

**SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO
UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
ÁREA CIENCIA DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA O RECHASO DE LAS
CHISPITAS NUTRICIONALES EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CENTRO DE
SALUD DE PORVENIR SAN MARTIN DE PORRES EN EL PERIODO DE ABRIL A
JUNIO DEL 2021**

AUTORA

BARBARA KATHERINE GOMEZ VIDAURRE

**COBIJA – PANDO – BOLIVIA
2021.**

ACTA DE DEFENSA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA O RECHASO DE LAS CHISPITAS NUTRICIONALES EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CENTRO DE SALUD DE PORVENIR SAN MARTIN DE PORRES EN EL PERIODO DE ABRIL A JUNIO DEL 2021

AUTORA: INT. LIC. ENF. BARBARA KATHERINE GOMEZ VIDAURRE

Miembro del tribunal

Miembro del tribunal

Miembro del tribunal

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida y mi formación profesional, por los triunfos y los momentos difíciles, quien, con su bendición y fortaleza, me ha guiado con su luz divina para concluir con este proyecto de vida tan importante.

A mi esposo, por la tolerancia, paciencia y el impulso que me ha brindado, para salir adelante ante las adversidades.

A mi hija, con todo cariño, quien con su fortaleza; brindándome su apoyo y su aliento, me impulsaron con su amor, para cumplir esta meta.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradecer a dios por protegerme durante todo mi trayecto estudiantil y por darme fuerza necesaria para seguir adelante en mi vida

A la Universidad Amazónica de Pando, que me ha dado la oportunidad de aprender y fortalecer mi desarrollo profesional, a todos los Docentes que contribuyeron con sus conocimientos.

A mis Padres por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme

cada día.

Agradecer a mis familiares y amistades por brindarme su apoyo incondicional y los momentos que más necesitaba

RESUMEN

El niño de 6 a 24 meses, se recomienda enriquecer los alimentos complementarios, como ser las chispitas que son suplementos nutritivos para el niño según la OMS.

Objetivo: ayudar a las madres que entienda lo importantes que es el consumo de las chispitas nutricionales y sus beneficios, en el centro de salud de San Martín de Porres del Municipio Porvenir. **Método:** El presente trabajo de investigación, es un diseño exploratorio ya que proporciona conocimiento y entendimiento del problema que se enfrenta y que los resultados se deben considerar como preliminares o primarios para una investigación mayor. A si también se utiliza el enfoque cuantitativo y cualitativo, donde se tomará la técnica de encuesta a las madres que tenga su niño de 6 a 24 meses para sacar datos sobre los factores que influyen al rechazo de las chispitas nutricionales. Se tiene como muestra 100 madres del centro de salud san Martín

Resultado: Según los datos recolectados se logra observar que el 80% responden consideran las chispitas un tratamiento medicinal. El 80% de ellas piensa que el sabor influye en que el niño coma los alimentos y 20% indica que no. Se observa que 72% madres piensan que no hay problema en dar el alimento que sobra con chispitas en otro momento y 28% indicaron que acreditan no ser bueno da la comida que sobra con chispitas. El 64% de ellas creen que el alimento ya no sirve cuando cambia de color al agregar las chispitas y 36% que sí. **Conclusión:** según las entrevistas realizadas el factor que influye negativamente al uso de las chispitas es cuando el niño niega a comer el alimento con chispitas y la madre dejan de dar esto fue reportado por 84% de las madres. Aquí demostramos que las madres no se toman un momento más para con sus hijos y hacer que termine la preparación esto va vinculado al factor tiempo, en cuanto las creencias del uso de micronutrientes por las madres de la población infantil de 6 a 24 meses identificamos como factor negativo la creencia de las madres que piensa que el sabor de las chispitas influye en la alimentación del niño que deja de consumirlo y la madre de insistir.

PALABRA CLAVE: Adherencia, rechazo, micronutrientes, chispitas nutricionales.

ABSTRACT

The child from 6 to 24 months, it is recommended to enrich complementary foods, such as sprinkles that are nutritional supplements for the child according to WHO. Objective: to help mothers understand how important it is to consume nutritional sprinkles and their benefits, at the San Martin de Porres health center in the Municipality of Porvenir. Method: This research work is an exploratory design since it provides knowledge and understanding of the problem faced and that the results should be considered as preliminary or primary for further investigation. A if the quantitative and qualitative approach is also used, where the survey technique will be taken to the mothers who have their child from 6 to 24 months to obtain data on the factors that influence the rejection of nutritional sprinkles. The sample is 100 mothers from the San Martin health center. Result: According to the data collected, it is observed that 80% of the respondents consider the sprinkles a medicinal treatment. 80% of them think that the taste influences the child to eat food and 20% indicates that it does not. It is observed that 72% mothers think that there is no problem in giving the food that is left over with sprinkles at another time and 28% indicated that they credit not being good giving the food that is left over with sprinkles. 64% of them believe that the food no longer serves when it changes color when adding the sprinkles and 36% that it does. Conclusion: according to the interviews carried out, the factor that negatively influences the use of sprinkles is when the child refuses to eat the food with sprinkles and the mother stops giving this was reported by 84% of the mothers. Here we show that mothers do not take a moment more with their children and make the preparation finish this is linked to the time factor, in terms of the beliefs of the use of micronutrients by mothers of the child population of 6 to 24 months we identify as negative factor the belief of mothers who think that the taste of the sprinkles influences the feeding of the child who stops consuming it and the mother to insist.

KEY WORD: Adherence, rejection, micronutrients, nutritional sprinkles.

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	12
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	12
1.4. JUSTIFICACIÓN	13
2. MARCO TEÓRICO	14
3. DISEÑO METODOLOGICO	27
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
3.2. POBLACION DE REFERENCIA DEL ESTUDIO	27
3.3. MUESTRA DE ESTUDIO	27
3.3.1. <i>Criterios de inclusión:</i>	28
3.3.2. <i>Criterios de exclusión:</i>	28
3.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
4. RESULTADOS	29
5. CONCLUSIONES	32
6. RECOMENDACIONES.....	33
7. BIBLIOGRAFÍA.....	34
8. ANEXOS.....	36

INTRODUCCIÓN

Existe una reducción de aproximadamente 12%, de la prevalencia total de la anemia en niños y niñas de 6 a 59 meses. Esta reducción es significativa, Pese al escaso número de niños y niñas, la elevada prevalencia de cualquier grado de anemia en el grupo de 6-8 meses de edad, en particular de la anemia moderada, indica que la anemia se origina en edades muy tempranas, antes de los seis meses de vida.

La prevalencia de la anemia se mantiene muy elevada hasta los 23 meses de edad (período muy crítico para el desarrollo del niño o niña), luego presenta un descenso relativamente pronunciado. (ENDSA, 2016)

En Bolivia, la anemia moderada tiene una prevalencia similar a la de la anemia leve. Incluso, en algunos subgrupos etarios, la anemia moderada es dominante. Esta observación debe ser tomada en cuenta para el análisis de la composición de los suplementos de hierro que se distribuyen en el país. Por otra parte, estudios más detallados y específicos sobre el peso real de la ferropenia como causa de anemia; la identificación de otras causas de anemia y de la magnitud de la anemia en menores de seis meses, tienen gran importancia para el ajuste de las estrategias actuales orientadas a reducir la anemia en niños y niñas.

De acuerdo con resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (EDSA 2016) en Bolivia se redujo la desnutrición crónica del 32.3% al 16% en niños menores de 5 años, en todo el país. En caso de los niños de 6 a 23 meses de edad, la desnutrición crónica se redujo del 25.1% al 15.2%.

Para el departamento de Pando el tipo de anemia según nivel de hemoglobina entre 15 niños identificados con anemia en este periodo 16,4% presentaron anemia leve, 39,0 % presentaron anemia de tipo moderada. 6,4% anemia severa (ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD, 2016)

Los efectos de la anemia y deficiencia de hierro en general se relacionan a un subóptimo desarrollo y rendimiento físico e intelectual de los niños, muchas veces irreversible o difícil de subsanar cuando se produce en edades tempranas. De acuerdo con la OMS la deficiencia de hierro es la principal causa de muerte en niños menores de 5 años, seguido por la lactancia materna no adecuada. La principal estrategia en Bolivia, para el control y tratamiento de la anemia, es la suplementación con las Chispitas nutricionales.

La suplementación con chispitas nutricionales tiene como objetivo prevenir la anemia y contribuir a un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo en los niños menores de 6 meses a menor de 5 años.

El presente trabajo de investigación se realizó en el centro de salud de porvenir con el objetivo principal de determinar los factores que están relacionados para la adherencia o rechazo de las chispitas nutricionales en niños de 6 a 24 meses en el área de influencia del Centro de San Martín de Porres en el periodo de abril a junio del 2021

El trabajo de tipo descriptivo de corte transversal trabajó con los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad que fueron suplementados con los micronutrientes entre los meses de abril a junio del 2021, que residen en las diferentes comunidades del área de influencia del Centro de Salud de San Martín De Porres.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De las carencias de micronutrientes, la deficiencia de hierro es más frecuente, diversos estudios han demostrado que la mayoría de los casos de anemia son provocados por la deficiencia de hierro, aparte del hierro otros micronutrientes como la vitamina A, yodo, zinc. Que son importante para el desarrollo infantil, como ser algunas vitaminas del complejo B (como la riboflavina y el ácido fólico), y los ácidos grasos esenciales. (Espinoza Almazan, 2014)

De acuerdo a estimaciones de la O.M.S. la deficiencia de hierro sigue siendo la deficiencia nutricional más común prevenible, en los países en desarrollo. Se estima

que más de un 40% a un 50% de los niños menores de 5 años de edad son deficientes de hierro, debido principalmente a una dieta inadecuada en hierro disponible.

A nivel nacional y departamental datos estadísticos tenemos, en el Departamento de Chuquisaca datos estadísticos de anemia leve 29,7%, de anemia moderada 23,3% y 2,0% severa. En el Departamento de La Paz Datos estadísticos de anemia leve 32,6%, de anemia moderada y 3,7% de anemia severa. En el departamento de Cochabamba datos estadísticos de 26,6% de anemia leve, 19,2% de anemia moderada, anemia severa 0,6%. En el departamento de Oruro 27,2% anemia leve, 40,8% anemia moderada y 6,8% de anemia severa. En el departamento de Potosí 27,2% de anemia leve, 35,5% anemia moderada, y 6,2% de anemia severa. En el departamento de Tarija, 26,6% anemia leve, 15,6 de anemia moderada y 0,0% anemia severa. En el departamento de Santa Cruz 23,9% anemia leve, 18,5 anemia moderada y 0,3% anemia severa. En el departamento de Beni, 19,4% de anemia leve, 22,45 anemia moderada, 0,6% anemia severa. En el departamento de Pando 16,4% anemia leve, 39,0% anemia moderada, y 6,4 de anemia severa. (ENDSA, 2016)

Una deficiencia de hierro conduce a un menor aporte de hemoglobina a los eritrocitos lo que desencadena la aparición de la anemia. La anemia se define como una concentración baja de hemoglobina o hematocrito; es un trastorno en el cual una deficiencia en el tamaño o en el número de los eritrocitos, o en la cantidad de hemoglobina que contienen, limita el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y las células de los tejidos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que un varón adulto normal presenta anemia cuando los valores de hemoglobina están por debajo de los 13 g/dL, y para la mujer adulta normal menor de 12 g/ dL. En el caso de los niños de seis meses a los seis años se consideran anémicos si su hemoglobina es menor de 11 g/dL. En los niños de seis a catorce años si la hemoglobina es menor de 12 g/dL.

En el caso de los lactantes y niños pequeños la prevalencia de la deficiencia de hierro es mayor entre los cuatro meses y los dos a tres años de edad, debido a que se combina el consumo de una dieta pobre de hierro y de baja disponibilidad, con una mayor demanda de este nutriente como consecuencia de la alta velocidad de

crecimiento. Durante los primeros cuatro a seis meses de vida, el niño lactante satisface sus necesidades de hierro a expensas de sus reservas corporales y de la leche materna, que aun cuando no tiene alto contenido, éste es altamente disponible, a partir de los cuatros a seis meses de vida las reservas corporales han sido repletadas y la dieta debe aportar la cantidad suficiente para cubrir los requerimientos. El objetivo del PDES, hasta el 2020, referido a lactancia materna era aumentar la prevalencia de lactancia maternal exclusiva al 84%, pero hoy se encuentra en 58,3%. El INE considera que la disminución de la lactancia maternal constituye una “alerta” y una situación que debe corregirse de modo “urgente”. (Clavijo, 2019)

El consumo excesivo de leche de vaca, que no aporta una cantidad suficiente de hierro biodisponible, y el agotamiento de las reservas colocan a este grupo de edad en situación de riesgo de deficiencia de hierro. (Torres Lagrava & Mendoza, 2015)

Acción social contra la anemia en la niñez: En cuanto a la anemia en menores de cinco años la meta del PEDES 2016-2020 era reducir al 30% la prevalencia de niños(as) con esa deficiencia, la EDSA 2016 establece esa prevalencia en 53,7%. Entonces la principal recomendación del INE para reducirla es una “urgente toma de decisiones, acciones a gran escala y un enorme esfuerzo de coordinación para lograr la participación de la sociedad entera.

Hasta 2016, la anemia en la niñez se redujo, pero de forma insuficiente, aún es la más alta de la región y las acciones con suplementos nutricionales han dado resultados muy modestos y por eso se plantea este apoyo nutricional desde la gestación. El INE considera que los datos justifican el rediseño de políticas, normas y protocolos para el abordaje y estudio de la anemia en pediatría. (UNICEF, 2019)

Las chispitas nutricionales un suplemento que fue implementado como estrategia del ministerio de salud para mejorar la adherencia a terapias farmacológicas, incluso cuando éstas deben ser administradas por períodos cortos, debe proveerse información al paciente acerca de la importancia del cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, cuando se trata de terapias prolongadas, las intervenciones para reforzar la adherencia son más complejas e incluyen sesiones de consejería, sistemas de

recordatorios, supervisión e incentivos al personal de salud, terapia de familia, terapia psicológica, intervención de crisis, y seguimiento observado. (Machaca Florez, 2018)

Según estudios se ha establecido que no se cumple con la administración diaria de micronutriente a los niños menores de 2 años, esto porque las madres no insisten en su administración diaria ya que el 100% de ellas menciona que el sabor poco agradable de estos micro-nutrientes, esto ya es una barrera para la administración de estos debido al rechazo por los niños. (Torres Lagrava & Mendoza, 2015)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué factores se relacionan con la adherencia y/o rechazo de las chispitas nutricionales en niños de 6 a 24 meses del área de influencia del Centro de Salud San Martín en el periodo de abril a junio del 2021?

1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores que influyen para la adherencia y/o rechazo de las chispitas nutricionales en niños de 6 a 24 meses área de influencia del Centro de Salud de San Martín de Porres en el periodo de abril a junio del 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar los conocimientos sobre el uso de Chispitas Nutricionales en las madres de la población infantil de 6 a 24 meses.

Determinar las prácticas del uso de Chispitas Nutricionales en las madres de la población infantil de 6 a 24 meses.

Concientizar las creencias del uso de Chispitas Nutricionales de las madres de la población infantil de 6 a 24 meses.

1.4. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la OMS la deficiencia de hierro es la principal causa de muerte en niños

menores de 5 años, seguido por la lactancia materna no adecuada. A nivel mundial 0,5% de las muertes en esta población son atribuibles a la deficiencia de hierro. Así, en países de ingreso medio como Bolivia muertes son atribuibles a deficiencia de hierro en niños menores de 5 años.

Por todo el expuesto se considera importante la realización de la investigación visto que el combate a las deficiencias de micronutrientes en la población menor de 5 años se basa entre otros en el uso de las Chispitas Nutricionales y evaluar la adherencia permite identificar algunos factores que es necesario modificar para lograr el éxito de los tratamientos.

Desde el punto de vista de salud pública podemos indicar que se considera importante realizar la presente investigación, considerando un aporte para la institución que permite evaluar factores que influye en el estado nutricional de los niños en este enfoque se espera adquirir destreza para determinar estos factores y realizar un manejo oportuno y preventivo. ÉI lo que se constituirá en un aporte que permitirá reforzar la información al profesional de salud y potenciar la orientación a los padres o cuidadores de los niños de 6 meses a menores de 2 años. (Lopez De Romaña, 2010)

Para la institución, el presente estudio proporciona conocimientos fundamentados en la investigación, que conlleven mediante la valoración a realizar acciones orientadas en mejorar la salud y bienestar de los niños. Convirtiendo esto en una herramienta válida para la comunidad y para el equipo de salud que puede utilizar los presentes datos para diseñar acciones en educación y promoción en salud del niño menor de 2 años.

2. MARCO TEÓRICO

Introducción sobre los micronutrientes: Los micronutrientes, en generalmente derivados de la ingesta de alimentos, son pequeñas cantidades de vitaminas y minerales requeridos por el cuerpo para la mayoría de las funciones celulares. Las deficiencias más comunes de micronutrientes incluyen vitamina A, vitamina D, vitamina B12, hierro, yodo y zinc.

Las deficiencias de micronutrientes causan efectos en la salud tales como retraso en el crecimiento, retraso en el desarrollo cognitivo, baja capacidad de aprendizaje, letargo, raquitismo, infecciones recurrentes, deficiencias visuales, y la anemia (Gisbert Catari, 2017)

Chispita nutricional:

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

Los micronutrientes o también llamados "sprinkles", "chispitas" o "estrellitas" en distintos países, son micronutrientes en polvo que se usan en estrategias de fortificación casera o suplementación múltiple. Son una alternativa innovadora y efectiva para la entrega de vitaminas y minerales esenciales, se presentan en un sobre que contiene 1 g de polvo insípido. (Villarreal Rocha, 2013)

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

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

A que se denomina Adherencia:

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) define “**adherencia terapéutica**” como “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Y por qué hay rechazo:

Las formas de preparación y la temperatura que las madres y/o cuidadores ofrecen al niño/a, ocasionan rechazo y por tanto el bajo consumo de las chispitas nutricionales, por otro lado, el desconocimiento de los beneficios por parte de la mayoría de las madres y/o cuidadores es un factor que incide en el bajo consumo y por tanto se genera el rechazo. (Villarreal Rocha I. , 2013)

NUTRIENTES

Existen seis clases principales de nutrientes que el cuerpo necesita: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. Es importante consumir diariamente sus seis nutrientes para construir y mantener una función corporal saludable.

Una salud pobre puede ser causada por un desbalance de nutrientes ya sea por exceso o deficiencia. La nutrición infantil se refiere a los alimentos que consumen un niño o bebé para recibir los nutrientes que necesarias para vivir. El cuerpo de los niños utiliza nutrientes de los alimentos para desarrollarse y mantenerse saludable. Los nutrientes incluyen: Vitaminas. (Unicef)

TIPOS DE NUTRIENTES

Macronutrientes

Nutrientes requeridos en grandes cantidades por el organismo humano y que además aportan la energía necesaria para las diversas reacciones metabólicas, así como construcción de tejidos, sistemas y mantenimiento de las funciones corporales en general. Incluyen proteínas, grasas, hidratos de carbono y algunos minerales, se requieren en grandes cantidades.

Micronutrientes

El término micronutrientes se refiere a las vitaminas y minerales cuyo requerimiento diario es relativamente pequeño pero indispensable para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo y en consecuencia para el buen funcionamiento del cuerpo humano.

Unos de los más importantes micronutrientes son el yodo, el hierro y la vitamina A que son esenciales para el crecimiento físico, el desarrollo de las funciones cognitivas y fisiológicas y la resistencia a las infecciones.

Existen otros micronutrientes como el zinc, el ácido fólico, el calcio y todas las vitaminas y minerales.

A continuación realizaremos una descripción de la vitamina A, vitamina C, ácido fólico, hierro y zinc; por ser integrantes de las “Chispitas Nutricionales” que son objeto de nuestro estudio.

COMPOSICIÓN DE LAS CHISPITAS NUTRICIONALES

Vitamina A (300 mcg)

Pertenece al grupo de las vitaminas liposolubles (soluble en grasa) es esencial para el organismo. La vitamina A llega al organismo proveniente de dos fuentes: como provitamina A, en forma de carotenos presentes en los alimentos de origen vegetal y como retinoides o vitamina A preformada, provenientes de alimentos de origen animal.

Es absorbida en el intestino delgado y una vez en el organismo es almacenada en el hígado en forma de retinilester para luego ser transportada a diferentes sitios a través de la proteína fijadora de retinol.

La vitamina A cumple diversas funciones en el organismo, dentro de las cuales se encuentra: en la retina como parte de la opsina, proteína de los bastoncillos, es requerida para el crecimiento óseo, diferenciación del tejido epitelial y embrionario y en la reproducción.

Esta vitamina está presente en los alimentos de origen animal en forma de vitamina A preformada y se la llama retinol mientras que en los vegetales aparece como provitamina A, también conocido como carotenos (o carotenoides) entre los que se destaca el beta caroteno.

Aproximadamente el 80 y 90 % de los ésteres de Retinol se absorben mientras que los beta carotenos lo hacen entre un 40 a 60 %. La mayor parte de la vitamina A, casi el 90% se almacena en el hígado, siendo el resto depositado en los pulmones, riñones y grasa corporal.

La deficiencia de vitamina A es un problema de salud pública en países en desarrollo como Bolivia, porque su deficiencia ocasiona serios trastornos en el organismo (xerosis, ceguera total, incremento de infecciones). La deficiencia de vitamina A en nuestro país es de tipo subclínica y son las comunidades rurales dispersas y concentradas del altiplano las que tienen el mayor problema. La principal causa de la hipovitaminosis es la ingesta insuficiente de alimentos precursores de Vitamina A y grasas, especialmente entre los niños menores de cinco años. Según un estudio realizado en 1991 se encontró deficiencia subclínica. Con estos antecedentes el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, implementó el Programa Nacional de Lucha contra la Hipovitaminosis. Este programa tiene como propósito principal cubrir los requerimientos de vitamina A en los niños de 1 a 5 años, a través de la suplementación con mega dosis de vitamina A administrada semestralmente, a dosis de 100 000 UI a menores de 6 meses y de 200 000 UI a mayores de 6 meses. (Verduguez Sandagorda, 2021)

Hierro (12,5mg)

Es un metal esencial para la mayoría de las diferentes formas vivientes y para la fisiología humana normal. La cantidad promedio de hierro en nuestro organismo es de alrededor de 4,5 gr. lo que representa el 0.005%. El hierro es un componente fundamental en muchas proteínas y enzimas que nos mantienen en un buen estado de salud. Alrededor de dos tercios de hierro de nuestro organismo se encuentra en la hemoglobina, proteína de la sangre que lleva el oxígeno a los tejidos y le da la coloración característica. El resto se encuentra en pequeñas cantidades en la mioglobina, proteína que suministra oxígeno al músculo, y en enzimas que participan de reacciones bioquímicas (oxidación intracelular).

La absorción del hierro es controlada estrictamente para reemplazar las pérdidas normales en las células que se eliminan de la piel y el intestino, y debidas a sangrados menores. Las pérdidas de hierro causadas por sangrados excesivos no son compensadas fácilmente en personas con bajo consumo de alimentos ricos en este micronutriente.

La absorción del hierro , contenido en las carnes y cuya biodisponibilidad es mayor (20-25%), no se ve afectado por los niveles de hierro orgánico u otros componentes de la dieta, mientras que la absorción del hierro no de los alimentos vegetales (1 -8%) depende del nivel de hierro del individuo, y es afectada por los factores que aumentan, como la vitamina C, o inhiben, como el fotato, poli fenoles y taninos, la absorción los cuales están presentes en muchos alimentos.

Zinc (5mg)

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. El zinc en un 95% se encuentra en músculo, hueso, piel y cabello, únicamente el 5% se encuentra disponible en hígado y plasma. El zinc juega un papel muy importante en el sistema inmune y su deficiencia afecta la función de este sistema tanto a nivel innato como adaptativo hasta en un 20%.

La inmunidad celular está profundamente afectada por la deficiencia de zinc, produciendo linfopenia, atrofia linfoide, mal función de los linfocitos T y Disminución de la respuesta cutánea y falla en el proceso de fagocitosis.

La mayoría del zinc se absorbe en el intestino delgado siendo el yeyuno el lugar de mayor velocidad en el transporte del mismo. La absorción es un proceso saturable ya que cuando los niveles de zinc disminuyen se produce un aumento en la velocidad de transporte. Luego es transportado principalmente por la albúmina (proteína plasmática) al hígado a través de la circulación portal. Desde allí se distribuirá a diferentes tejidos.

Algunos estudios sugieren que el suplemento con zinc puede reducir la prevalencia de enfermedad diarreica.

La deficiencia de zinc puede atribuirse a una ingesta inadecuada de zinc, mal absorción debida a una ingesta elevada de fibra y fitatos y pérdida debida a la diarrea. La suplementación y el enriquecimiento de los alimentos en los niños son algunas de las estrategias más habituales que se utilizan para mejorar la calidad de la dieta y aumentar el consumo de determinados nutrientes. Las intervenciones destinadas a aumentar la ingesta o biodisponibilidad de zinc en los niños han tenido como objetivo reducir la incidencia de infecciones, su duración y promover el crecimiento lineal y reducir la mortalidad. Portante de muertes en niños en el mundo cada año. (Romero Sacoto, 2020)

Vitamina C o ácido ascórbico (30mg)

Perteneciente al grupo de las vitaminas hidrosolubles, la vitamina C interviene en el mantenimiento de huesos, dientes y vasos sanguíneos por ser buena para la formación y mantenimiento del colágeno. Protege de la oxidación a la vitamina A y vitamina E, como así también a algunos compuestos del complejo B (tiamina, riboflavina, ácido fólico y ácido pantoténico). Desarrolla acciones antiinfecciosas y antitóxicas y ayuda a la absorción del hierro no hémico en el organismo.

El ácido ascórbico no es sintetizable por el organismo, por lo que se debe ingerir desde los alimentos que lo proporcionan: Vegetales verdes, frutas cítricas y papas.

Tal como en el caso de los hombres en que el ácido ascórbico no es sintetizable por el organismo, los animales no pueden sintetizarlo tampoco, por tanto ningún alimento animal cuenta con esta vitamina.

La vitamina C se oxida rápidamente y por tanto requiere de cuidados al momento de exponerla al aire, calor y agua. Por tanto cuanto menos calor se aplique, menor será la pérdida de contenido.

Las frutas envasadas por haber sido expuestas al calor, ya han perdido gran contenido vitamínico, lo mismo ocurre con los productos deshidratados. En los jugos, la oxidación afecta por exposición prolongada con el aire y por no conservarlos en recipientes oscuros.

Las dosis requeridas diarias de vitamina C no están definidas exactamente, sin embargo se comprueba que con 60 mg/día se mantiene un total corporal de un gramo y medio, cantidad suficiente para servir las demandas corporales de un mes. Por tanto, el consumo de una fruta cítrica por día, cumple con tales requerimientos.

Existen infinidad de productos comerciales que aportan 500 mg o más por comprimido y hay quienes, recomiendan la ingestión de cinco comprimidos (caso de los que creen que su administración es anticancerígena).

Si bien como con la mayoría de las vitaminas, los excesos se descartan por vía urinaria, el alerta radica en que como lo ingerido es un ácido, las dosis excesivas pueden rebasar la resistencia de la pared gástrica y su intensa recirculación renal puede afectar el riñón.

No es inocua la administración indiscriminada de ácido ascórbico, dado que a medida que el organismo se satura, disminuye su absorción, y aportando grandes dosis, la suprime abruptamente. Por tanto si se continúa con dieta escasa en la vitamina, puede aparecer "escorbuto de rebote".

Adicionalmente al "escorbuto de rebote", a la intolerancia gástrica y renal, su consumo disminuye la cobalamina (vitamina B12), que es una sustancia sintetizada por el organismo.

Ácido fólico (180 mcg)

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. Su presencia está muy relacionada con la de la vitamina B12.

El ácido fólico se puede obtener de carnes (res, cerdo, cabra, etc.) y del hígado, como así también de verduras verdes oscuras (espinacas, espárragos, etc.), cereales integrales (trigo, arroz, maíz, etc.) y también de papas. Su carencia provoca anemias, trastornos digestivos e intestinales, enrojecimiento de la lengua y mayor vulnerabilidad a lastimaduras.

Este ácido es administrado a pacientes afectados de anemia macrocítica, leucemia, estomatitis y cáncer. Los excesos no parecen demostrar efectos adversos, y ante su aparición dada su hidrosolubilidad, su excedente es eliminado por vía urinaria.

Esta vitamina es fundamental para llevar a cabo todas las funciones de nuestro organismo. Su gran importancia radica en que el ácido fólico es esencial a nivel celular para sintetizar ADN (ácido desoxirribonucleico), que trasmite los caracteres genéticos, y para sintetizar también ARN (ácido ribonucleico), necesario para formar las proteínas y tejido del cuerpo y otros procesos celulares.

Por lo tanto la presencia de ácido fólico en nuestro organismo es indispensable para la correcta división y duplicación celular. Los folatos funcionan en conjunto con la vitamina B12 y la vitamina C en la utilización de las proteínas. Es importante señalar que el ácido fólico es básico para la formación del grupo hemo (parte de la hemoglobina que contiene el hierro), por eso está relacionado con la formación de glóbulos rojos.

El ácido fólico también brinda beneficios al aparato cardiovascular, al sistema nervioso, y a la formación neurológica fetal entre otros. Dada su gran importancia para el ser humano, muchos de los alimentos que hoy consumimos llevan ácido fólico adicionado. Este ácido se forma en el intestino a partir de nuestra flora intestinal. Se absorbe principalmente en el intestino delgado (yeyuno), luego se distribuye en los tejidos a través de la circulación sanguínea y se almacena en el hígado. Se excreta por orina y heces.

CARACTERÍSTICAS DE LAS CHISPITAS NUTRICIONALES

El fumarato ferroso de las Chispitas Nutricionales es encapsulado con una cubierta lipídica, que impide la disolución del mismo en las comidas, evitando cambios organolépticos (en color, olor y sabor). La administración de sesenta sobres de Chispitas óptimamente, en sesenta días, un sobre por día, es suficiente para mejorar rápidamente las concentraciones de hemoglobina y los depósitos de hierro en una gran proporción de niñas y niños pequeños. Luego de la ingestión de 60 sobres, los beneficios hematológicos se mantienen por un período de seis meses. Por lo tanto, los sobres de Chis Paz pueden no ser necesarios durante un periodo largo de tiempo.

Sus características incluye en no tienen sabor, no manchan los dientes, una sola dosis por sobre, fácil de usar y muy poca probabilidad de sobredosis. Producto liviano, fácil de transportar, el hierro encapsulado evita molestias gastrointestinales y otras vitaminas y minerales pueden ser añadidos a la formulación. (Soria De Claros, 2014)

SUPLEMENTOS (CHISPITAS NUTRICIONALES) A NIÑOS DE 6 MESES A MENOR DE 5 AÑOS

CHISPITAS NUTRICIONALES	
EDAD	CANTIDAD
6 a 11 meses	60 sobre, una entrega
1, 2,3 y 4 años	Cada años 60 sobre

La O.M.S nos indica que debemos orientar madre y/o el cuidador del niño o niña deben conocer con exactitud el procedimiento adecuado de administración de

Chispitas, por lo cual deben ser capacitados en los siguientes pasos: Corte o rasgue el borde de una esquina del sobre.

La chispita debe ser administrada en la primera cuchara. Ponga el contenido del sobre en una porción pequeña de puré o papilla que ya esté preparada y lista para ofrecer a los niños y a la temperatura que come el niño.

Nunca las utilice al cocer los alimentos o si estos están calientes.

De al niño un sobre entero al día con cualquiera de las comidas principales, durante 60 días, y repita el mismo esquema 6 meses después.

No comparta la comida que ha mezclado con espolvoreados, porque el sobre tiene la cantidad de vitaminas y minerales que un niño menor de 2 años necesita.

Las chispitas nutricionales no deben mezclarse con alimentos líquidos; ya que el hierro, por estar encapsulado por una fina capa grasa, flota en alimentos líquidos.

Puede mezclarse con purés, sopas espesas, papillas o frutas machacadas.

En casos de desnutrición grave, se debe dar chispitas 7 días después de iniciado el tratamiento de la desnutrición.

La comida con chispitas debe ser consumida dentro de una hora después de mezclada, luego de este tiempo puede oscurecer la comida.

ANEMIA

Se define anemia como una disminución de los valores de hemoglobina en la sangre. Los valores considerados normales son de 12 gr/dl en la mujer y 13.5% en el hombre 23. La hemoglobina es una proteína responsable de transportar el oxígeno y con él, la producción de energía a todo el organismo.

La anemia por deficiencia de hierro afecta al crecimiento y al desarrollo de los niños, disminuye la resistencia a las infecciones y altera el desarrollo cognitivo y psicomotor. La clínica de la anemia ferropénica no es diferente a la del resto de las anemias, es decir, es inespecífica y se traduce fundamentalmente en fatiga, cansancio y falta de

fuerzas, pero estos síntomas van a depender más de la velocidad de instauración de la anemia que de los niveles de hemoglobina.

Entendemos por Anemia, la disminución de la hemoglobina por debajo de los límites inferiores considerados como normales de acuerdo a la edad y el sexo.

La hemoglobina es una sustancia presente en los glóbulos rojos de la sangre, éstos se encargan de transportar el oxígeno a todos los tejidos y órganos del cuerpo. (Hernandez Delgado, 2017)

En la actualidad se considera como anemia en niños, un valor de hemoglobina por debajo de los 11 g/dl (para los menores de 6 meses de edad, salvo los recién nacidos) y por debajo de los 12 g/dl para los mayores de 6 meses.

También es equivalente un valor de hematocrito menor de 33 % y de 35 % respectivamente.

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) los criterios de severidad son:

- Anemia leve: hemoglobina mayor de 10 g/dl.
- Anemia moderada: hemoglobina entre 8-10 g/dl.
- Anemia severa: hemoglobina menor de 8 g/dl

CAUSAS DE LA ANEMIA EN EL NIÑO

1.-Deficiencia de hierro: es la principal causa de anemia infantil.

Ocurre por un aporte de hierro disminuido debido a: una ingestión inadecuada (dieta pobre en alimentos ricos en hierro vísceras, calamares, pavo, huevo, pollo, pescado blanco, granos, harina de maíz, trigo, espinacas- y deficiente ingesta de vitamina C vegetales verdes frescos, frutas); y una absorción disminuida (consumo excesivo de antiácidos, bebidas carbonatadas, vómitos y diarrea).

2.-Parasitosis intestinal: existen parásitos llamados helmintos (gusanos) que provocan pérdida sanguínea a nivel intestinal o se alimentan de sangre llevando a la anemia.

3.-Empleo de leche de vaca: Los niños menores de 1 año no deben tomar leche entera de vaca, ya que la digestión de ésta no es adecuada y se puede producir una enteropatía perdedora de glóbulos rojos, enfermedad en la cual se presenta una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo anemia.

4.-Enfermedades: existen diversas patologías tanto agudas como crónicas que ocasionan disminución de los valores de hemoglobina en el niño. Entre las agudas tenemos: infección urinaria, fiebre tifoidea, infección por citomegalovirus; entre las crónicas se cuentan: la infección por VIH, paludismo, insuficiencia renal crónica, neoplasias y tumores.

5.-Deficiencia de vitamina B12 y/o ácido fólico: ocurre cuando la dieta es pobre en alimentos que los contienen (vísceras, pescado, leche, huevos, vegetales verdes y frutas).

6.-Intoxicación crónica por plomo: la exposición diaria a la contaminación ambiental que producen las fábricas de pinturas, tintes, baterías y talleres de metalmecánica, puede llevar a la intoxicación progresiva del organismo por partículas de plomo y ocasionar anemia recurrente (de difícil tratamiento).

SÍNTOMAS DE LOS NIÑOS ANÉMICOS

La anemia puede producir diferentes síntomas de acuerdo a su severidad, pero en la mayoría de los casos, los niños anémicos presentan: sensación de frío, palidez cutáneo-mucosa (más evidente en manos y labios), fatiga, somnolencia (sueño excesivo y permanente), irritabilidad, decaimiento o apatía, debilidad muscular, adelgazamiento, hiporexia (disminución del apetito), taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca), infecciones a repetición, retardo en el crecimiento y en el desarrollo psicomotor.

ANEMIA Y CEREBRO INFANTIL

Las últimos estudios han revelado la estrecha relación existente entre las cifras de hemoglobina y el funcionamiento del cerebro de los infantes, a este respecto sabemos que, el hierro es necesario para que se den las conexiones neuronales, así como para el funcionamiento de los neurotransmisores (sustancias químicas que se encuentran en el cerebro y permiten la transmisión de la información y actividad eléctrica).

Los principales síntomas de anemia son relacionados por la disminución de producción de energía en los tejidos debido a falta de oxigenación de los mismos. Este hecho trae como consecuencia fatiga, sensación de depresión o falta de ánimo para emprender la actividad normal diaria, agitación, aumento de la frecuencia cardiaca, dificultad para concentrarse, irritabilidad, insomnio, calambres en las piernas, cabello y uñas débiles o quebradizas. Sin embargo, es importante destacar que los síntomas aparecen en forma paulatina, por lo que la persona se acostumbra a convivir con ellos y no percibe la presencia de la enfermedad. (Hernandez Delgado H. , 2017)

En el caso de los niños anémicos esta alteración o deficiencia provoca bajo rendimiento intelectual, dificultades del aprendizaje, disminución en su desempeño cognitivo y por ende fracaso escolar.

Por otra parte, los niños anémicos se muestran menos afectuosos, menos adaptados al medio y presentan más trastornos de conducta.

PREVENCIÓN LA ANEMIA EN LOS NIÑOS

La primera medida para prevenir la anemia en los niños es asegurarnos que la madre embarazada no la tenga, esto se logra con un buen control prenatal.

En segundo lugar debemos incentivar y asegurar una lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y complementada en los dos años de vida del bebé.

En los casos de lactancia artificial, solo utilizar las fórmulas infantiles (tanto de inicio como de continuación), ya que éstas vienen con agregado de hierro.

El tercer paso, es lograr una alimentación adecuada que le brinde al niño todos los requerimientos nutricionales necesarios para su óptimo crecimiento y desarrollo.

Otras medidas importantes son el descarte periódico de la parasitosis intestinal y el tratamiento oportuno de las infecciones.

En resumen, lo que garantiza la prevención total de la anemia infantil, es acudir al control pediátrico, así como seguir las indicaciones terapéuticas y consejos nutricionales que se derivan de esa consulta.

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene un diseño de investigación descriptivo de corte transversal por que busca describir la población estudiada conociendo sus factores relacionados al consumo de las chispitas nutricionales y enfermedades prevalentes en niños menores de 2 años.

También es un trabajo de diseño transversal en lo que la recolección de información se realizó en un periodo de tiempo, durante en la práctica comunitaria.

3.2. POBLACION DE REFERENCIA DEL ESTUDIO

Se trabajó con todas las madres de los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad que fueron suplementados con las Chispitas Nutricionales entre los meses de Abril a junio del año 2021, que residen en las diferentes comunidades del área de influencia del Centro de Salud San Martin de Porres.

Entonces quedando constituido el universo de estudio con **40** niños de 6 meses a menor de 2 años que fueron suplementados con los micronutrientes.

3.3. MUESTRA DE ESTUDIO

Se trabajó con un muestreo representativo de 62% que constituye **25** madres de los niños de 6 meses a menor de 2 años a que se aplicó la entrevista en el momento del control de niño sano, ya que son las que asisten de manera regular al centro de salud.

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Niños de 6 meses a menores de 2 años.
- Madres de niños 6 meses a menores de 2 años que acuden al centro de Salud para control de niño sano y que acepten participar en el estudio.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Se desconsidero niños cuyas las madres no aceptaron a participar del estudio.
- Madres de niños menores de 6 meses y mayores de 2 años.

3.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se elaboró la encuesta sobre las determinantes conductuales, actitudes y creencias de las madres respecto al uso y administración de las chispitas, la cual estuvo dividida en tres series: conocimientos, actitudes y creencias que se puede observar en el Anexo 1

Los datos se han recolectado en el momento del control de niño sano en el centro de Salud San Martín de Porres, en lo cual se explicó a la madre sobre la investigación solicitando su colaboración.

Los datos fueron registrados en una planilla de elaboración personal en que se utilizó para generar datos estadísticos según las variables establecidas. La presentación de resultados se realizó en tablas y graficas con el respectivo análisis de la información recolectada.

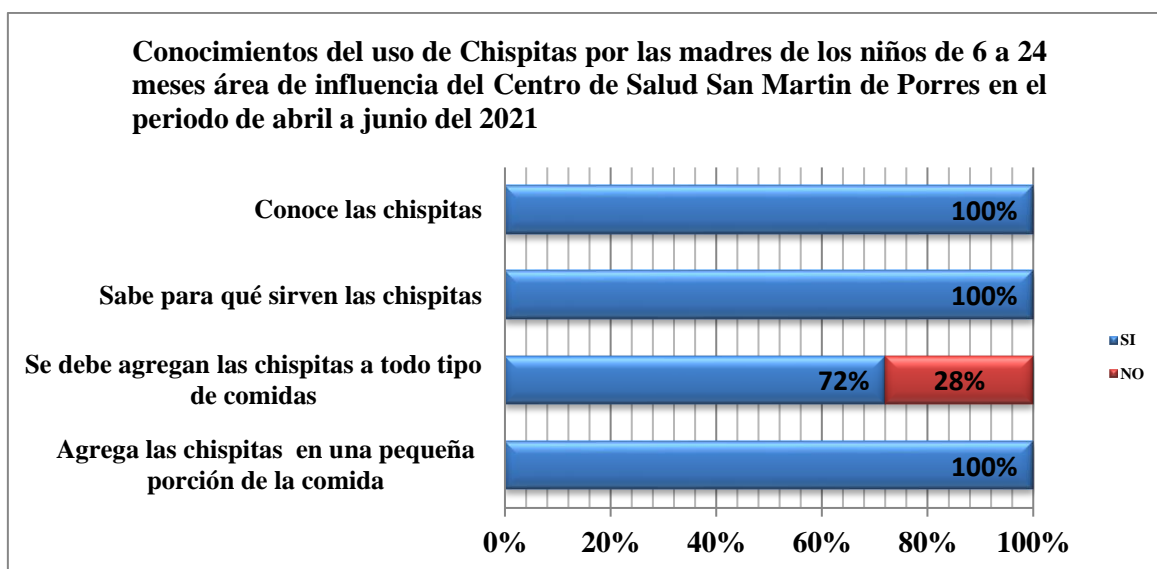
Materiales y equipo: Para el desarrollo del estudio fue necesario el uso de una computadora portátil, impresora, cartuchos de tinta, papel para impresión y su posterior empastado de acuerdo a los reglamentos del internado de la UAP.

4. RESULTADOS

TABLA Nº 1

<i>Porcentaje del Conocimientos del uso de las Chispitas por las madres de los niños de 6 a 24 meses área de influencia del Centro de Salud San Martín de Porres en el periodo de abril a junio del 2021</i>				
Variable	SI	%	NO	%
Agrega las chispitas en una pequeña porción de la comida	25	100%	-	-
Se debe agregar las chispitas a todo tipo de comidas	18	72%	7	28%
Sabe para qué sirven las chispitas	25	100%	-	-
Conoce las chispitas	25	100%	-	-

GRAFICO Nº 1

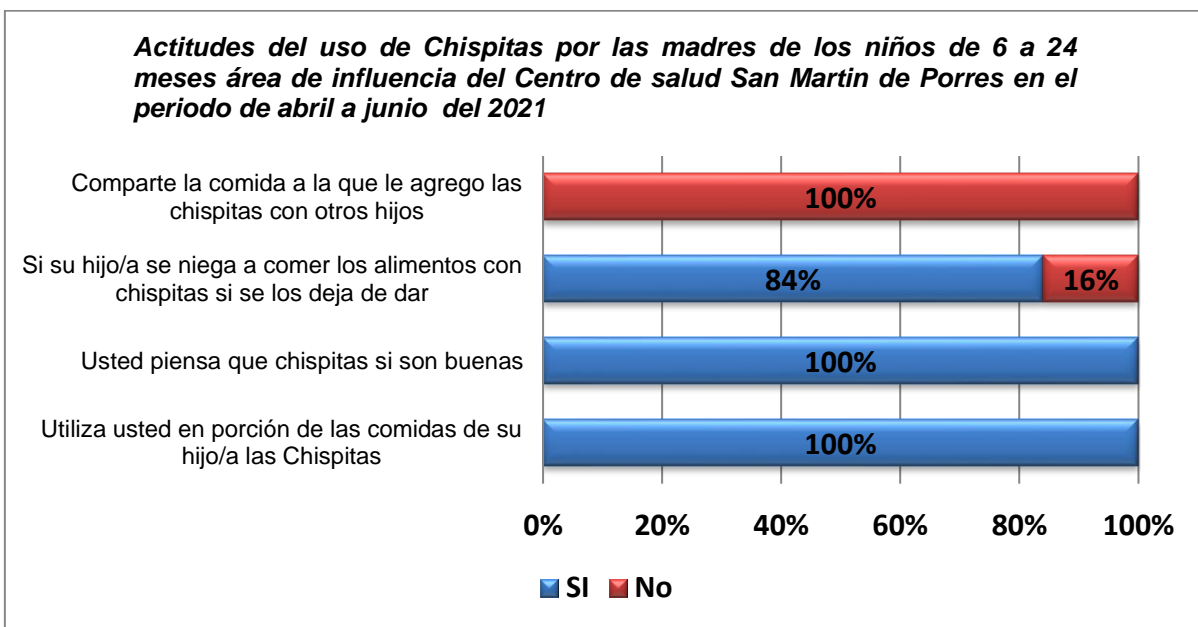


En la gráfica 1 se observan los resultados sobre los conocimientos de las madres sobre chispitas nutricionales verificando que todas ellas conocen las chispitas nutricionales y saben cuál su finalidad. La administración de chispitas en una pequeña porción fue contestada por todas las madres que si en 100% de las madres. El 72% de ellas indicaron que la chispita se agrega a todo tipo de comida y 28% indicó que no.

TABLA Nº 2

<i>Actitudes del uso de Chispitas por las madres de los niños de 6 a 24 meses área de influencia del Centro de Salud San Martín de Porres en el periodo de abril a junio del 2021</i>				
Variable	Si	%	No	%
Utiliza usted en porción de las comidas de su hijo/a las Chispitas	25	100%	-	-
Usted piensa que chispitas si son buenas	25	100%	-	-
Si su hijo/a se niega a comer los alimentos con chispitas si se los deja de dar	21	84%	4	16%
Comparte la comida a la que le agrego las chispitas con otros hijos	-	-	25	100%

GRAFICO 2

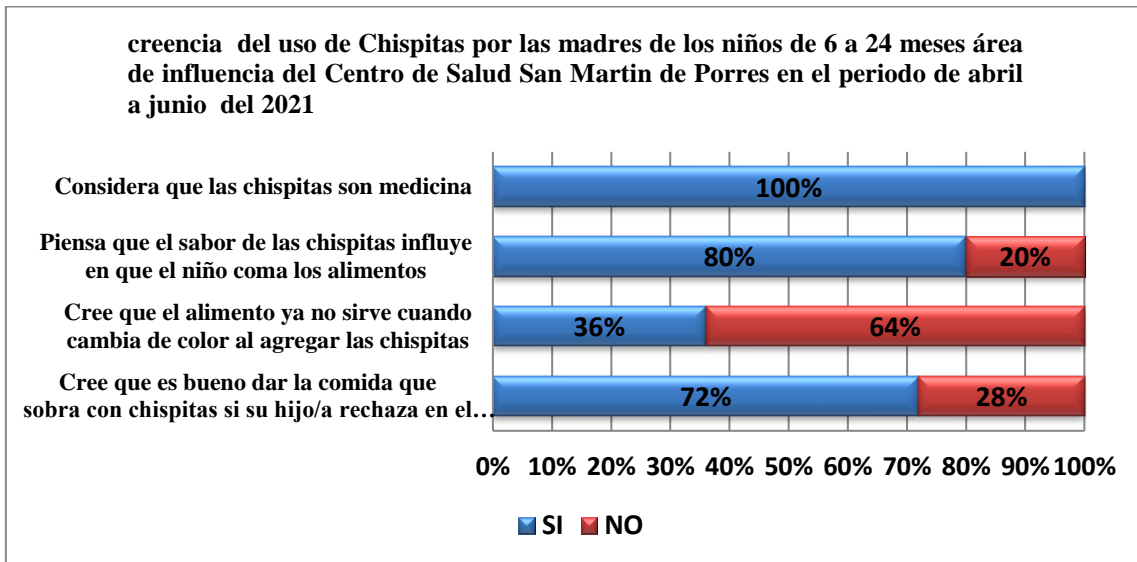


En la gráfica 3 observan que en las prácticas de las madres frente a la utilización de las chispitas el 100% lo utiliza en una porción de la comida del niño y no comparte con otro hijo. De igual forma las 100% madres piensan que las chispitas son buenas para sus hijos. Pero observamos que 84% de las madres dejan de dar las chispitas se su hijo se niega a comer los alimentos con chispitas y 16% insiste en la administración mismo se el niño se niega a comer.

TABLA N° 3

Creencia del uso de Chispitas por las madres de los niños de 6 a 24 meses área de influencia del Centro de Salud San Martín de Porres en el periodo de abril a junio del 2021				
Variable	Si	%	No	%
Cree que es bueno dar la comida que sobra con chispitas si su hijo/a rechaza en el primer momento	18	72%	7	28%
Cree que el alimento ya no sirve cuando cambia de color al agregar las chispitas	9	36%	16	64%
Piensa que el sabor de las chispitas influye en que el niño coma los alimentos	20	80%	5	20%
Considera que las chispitas son medicina	25	100%	-	-

GRAFICO N°3



En la gráfica 4 se observa que todas las madres (100%) consideran las chispitas un tratamiento medicinal. El 80% de ellas piensa que el sabor influye en que el niño coma los alimentos y 20% indica que no. Se observa que 72% madres piensan que no hay problema en dar el alimento que sobra con chispitas en otro momento y 28% indicaron que acreditan no ser bueno da la comida que sobra con chispitas. El 64% de ellas creen que el alimento ya no sirve cuando cambia de color al agregar las chispitas y 36% que sí.

5. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos del trabajo de investigación sobre las chispitas nutricionales se obtiene las siguientes conclusiones:

Entre las madres de los niños de 6 meses a menor de 2 años se buscó identificar el conocimiento en el uso de las chispitas nutricionales y podemos considerar que en su mayoría fue adecuado ya que manifestaron que realizan la práctica de manera correcta la preparación y administración del suplemento a sus niños, en este contexto solamente identificamos a siete madres que son el 28% que indican que las chispitas se puede agregar a todo tipo de comida y una no tenía conocimiento respecto la edad que se inicia la administración de las chispitas.

En cuanto las actitudes en la práctica del uso de micronutrientes de las madres de la población infantil de 6 a 24 meses identificamos al observar los resultados, que el factor que influye negativamente al uso de las chispitas es cuando el niño niega a comer el alimento con chispitas y la madre deja de dar esto fue reportado por 84% de las madres. Aquí demostramos que las madres no se toman un momento más para con sus hijos y hacer que termine la preparación esto va vinculado al factor tiempo, trabajo y otras ocupaciones que hoy en día las madres deben cumplir en el área rural, sin embargo, como centro de salud seguimos recomendando a las madres cual la importancia de este suplemento nutricional.

En cuanto la percepción y/o creencias del uso de micronutrientes por las madres de la población infantil de 6 a 24 meses identificamos como factor negativo la creencia de las madres que piensan que el sabor de las chispitas influye en la alimentación del niño que deja de consumirlo, la creencia que las chispitas es medicina (un tratamiento) de largo plazo y desfavorece la adherencia al uso.

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda al personal médico y de enfermería del Centro busca promover charla educativa para las madres con niños menores de 6 meses sobre el inicio adecuado de la suplementación con las chispitas nutricionales.

Fomentar continuamente el mensaje para las madres de que las chispitas no tienen sabor y no influye en la alimentación del niño. Aparte de esto promover prácticas demostrativas modos de preparado de las chispitas para que no ocurra rechazo entre los niños. Indagar con la madre que la chispita es un suplemento que ayudara a prevenir la enfermedad y no un tratamiento.

Realizar la gestión continúa con autoridades municipales y autoridades en salud para la dotación de los micronutrientes con el fin de abastecer y cumplir con la dotación a las madres de niños menores de 5 años en el municipio.

Se recomienda a las autoridades en salud a través de las unidades de comunicación se pueda elaborar spots publicitarios para promover el consumo de las chispitas nutricionales, en las redes sociales y medios de comunicación.

7. BIBLIOGRAFÍA

hernandez Delgado, H. (2017). *Anemia Ferropénica Y Su Correlación Con El Bajo Rendimiento Académico En Niños En Etapa Escolar*. Machala.

Encuesta Demografica Y Salud, E. 2. (2016). *Encuesta De Demografia Y Salud*. Bolivia.

ESPINOZA aLMAZAN, a. (2014). "factores que influyen en el cumplimiento o no de las chispitas nutricionales en niños de 6 a 59 meses. La Paz. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/10420/TM-1193.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gisbert Catari, e. (2017). *factores que intervienen en el consumo de chispitas nutricionales en niños/ as 6 a23 meses que asisten al centro de salud villa avaroa del municipio tarija de la provincia cercado del departamento de tarija*. IA pAZ. oBTENIDO DE: <HTTPS://REPOSITORIO.UMSA.BO/XMLUI/BITSTREAM/HANDLE/123456789/21041/te-1401.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gisbert Catari, E. (2018). *FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CONSUMO DE CHISPITAS NUTRICIONALES EN NIÑOS/AS DE 6 A 23 MESES QUE ASISTEN AL*. La Paz. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/21041/TE-1401.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gisbert Catari, e. (2018). *factores que intervienen en el consumo de chispitas nutricionales en niños/as de 6 a 23 meses que asisten al*. IA pAZ. obtenido De <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/21041/TE-1401.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernandez Delgado, H. (2017). *Anemia Ferropénica Y Su Correlación Con El Bajo Rendimiento Académico En Niños En Etapa Escolar*. Machala. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/11881/1/HERNANDEZ%20DELGADO%20HAMILTON%20DANILO.pdf>

Machaca Florez, X. (2018). *Estado Nutricional Y Frecuencia De Anemia En Niñas Y Niños De 1 A 5 Años De Edad Que Habitan En El Centro De Acogida*. La Paz. Obtenido de: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/25051/TE-1700.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Romero Sacoto, L. (2020). El zinc en el tratamiento de la talla baja. *Revista Universitaria y Sociedad*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000200341
- Soria De Claros, A. (2014). Nuevas formas de combatir la anemia en niños. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300011
- Torres Lagrava , J., & Mendoza, M. (2015). CHISPITAS NUTRICIONALES Y SU ADMINISTRACIÓN A NIÑOS DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS. *Revistasbolivianas.org.bo*. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S0004-05252015000200005&script=sci_arttext
- UNICEF. (2019). *Bolivia con dificultades para cumplir metas en nutrición de niños y mujeres*. Obtenido de <https://www.unicef.org/bolivia/comunicados-prensa/bolivia-con-dificultades-para-cumplir-metas-en-nutrici%C3%B3n-de-ni%C3%B1os-y-mujeres#:~:text=En%20cuanto%20a%20la%20anemia,prevalencia%20en%2053%2C7%25>.
- Verduguez Sandagorda, M. (2021). Efecto de la suplementación de megadosis de Vitamina A en niños desnutridos severos y eutróficos, Cochabamba, Bolivia. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662012000100003
- Villarreal RoCHA, i. (2013). *percepción de madres de niños de 6 a 23 meses de edad respecto al consumo de micronutrientes "chispitas*. IA pAZ. oBTENIDO dE [HTTPS://REPOSITORIO.UMSA.BO/BITSTREAM/HANDLE/123456789/16273/tm-872.pdf?sequence=1&isallowed=y](https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/16273/tm-872.pdf?sequence=1&isallowed=y)
- Villarreal Rocha, I. (2013). *Percepción De Madres De Niños De 6 A 23 Meses De Edad Respecto Al Consumo De Micronutrientes "Chispitas*. La Paz. Obtenido De [Https://Repositorio.Umsa.Bo/Bitstream/Handle/123456789/16273/Tm-872.Pdf?Sequence=1&Isallowed=y](https://Repositorio.Umsa.Bo/Bitstream/Handle/123456789/16273/Tm-872.Pdf?Sequence=1&Isallowed=y)

8. ANEXOS

Anexo 1 – Encuesta

Conocimientos en la administración de las Chispitas Nutricionales

Las chispitas se debe agrega en una pequeña porción de la comida:

Si () No ()

Se debe agregan las chispitas a todo tipo de comidas:

Si () No ()

A qué edad debe dar las chispitas (a los 6 meses):

Si () No ()

Sabe para qué sirven las chispitas:

Si () No ()

Conoce las chispitas: Si () No ()

Actitudes del uso de micronutrientes

Utiliza usted en porción de las comidas de su hijo/a las Chispitas:

Si () No ()

Usted piensa que chispitas si son buenas:

Si () No ()

Si su hijo/a se niega a comer los alimentos con chispitas si se los deja de dar:

Si () No ()

Comparte la comida a la que le agrego las chispitas con otros hijos:

Si () No ()

Creencias del uso de micronutrientes

Cree que es bueno dar la comida que sobra con chispitas si su hijo/a rechaza en el primer momento: Si () No ()

Cree que el alimento ya no sirve cuando cambia de color al agregar las chispitas:

Si () No ()

Piensa que el sabor de las chispitas influye en que el niño coma los alimentos:

Si() No()

Considera que las chispitas son medicina:

Si () No ()

