigestas hacia la lactancia materna exclusiva, en

- el Policlínico José Matías Manzanilla, EsSalud, Ica, 2008. [Electrónico]. Ica: Universidad Peruana Unión; 2008
9. Herrera A. Desnutrición crónica: estudio de las características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil [Tesis de bachillerato]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007
10. INEI. Perú, encuesta demográfica y de salud familiar 2009, visión nacional y departamental.
11. Juárez L. La prevención de la desnutrición en el oriente de Guatemala. Fundación index. 2006, agosto.
12. Mamani R, Mendigure J. Efectividad del programa educativo niño sano y bien nutrido para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del centro de salud Moyopampa, Chosica, Lima (Perú), 2008. [Electrónico]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2008.
13. Ministerio de salud. Monitoreo nacional de indicadores nutricionales 2008 – 2011. [Htte://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/1/248/cenan/jer.248](http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/1/248/cenan/jer.248).
14. Organización mundial de la salud. Nutrición: OMS; 2011: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.
15. Peplau H. El modelo de Peplau. Wikipedia; 1909.
16. http://es.wikipedia.org/wiki/Hildegard_Peplau.17. Rodriguez A. Psicología social. 2006.
17. Romero F. Estabilidad de vitaminas, vida comercial y bioaccesibilidad de folatos – hierro en fórmulas infantiles de continuación y crecimiento. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
18. <http://es.scribd.com/doc/50282619/22/REFERENCIAS-BIBLIOGRAFICAS>.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTITUD FRENTE A LAS CHISPITAS NUTRICIONALES

CUESTIONARIO

Nº.....

Fecha.....

Presentación:

Sra. Muy buenos días Soy Bachiller en Enfermería, egresada de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, estoy realizando un estudio con el objeto de conocer su actitud frente al consumo de las chispitas nutricionales por su hijo, los resultados servirá exclusivamente para la los fines de la presente investigación. Los datos aportados serán de gran relevancia para nuestro propósito y de completa confidencialidad, por lo que agradezco anticipadamente su colaboración.

Instrucciones:

A continuación le formulare algunas preguntas que pretenden recopilar información acerca de las chispitas nutricionales. Cualquier duda que tenga respecto a las preguntas, no dude en hacerla llegar a la encuestadora.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

1. **Edad:**.....años

2. **Grado de instrucción**

a) Analfabeta ()

b) Primaria ()

c) Secundaria ()

d) Superior ()

3. Ocupación.

a) Trabajos menores e informales ()

b) Ama de casa ()

c) Vendedora ()

d) Agricultora ()

e) Empleada ()

f) Secretaria ()

g) Técnico ()

h) Profesional ()

Mensualmente cuánto gana:.....

4. Estado civil

a) Casada ()

b) Soltera ()

c) Conviviente ()

d) Viuda ()

II. ACTITUD

COMPONENTE COGNOSCITIVO

1. **Las Chispitas Nutricionales contienen el Hierro, la vitamina A, el Zinc, la vitamina c y el Ácido Fólico.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

2. **Las Chispitas Nutricionales contienen las proteínas, carbohidratos y grasas.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

3. **Las chispitas Nutricionales se administran todos los días.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

4. **Las Chispitas Nutricionales se le da al niño (a) con dos cucharaditas de comida.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

5. **Las Chispitas Nutricionales están mejor en un lugar fresco, seco, que no les de la luz del sol y fuera del alcance de los niños.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

6. **Las Chispitas Nutricionales protegen contra la anemia.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

7. Las Chispitas Nutricionales no le producen fiebre y protegen al niño (a).

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

8. Las Chispitas Nutricionales no se deben hervir, cocinar o calentar.

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

9. Las Chispitas Nutricionales una vez abierto deben darse todo en ese momento.

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

10. Las Chispitas Nutricionales se les da a los niños (as) a partir de los 6 meses y durante seis meses.

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

COMPONENTE AFECTIVO

1. Sabe si las sustancias que contienen las Chispitas Nutricionales son buenas para los niños.

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

2. Le interesa saber sobre lo que contiene las Chispitas Nutricionales.

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

3. Le interesa alimentar a su niño (a) con las Chispitas Nutricionales.

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

4. Me siento a gusto cuando le doy las Chispitas Nutricionales con sus comidas blandas.

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

5. Me interesa guardar bien las Chispitas Nutricionales porque así no le causará daño a mi niño (a).

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

6. Estoy contenta por conocer las ventajas y desventajas de las Chispitas Nutricionales.

- a. De acuerdo
- b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- c. En desacuerdo.

COMPONENTE CONDUCTUAL

- 1. Se informará más sobre lo que contiene las Chispitas Nutricionales.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

- 2. Le daré las chispitas nutricionales en el horario indicado.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

- 3. Llevará un registro de los días que debe darle las Chispitas Nutricionales a su niño (a).**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

- 4. Tendrá cuidado de buscar un buen lugar para guardar las Chispitas Nutricionales.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

- 5. Se informará más sobre las ventajas y desventajas que tienen Las Chispitas Nutricionales.**
 - a. De acuerdo
 - b. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - c. En desacuerdo.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN