

Factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias con niños menores de 3 años. Chilete 2015

Sociocultural factors influencing the acceptability and consumption of multimicronutrients in families with children under 3 years old. chilete 2015

Imelda Delicia Santa Cruz Coba¹, Marina Violeta Estrada Pérez²

¹Licenciada en Enfermería, email: deliciasb93@gmail.com

²Docente de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, email: marinavies55@gmail.com

Resumen: La presente investigación es un estudio descriptivo y correlacional que surgió de la necesidad y la vivencia en la labor asistencial de enfermería, cuyo objetivo principal fue determinar y analizar los factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias de Chilete con niños menores de 3 años; la muestra estuvo conformada por 50 familias que reunieron los criterios de inclusión, seleccionadas en forma probabilística. Para la recolección de los datos se utilizó como técnicas a la observación, entrevista, grupo focal, revisión y análisis documental de las fichas familiares. Los hallazgos revelaron que los factores socioculturales directamente relacionados con la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes son el nivel educativo de la madre o cuidadora, la religión, las creencias alimentarias, las redes de apoyo, la responsabilidad familiar y la respuesta de los servicios de salud.

Palabras clave: Factores socioculturales, multimicronutriente, aceptabilidad, consumo de multimicronutrientes, familia.

Key words: Sociocultural factors, multimicronutrient, acceptability, multimicronutrient consumption, family.

Abstract: The present research is a descriptive and correlational study that emerged from the need and the experience in nursing care work, whose main objective was to determine and analyze the sociocultural factors that influence the acceptability and consumption of the multimicronutrients in the families of Chilete with children under 3 years; The sample consisted of 50 families that met the inclusion criteria, selected probabilistically. For data collection, observation, interview, focus group, review and documentary analysis of family records were used as techniques. The findings revealed that the sociocultural factors directly related to the acceptability and consumption of multimicronutrients are the educational level of the mother or caregiver, religion, food beliefs, support networks, family responsibility and the response of health services.

Introducción

En el Perú, el 46,4% de niñas y niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad presentó anemia durante el año 2013, lo cual se consideró como un problema de salud pública grave de acuerdo a la clasificación de la prevalencia de anemia de la Organización Mundial de la Salud. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia, la cual está relacionada al deterioro del desarrollo cognitivo y puede ser irreversible si se presenta en niños menores de dos años, debido a que es un periodo crítico del desarrollo, por ello es vital enfatizar la prevención de anemia tempranamente¹.

Teniendo en cuenta la gravedad de esta situación, el Ministerio de Salud del Perú (2012) aprobó una política para reducir la anemia, denominada "Directiva Sanitaria N° 056 que establece la Suplementación Preventiva con multimicronutrientes en las niñas y niños menores de tres años". Esta directiva ha tenido una serie de incorporaciones técnicas y modificaciones, las cuales permiten garantizar la universalización de la suplementación preventiva con multimicronutrientes en polvo en este grupo poblacional como parte de una política de salud pública orientada a reducir la prevalencia de anemia en nuestro país².

La suplementación con multimicronutrientes ha demostrado ser más efectivo por la aceptabilidad que tiene en comparación con otros tratamientos como el sulfato ferroso que genera efectos adversos después de su ingesta como: desagradable sabor metálico, tinción dental y discomfort abdominal, los que siguen siendo barreras para alcanzar las metas trazadas por los diferentes programas de suplementación, sobre todo para los padres quienes deben suministrar y lograr que sus niños ingieran el suplemento. Sin embargo, el tratamiento para evitar la deficiencia de hierro utilizando suplementación con

multimicronutrientes no ha logrado disminuir la prevalencia de anemia ya que el 50% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad tuvo anemia a nivel nacional durante el primer semestre del 2014, lo cual hace pensar que hay diversos factores que limitan la efectividad del tratamiento de suplementación, afectando su aceptabilidad y consumo³.

Existe evidencia a nivel mundial, que las intervenciones realizadas para el control de la anemia han logrado evitar sus complicaciones sobre el desarrollo físico y mental de los niños, la suplementación con multimicronutrientes ha demostrado ser una intervención efectiva para reducir los niveles de anemia en situaciones controladas. Sin embargo, la mayoría de estudios que han demostrado eficacia de las intervenciones con suplementación de multimicronutrientes se han dado en contextos de ensayos clínicos, y han tenido ciertas dificultades para repetir los hallazgos cuando se implementaron como programas de salud pública⁴.

Además se han reportado diversos estudios sobre la adherencia del multimicronutriente, la efectividad frente al tratamiento y prevención de anemia, la actitud de la madre frente a la suplementación y otros; sin embargo hasta la actualidad escasos o nulos son los estudios que investiguen los factores que influyen en la aceptabilidad a la suplementación y el consumo de los multimicronutrientes en familias con niños y niñas menores de 36 meses de edad ni sobre los factores que impiden o favorecen la adherencia a la suplementación con multimicronutrientes, por lo cual surge el interés de plantear el supuesto hipotético de que los factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias con niños menores de 3 años en Chilete son: el nivel educativo de la madre, la religión, las creencias alimentarias, la conducta alimentaria, las redes de apoyo social, la responsabilidad familiar, la respuesta de los servicios de salud las características propias de los multimicronutrientes como el sabor, color y olor.

Materiales y métodos

El estudio fue descriptivo y correlacional. La población estuvo conformada por 165 familias con niños menores de 3 años de la jurisdicción del Hospital de Apoyo Chilete y que fueron suplementados con el multimicronutriente durante el año 2015 y la muestra quedó constituida por 50 familias con niños menores de 3 años. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó un nivel de confiabilidad de 95% y un error estándar del 5%. Las técnicas empleadas fueron la observación, entrevista, grupo focal, análisis documental.

Los datos fueron sometidos a un proceso de revisión y corrección de la información; luego se procedió a un procesamiento automatizado. Usando el software, programa SPSS Windows versión 22.0 para el análisis de datos. La interpretación se basa específicamente en proporciones y el cálculo del valor de “p-value”. El análisis y discusión se realizó en base a los resultados, describiéndose los hallazgos más importantes y contrastando con los antecedentes teóricos a fin de dar respuestas a los objetivos e hipótesis.

Resultados y discusión

En la tabla 1 se aprecia las diferentes características sociales de las familias con niños menores de 3 años que conformaron la muestra del estudio; en la cual se evidencia que el 82% de los entrevistados fueron del género “femenino” y sólo el 18% masculino, esto pone en evidencia la prevalencia de las mujeres como encargadas del hogar y del cuidado de los menores. El lazo de consanguinidad, fue otro aspecto que se tomó en cuenta en el estudio, ante ello apreciamos que la “relación con el menor” en un 96% es de “padre o madre”, esto indica que casi en la totalidad de familias existe una sólida constitución, y por ende el cuidado de

los menores está a cargo de los progenitores, siendo la gran mayoría (82%) “adultos jóvenes”, con un nivel educativo de secundaria completa (52%).

Estos resultados se asemejan con los hallazgos en el estudio “Conocimiento de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo”. Centro Materno Infantil “Ollantay”, San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo – 2014. En cuyos resultados obtuvieron que del total de padres encuestados, el 59,6% tienen entre 16 a 25 años de edad y el grado de instrucción que prima es el de primaria con un 44,7%, el 31,9% secundaria y sólo el 8,5% de padres tienen un grado académico superior⁵.

El aspecto económico dentro de un núcleo familiar es vital para el desarrollo y la satisfacción de necesidades, los datos presentados en la tabla muestran que la mayoría de los entrevistados (74%) tienen un ingreso económico “menor de S/. 750”, esto indica un precario poder adquisitivo, ubicando a las familias dentro del quintil más pobre, ya que el 58% de las madres entrevistadas realiza trabajos cotidianos de “casa”, el 26% se dedican al comercio ambulatorio y sólo un 16% son “empleados públicos”, resultados que se igualan también con los obtenidos en el Centro Materno Infantil “Ollantay” donde el 34% de entrevistados tiene un trabajo independiente, mientras que el 14,9% son dependientes y 51,1% son amas de casa⁶.

Así mismo el 60% de las familias entrevistadas fueron familias nucleares constituidas por padres e hijos; mientras que el 14 % fueron mono parenterales; en cuanto a su religión, el 78% de las familias son protestantes y por lo tanto profesan una serie de creencias respecto a las prácticas sanitarias muchas de ellas dificultan los procesos de intervención del personal de salud en la población, en tanto que el 68% de las familias fueron del ámbito rural. Del mismo modo ocurrió en una de las primeras

intervenciones de suplementación en el país sobre el consumo de suplementos con multimicronutrientes en niños de 6 a 35 meses, un estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica en el 2009, concluyó

que de los 714 participantes entre 6 a 35 meses de edad, el 60,4% provinieron de áreas rurales; 25,3% vivía en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza; 34,2% de las madres no habían tenido educación o solo de nivel primario; y 44% nivel secundario⁷.

Tabla 1. Características sociales de las familias con niños menores de 3 años. Chilete, 2015.

Características Sociales	Categorías	TOTAL	
		N°	%
Género	Masculino	9	18,0
	Femenino	41	82,0
Relación con el menor	Madre o Padre	48	96,0
	Cuidador(a)	2	4,0
Grupo étnico	Adolescente	7	14,0
	Adulto joven	41	82,0
	Adulto mayor	2	4,0
Nivel Educativo	Analfabeto	3	6,0
	Primaria	15	30,0
	Secundaria	26	52,0
	Superior	6	12,0
Ingreso económico	Menos de S/ 750	37	74,0
	Más de S/ 750	13	26,0
Ocupación	Su Casa	29	58,0
	Empleado(a)	8	16,0
	Comerciante	13	26,0
Tipo de familia	Nuclear	30	60,0
	Extendida	13	26,0
	Mono parenteral	7	14,0
Religión	Católica	11	22,0
	Protestante	39	78,0
Procedencia	Urbano	16	32,0
	Rural	34	68,0
Total		50	100,0

FUENTE: Guía de entrevista.

Al analizar el aspecto sociocultural de las familias de Chilete, los resultados de la tabla 2 nos muestran que con respecto a las “creencias alimentarias” prima la alimentación a base de productos naturales así como la creencia de que las vitaminas previenen las enfermedades con una frecuencia de 64% y 48% respectivamente, en tanto que el 50% consideran que el MMN no incrementa los niveles de Hb, creencia que conlleva a la no suplementación de los menores de 3 años. A estas creencias se asocian las “prácticas o conductas alimentarias” en donde el 72% de las familias consumen los llamados productos chatarra, 52% no preparan papillas exclusivas para sus menores y sólo el 12% de las familias consumen una dieta balanceada.

En el aspecto de nutrición de una población, juegan un papel importante las “redes de apoyo social”, ya sea estatal o particular. En este caso, se consultó si las familias recibieron apoyo en comunicación, asesoramiento, orientación y consejería, por parte de las Instituciones o actores sociales; específicamente en multimicronutrientes, lo que se obtuvo lamentablemente es devastador, el 84 % de familias manifestó que nunca fue asesorada por una red de apoyo social, lo que evidencia que no se está abordando en forma multisectorial el tema de desnutrición y anemia. Por su parte los agentes comunitarios de salud tampoco lo hacen pese a ser los voceros de los Establecimientos de salud, hecho que nos hace pensar en la falla total de un trabajo articulado y coordinado con el personal de salud.

La tabla también muestra que existe una débil “responsabilidad familiar” en cuanto al suministro diario de los multimicronutrientes de su menor durante un periodo continuo de 12 meses, ya que el 52% lo realiza de vez en cuando, interdiario o simplemente abandonó el proceso de suplementación, así mismo no demuestran responsabilidad total en el recojo puntual del insumo comprobando la falta de interés y motivación con el régimen

suplementario de sus menores, quizás por la falta de evidencia de los beneficios en la salud de sus hijos. Los resultados obtenidos se pueden contrastar con los resultados de un estudio realizado en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica en el año 2013, al evaluar la responsabilidad de la madre en la suplementación se demostró que al menos uno de cada cinco participantes (19,8%) declaró no haber recibido por lo menos un mes los sobres, entre las principales causas refieren no haber acudido al establecimiento de salud por falta de dinero (28,4%), por falta de tiempo (11,8%), porque se le olvidó (6,2%), cuando fueron al establecimiento de salud no tenían sobres (22,8%), o la persona responsable de entregarlos no estaba (4,7%), entre otras causas. En aquellos que recibieron la intervención, 4,5% refirió que abandonó el proceso de suplementación, ya que el niño no quería comer los alimentos que lo incluían (70%)⁸.

Aunado a esta problemática se analizó la “respuesta de los servicios de salud”; consultando a los familiares acerca del buen trato y la influencia que tiene en el “consumo de multimicronutrientes”, a lo que el personal de salud no “siempre” ofrece buen trato a los pobladores de la localidad de Chilete que acuden a solicitar / los suplementos, así mismo no realizan sesiones demostrativas de preparación del multimicronutriente con la participación de la madre o cuidadora del menor, lo que se evidencia con el 68% de familias que nunca acudieron al desarrollo de una sesión demostrativa; su actividad está limitada a entregar el insumo en consultorio olvidando el seguimiento y monitoreo extramuro en visita domiciliaria al 62% de las familias que suplementan a sus menores; tampoco hay evidencia de un buen registro en los formatos pertinentes ya que en el 66% de los casos revisados no se encontró este registro. Pues la Directiva Sanitaria N° 056 del MINSA - 2014, expresamente establece que “el personal de

salud que realiza la atención de salud de niñas y niños, es el responsable del monitoreo y seguimiento del proceso de la suplementación, a nivel intra y extra muro aprovechando cualquier motivo de contacto o consulta en el establecimiento de salud para monitorear la aceptación y la adherencia al consumo de los suplementos de hierro y multimicronutrientes, fortalecer los mensajes del beneficio de suplementación y registrarlos en la historia clínica y carnet”, estableciendo como mínimo 3 visitas domiciliarias⁹.

Esta problemática se puede analizar al comparar con lo ocurrido en Apurímac y Ayacucho en el 2009, donde el MINSA a través de un estudio de cohorte concluyó que el riesgo de presentar adherencia baja a la suplementación se relaciona principalmente con la inadecuada consejería de refuerzo por parte del personal de salud, limitado acceso y utilización de los servicios de salud, falla en la dispensación del suplemento y débil monitoreo y seguimiento¹⁰.

Tabla 2. Factores socioculturales de las familias con niños menores de 3 años. Chilete, 2015.

Factores socioculturales	Criterios	FRECUENCIAS							
		Siempre		A veces		Nunca		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Creencias alimentarias	Alimentación a base de productos naturales.	18	36,0	32	64,0	0	0,0	50	100,0
	Las vitaminas evitan enfermedades.	12	24,0	24	48,0	14	28,0	50	
	MMN mejora niveles de Hb.	18	36,0	7	14,0	25	50,0	50	
Conducta Alimentaria	Consume básicamente harinas grasas y azúcares.	28	46,	22	44,0	0	0,0	50	100,0
	Consume productos chatarra.	36	72,0	14	28,0	0	0,0	50	
	Prepara papillas exclusivas para su menor.	14	28,0	10	20,0	26	52,0	50	
	Combina carbohidratos, proteínas y grasas.	9	18,0	17	34,0	24	48,0	50	
Redes de Apoyo	Instituciones y actores sociales informan sobre el MMN.	0	0,0	8	16,0	42	84,0	50	100,0
	Los agentes comunitarios de salud se preocupan en entregar el MMN.	14	28,0	22	44,0	14	28,0	50	
Responsabilidad Familiar	Suministra diariamente los MMN.	18	36,0	6	12,0	26	52,0	50	100,0
	Acude puntualmente al EE.SS a recoger los MMN.	15	30,0	20	40,0	15	30,0	50	
Respuesta de los servicios de Salud	El EE.SS. Entrega puntualmente el MMN.	22	44,0	10	20,0	18	36,0	50	100,0
	El personal de salud le invita a participar de sesiones demostrativas.	10	20,0	6	12,0	34	68,0	50	
	Recibe visitas domiciliarias por el personal de Salud.	10	20,0	9	18,0	31	62,0	50	
	El personal de salud brinda consejería sobre el MMN.	19	38,0	12	24,0	17	34,0	50	
	Personal de salud registra en HCL y carnet la fecha y dosis del MMN.	7	14,0	10	20,0	33	66,0	50	
	Recibe buen trato del personal de salud.	12	24,0	20	40,0	18	36,0	50	

FUENTE: Guía de entrevista, guía de observación y guía de cuestionario de grupo focal.

De acuerdo a la tabla 3, las características tangibles de un producto resulta una ventaja al momento de aceptar y consumir el mismo, bajo este juicio se les consultó respecto al "Sabor, olor y color" de los MMN pues el 90% de las familias manifestó que tienen un sabor "Ácido", el 70% refieren un olor agradable y el 86 % un color claro. A su vez estas características tienen gran aceptabilidad; sin embargo al evaluar los efectos adversos el 52% reporta el estreñimiento, seguido de las náuseas con un 28%, lo que repercute en la aceptabilidad y consumo del MMN, resultados que se asemejan a los hallazgos de la OPS Y OMS (2002) al evaluar la aceptabilidad que genera los multimicronutrientes en las familias reportaron efectos adversos después de su ingesta como: desagradable sabor metálico, la tinción dental y el disconfort abdominal, que siguen siendo principales barreras para alcanzar las metas trazadas por los diferentes programas de suplementación. En otro estudio realizado en Ecuador el año 2011 determinaron que el 53 % de las madres abandonó el suplemento debido al sabor metálico del mismo ¹¹.

En la tabla también se analizan el conocimiento y motivación de las familias para cumplir adecuadamente el proceso de suplementación; lograr una comunidad empoderada en la importancia de la suplementación y consumo de los MMN que permita ejercer un mayor control sobre los estilos de vida es un desafío que indudablemente tendrá un gran impacto en el estado nutricional y el desarrollo de sus propias capacidades de los más vulnerables como son los infantes. Los resultados de este estudio responden a la necesidad de impartir conocimiento hasta convertirlo en un aliciente que motive a las familias a adquirir nuevos hábitos en la alimentación de sus menores incluyendo los MMN como parte de su dieta diaria; en tal sentido sólo el 30% de familias preparan el suplemento adecuadamente lo que da pie a la presencia de reacciones adversas y al cambio de las características propias del suplemento, por ende al abandono del proceso

de suplementación, ya que el 60 % de las familias no cumplen con el suministro diario, de ahí que es substancial asegurar que todo el proceso sea adecuado para lograr una eficacia del suplemento, situación que recae totalmente en la responsabilidad familiar y el acompañamiento del personal de salud, toda vez que son absolutamente superables y corregibles si se unen esfuerzos con intervenciones multisectoriales sin dejar de lado a la participación ciudadana.

Los resultados, se pueden comparar con el estudio de Chamorro, JJ. Torres, KL. sobre el "Efecto de la suplementación con MMN y estado nutricional en niños menores de 3 años en Huancavelica, Perú 2010. En cuyos resultados mostraron que la media de consumo de multimicronutrientes fue de 69 sobres en un periodo de 5 meses de los 150 entregados, de los cuales en Huando el 87% de las madres les brindaron los multimicronutrientes en preparaciones siempre inadecuadas durante los meses de suplementación a comparación de Anchonga donde el 60% de las madres lo hicieron solo en preparaciones adecuadas. ¹². También se puede comparar con los resultados obtenidos por nutricionistas de la Universidad de San Marcos que determinaron los factores de adherencia a la suplementación asociado al incremento de hemoglobina, en el Distrito de San Martín de Porres 2013, quienes determinaron un incremento de hemoglobina en un 65% de los menores de 5 años, cuyo factor más influyente en la adherencia fue el conocimiento y la motivación de la madre ¹³. Además un estudio realizado en Huancavelica en el año 2010 obtuvo resultados parecidos; en cuyos hallazgos muestra que el 87% de las madres prepararon en forma inadecuada los multimicronutrientes, lo que tuvo una influencia significativa en el estado nutricional de los menores ya que los niños (as) que recibieron adecuadamente el suplemento tuvieron un incremento de la media de hemoglobina de 2,24g/dl, lo que valió como motivación para continuar con el proceso de suplementación ¹⁴.

Del mismo modo es de vital importancia la conservación, manipulación y almacenamiento del suplemento para garantizar su eficacia terapéutica y sólo el 4 % preserva el MMN alejado de la luz y de los rayos del sol y el 34 % lo conserva en un lugar fresco y seco, lo que conlleva al deterioro del insumo ya que está compuesto por nutrientes muy sensibles a luz y el calor. Este resultado se relaciona con los hallazgos en la experiencia Mexicana (2013), donde en un estudio cualitativo en 25 grupos focales de madres con niños de 6 a 59 meses de edad, obtuvieron como resultados a la identificación de factores que sirvieron de barrera a una aceptabilidad desfavorable, problemas de almacenamiento y distribución, creencias y conocimientos¹⁵.

Sobre los beneficios y aportes nutricionales del MMN tienen un conocimiento errado al manifestar en su mayoría (52%) que el suplemento engorda a los niños y sólo el 12 %

conoce realmente los beneficios; conocimiento que se convierte en una barrera cultural para cumplir con el proceso de suplementación. Así mismo el 74% de las familias afirma no evidenciar un incremento en la hemoglobina de sus menores, por lo que el 68 % abandonó el proceso de suplementación. Los hallazgos se asemejan con los obtenidos en el Centro Materno Infantil “Ollantay”, San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo – 2014; donde García, C. evaluó el “conocimiento de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes”. En cuyos resultados se obtuvo que el 48,1% conocen sobre la suplementación en tanto que el 51,9 % desconoce. Dentro de las dimensiones de conocimiento se tuvo en cuenta a la importancia de la suplementación, beneficios, medidas de higiene, preparación, almacenamiento, cantidad de MMN que el menor debe consumir y proceso de administración¹⁶.

Tabla 3. Aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias con niños menores de 3 años. Chilete, 2015.

DIMENSIONES	Criterio	TOTAL	
		Nº	%
Sabor	Ácido	45	90,0
	Salado	4	8,0
	Dulce	1	2,0
Olor	Agradable	35	70,0
	Fétido	15	30,0
Aspecto o Color	Claro	43	86,0
	Oscuro	7	14,0
Preparación de los MMN	En 2 cucharadas de comida espesa	15	30,0
	En líquidos	32	64,0
	En comida caliente	3	6,00
Suministro de los MMN	Diario	20	40,0
	Interdiario	12	24,0
	De vez en cuando	18	36,0
Conservación de los MMN	Sobres cerrados	31	62,00
	MMN en lugar fresco y seco	17	34,0
	MMN lejos de la luz	2	4,00
Motivación para suministrar el MMN	Menor crece	18	36,0
	Incrementa Hb de menor	6	12,0
	Menor se engorda	26	52,0
Cumplimiento del proceso de suplementación	Cumple 12 meses continuos	16	32,0
	Abandona	34	68,0
Efectos adversos del MMN	vómitos	4	8,0
	Náuseas	14	28,0
	Dolor abdominal	6	12,0
	Estreñimiento	26	52,0
Total		50	100,0

FUENTE: Ficha de registro de datos y guía de observación.

La tabla 4 muestra el nivel de aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes por las familias con niños menores de 3 años en Chilete y de acuerdo a los resultados se puede deducir que el nivel de aceptabilidad es bajo ya que sólo el 24% consume los multimicronutrientes en forma adecuada; esto debido a las dimensiones presentadas en la tabla anterior. La deficiencia de hierro sigue siendo la más común de las deficiencias nutricionales prevenibles a pesar de metas globales reiteradas para su reducción y a los esfuerzos del Estado a través del MINSA y las diferentes estrategias que abordan este problema, no se evidencia una mejora en el estado nutricional de los menores teniendo un impacto significativo en el desarrollo humano y en la productividad económica., situación que los somete a enfrentar mayor riesgo de enfermedad, mortalidad precoz y discapacidad.

Al comparar los resultados, resulta semejante a los hallazgos obtenidos por un estudio realizado en las provincias de Apurímac, Ayacucho y

Huancavelica con la finalidad de determinar el consumo de los multimicronutrientes en 714 niños de 6 a 35 meses donde el 49% consumió el suplemento en forma adecuada y el 70 % abandonó el proceso de suplementación¹⁰³. Por su parte un estudio realizado en la Universidad Nacional de San Marcos sobre barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación en madres de niños menores de 36 meses, obtuvieron que sólo el 8,5 % tuvo una alta adherencia al multimicronutriente¹⁷.

También se puede comparar con el estudio de Chamorro, JJ. Torres, KL. (2010) quienes realizaron una investigación en una población de 95 niños de 6 a 35 meses de edad en Huancavelica, Perú 2010 sobre el "Efecto de la suplementación con multimicronutriente y estado nutricional en niños menores de tres años. En cuyos resultados mostraron que la media de consumo de multimicronutrientes fue de 69 sobres en un periodo de 5 meses de los 150 entregados¹⁸.

Tabla 4. Nivel de aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias de niños menores de 3 años. Chilete, 2015.

Nivel de aceptabilidad y consumo de los MMN	Frecuencias	Porcentajes
No consume	38	76,0
Consume	12	24,0
Total	50	100,0

FUENTE: Guía de entrevista y ficha de registro de datos.

Los resultados de la tabla 5 muestran que luego de realizar la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson (**P**) existe relación directa entre el nivel educativo de la madre o padre y/o cuidador ($P = 0,029$) y la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes, este resultado coincide con lo obtenido en Bolivia en el 2010 en un estudio sobre los factores que influyen en la adherencia y aceptabilidad de la suplementación, donde la no adherencia se

asoció a la falta de estudios de primaria completa de la madre ($P = 0,0355$) y llegando a la conclusión de que a menor nivel educativo, mayor rechazo del multimicronutriente y obviamente menor aceptabilidad y consumo del mismo. Ocurrió también en la realidad de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, pues un estudio transversal sobre el consumo de los multimicronutrientes determinó que hubo mayor rechazo del suplemento (78%) en aquellas

madres que no tenían ningún grado académico o sólo de nivel primario ¹⁹. En nuestra realidad, según el ENAHO 2013 el 80 % de analfabetismo se centra en las mujeres las mismas que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de los menores, también podemos notar que un gran número de madres sólo alcanzan a un nivel de primaria, nivel educativo que limita el progreso familiar y las oportunidades para la mujer. La educación de calidad es una inversión rentable no sólo para la persona sino para la sociedad; ya que una educación de calidad aumenta y mejora el stock de capital humano; pues el desarrollo de un país depende de la calidad de la educación de su población la misma que se inicia en los primeros años de vida y dentro del entorno familiar, lo que se expresa en el grado de iniciativa, capacidad creadora y protagonismo que demuestran para operar cambios; de ahí que para aminorar el problema de la anemia las Instituciones de Salud no deben actuar de espaldas a la realidad sin irradiar cultura, sin conocer el valor, el sufrimiento, los sueños, ni los intereses ni su diversidad de cada una de las familias.

Otra de las características sociales directamente ligadas a la aceptabilidad y consumo de los MMN es la religión que profesan las familias con niños menores de 3 años del Distrito de Chilete; el lazo entre la religión y la salud siempre ha generado controversia en el mundo médico, ya que ciertas creencias religiosas limitan la aplicación de ciertas medidas terapéuticas. Chilete es un distrito en el cual la religión predominante es la Adventista (78 %), religión que prohíbe el no consumo de carnes y sangrecita, a lo que también son sometidos los niños talvez por la escasa información sobre el aporte de nutrientes ya que son fuentes primarias de hierro y proteína imprescindibles en el crecimiento y desarrollo de los niños por lo tanto la dieta de los menores no suple los requerimientos diarios de hierro que el

organismo necesita para cumplir ciertas funciones; lo que demanda la suplementación de los menores con los multimicronutrientes para garantizar los 12 mg diarios de hierro; sin embargo los resultados nos muestran que las familias con esta religión en su mayoría rechazan el multimicronutriente, lo que perjudica la salud de los más vulnerables de la familia que son los niños.

Son diversos los ámbitos de la vida donde se puede identificar la presencia de los preceptos religiosos, entre ellos revisten una especial importancia las áreas relacionadas con la salud, ya que las regulaciones sociales e individuales que implican las creencias religiosas afectan campos como la alimentación basado específicamente en la prohibición del consumo de algunas carnes ya que consideran a los animales como inmundos, así como también el acceso y seguimiento de tratamientos clínicos, el consumo de sustancias, la consideración del propio cuerpo, etc. En este sentido la religión puede representar una fuente de esperanza que simboliza fuerza frente a la enfermedad o una barrera que limita recuperar la salud. En tal sentido los profesionales de salud deberían conocer cuáles son las creencias religiosas y espirituales de sus clientes con el único fin de realizar un trabajo que resulte lo más efectivo posible, cambiar esos preceptos resulta casi imposible toda vez que temen un castigo divino si faltan al cumplimiento de sus mandamientos religiosos; es innegable que todas las familias profesan algún tipo de creencia religiosa puesto que existió desde los tiempos más remotos y a lo largo de toda la historia los rituales de espiritualidad y las creencias religiosas estuvieron presentes y estrechamente ligadas a la salud en toda sociedad humana por pequeña o primitiva que sea.

Tabla 5. Relación entre las características sociales de las familias con niños menores de 3 años y la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes. Chilete, 2015.

Características sociales	Categorías	TOTAL		Aceptabilidad y Consumo de los MMN				P
				SI		NO		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Género	Masculino	9	18,0	3	6,0	6	12,0	0,71
	Femenino	41	82,0	28	56,0	13	26,0	
Relación con el menor	Madre o Padre	48	96,0	25	50,0	23	46,0	0,45
	Cuidador(a)	2	4,0	1	2,0	1	2,0	
Grupo etáreo	Adolescente	7	14,0	3	6,0	4	8,0	0,32
	Adulto joven	41	82,0	26	52,0	15	30,0	
	Adulto mayor	2	4,0	0	0,0	2	4,0	
Nivel Educativo	Analfabeto	3	6,0	0	0,0	3	6,0	0,029
	Primaria	15	30,0	6	12,0	9	18,0	
	Secundaria	26	52,0	16	32,0	10	20,0	
	Superior	6	12,0	4	8,0	2	4,0	
Ingreso económico	Menos de S/ 750	37	74,0	22	44,0	15	30,0	0,58
	Más de S/ 750	13	26,0	5	10,0	8	16,0	
Ocupación	Su Casa	29	58,0	23	46,0	6	12,0	0,63
	Empleado(a)	8	16,0	3	6,0	5	10,0	
	Comerciante	13	26,0	8	16,0	5	10,0	
Tipo de familia	Nuclear	30	60,0	17	34,0	13	26,0	0,5
	Extendida	13	26,0	8	16,0	5	10,0	
	Monoparental	7	14,0	2	4,0	5	10,0	
Religión	Católica	11	22,0	9	18,0	2	4,0	0,044
	Protestante	39	78,0	25	50,0	14	28,0	
Procedencia	Urbano	16	32,0	5	10,0	11	22,0	0,55
	Rural	34	68,0	23	46,0	11	22,0	

FUENTE: Guía de entrevista. Datos obtenidos por el programa Spss.v.22. $p > 0.05$ = No existe diferencia significativa entre ambos grupos; < 0.05 = Existe diferencia significativa

En la tabla 6 al establecer la relación de variables encontramos a las creencias alimentarias ($P = 0,048$), las redes de apoyo social ($P = 0,032$), a la responsabilidad familiar ($P = 0,037$) y a la respuesta de los servicios de salud ($P = 0,046$) como factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes. El año (2010), en Buenos Aires-Argentina un estudio evaluó las representaciones culturales acerca de la anemia y la suplementación con hierro, tanto del personal de salud como de las madres de niños. Del estudio se sabe que el 72% de

profesionales no tomaron la importancia correspondiente a la suplementación, hecho que coincide con nuestro estudio a lo que llamé respuesta de los servicios de salud que involucra la actitud del personal de salud. En relación a las madres del estudio, ellas desconocían el proceso de suplementación y no cumplían con el régimen prescrito atribuyendo erróneamente resultados negativos del proceso de suplementación por el desconocimiento de las repercusiones de la anemia, tomando poca importancia al tratamiento de sus niños; las madres reconocieron que se les era difícil

cumplir con el consumo del suplemento porque se olvidaban de darle el suplemento al niño, esto tiene que ver con los resultados que se evidencian en la tabla en el ítem de responsabilidad familiar²⁰.

De igual forma se puede comparar con las conclusiones del Instituto Nacional de Salud (2012), en su nota técnica “Factores sociales y culturales que intervienen en la eficacia y efectividad de la suplementación de micronutrientes para la prevención de anemia, enfermedades y un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo en la población infantil de 6 a 36 meses de edad”, determinando algunos factores intervinientes como el olvido de la madre, a lo que llamamos responsabilidad familiar; patrones culturales y paradigmas sobre la alimentación, en este estudio creencias alimentarias y consejerías no efectivas además de falta de monitoreo y un plan de seguimiento fortalecido en salud, descrito en el estudio como respuesta de los servicios de salud²¹.

Los resultados de la Universidad Nacional de San Marcos a través de un estudio sobre “Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, efectuado en el distrito de Cercado de Lima - 2014”, también coinciden con los hallazgos de esta investigación ya que destaca como una de las motivaciones de las madres de alta adherencia a la persistencia de actores sociales claves y como una de las barreras las creencias populares, y dificultades para acceder a los servicios de salud y recoger el suplemento²².

Además algunos estudios cualitativos realizados en países en vías de desarrollo como México, han reportado razones para la no adherencia a la suplementación de hierro, como inadecuada suplementación, limitado acceso y utilización de los servicios de salud, inadecuada consejería de refuerzo, débil monitoreo del consumo de los suplementos, y percepciones

culturales de las familias que asocian la suplementación con aumento exagerado del peso de los niños y niñas. Adicionalmente, se ha reportado el olvido del consumo del suplemento, la pérdida de motivación para continuar con la suplementación, y la falla en la dispensación del suplemento en el establecimiento de salud; razones que coinciden con lo obtenido en el estudio²³.

Las creencias alimentarias, son inherentes a las sociedades peruanas y son generalmente a base de carbohidratos, lo que no proporciona adecuadamente los nutrientes y micronutrientes que requiere el ser humano para lograr su desarrollo en toda su potencialidad, siendo la primera infancia la etapa de vida más afectada y sin duda es la edad donde se fijan las pautas para el futuro de un ser humano; por lo que es imprescindible la consideración de una alimentación adecuada a sus requerimientos nutricionales y por ende es muy importante el grado de responsabilidad familiar con la que asumen esta labor no se centra sólo en la oferta de alimentos sino en proporcionar suplementos como los multimicronutrientes para suplir esa deficiencia de hierro en la dieta diaria; sin embargo la desatención de esta necesidad repercute irreversiblemente en la salud de los menores en los cuales se empieza a hacer más evidente los casos de deficiencias nutricionales como la anemia.

Conocer y comprender los factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes desde una perspectiva multidimensional es indispensable cuando se requiere que las intervenciones para combatir la anemia en la niñez ya sea por los diversos programas y estrategias de las Instituciones públicas o privadas no sólo sean eficaces sino también sostenibles y de gran impacto en el tiempo; en tal sentido se requiere la acción de todas las redes de apoyo social así como de los actores sociales ya que no es posible reducir el análisis

y comprensión de la desnutrición infantil y la anemia solo a un enfoque biomédico, por supuesto la respuesta de los servicios de salud debe ser oportuna, integral y de calidad, la misma que necesita reforzarse y financiarse suficientemente de manera que se ajuste a la magnitud de los problemas de la población

brindando el acceso universal en particular mediante un aumento de la disponibilidad de personal y de insumos en este caso el suplemento MMN, así como la asequibilidad a los grupos más vulnerables y con un status socioeconómico bajo.

Tabla 6. Relación entre los factores socioculturales y la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes. Chilete, 2015.

Factores socioculturales	Dimensiones	Aceptabilidad y Consumo de los MMN				TOTAL		P
		SI		NO		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Creencias alimentarias	Alimentación a base de productos naturales .	16	32,0	34	68,0	50		
	Las vitaminas previenen las enfermedades .	28	56,0	22	44,0	50	100,0	0,048
	MMN mejora niveles de Hb.	20	40,0	30	60,0	50		
Conducta Alimentaria	Consume básicamente harinas grasas y azúcares.	19	38,0	31	62,0	50		
	Consume productos chatarra.	10	20,0	40	80,0	50	100,0	0,63
	Prepara papillas exclusivas para su menor.	15	30,0	35	70,0	50		
	Combina carbohidratos, proteínas y grasas.	13	26,0	37	74,0	50		
Redes de Apoyo	Instituciones y actores sociales informan sobre el MMN.	21	42,0	29	58,0	50	100,0	0,032
	Los agentes comunitarios de salud se preocupan en entregar el MMN.	17	34,0	33	66,0	50		
Responsabilidad Familiar	Suministra diariamente los MMN	20	40,0	30	60,0	50		
	Acude puntualmente al EE.SS a recoger los MMN.	26	52,0	24	48,0	50	100,0	0,037
Respuesta de los servicios de Salud	El EE.SS. Entrega puntualmente el MMN.	37	74,0	13	26,0	50		
	El personal de salud le invita a participar de sesiones demostrativas.	22	44,0	28	56,0	50		
	Recibe visitas domiciliarias por el personal de Salud.	25	50,0	25	50,0	50		
	El personal de salud brinda consejería sobre el MMN.	29	58,0	21	42,0	50	100,0	0,046
	Personal de salud registra en HCL y carnet la fecha y dosis del MMN.	34	68,0	16	32,0	50		
	Recibe buen trato del personal de salud.	17	34,0	33	66,0	50		

FUENTE: Guía de entrevista. Datos obtenidos por el programa Spss.v.22. $p>0.05$ = No existe diferencia significativa entre ambos grupos; <0.05 = Existe diferencia significativa

CONCLUSIONES

El nivel de aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias de Chilete con niños menores de 3 años es bajo, siendo el nivel educativo de la madre,

la religión, las creencias alimentarias, las redes de apoyo social, la responsabilidad familiar y la respuesta de los servicios de salud los factores socioculturales que influyen.

Agradecimientos

Al director del Hospital de Apoyo Chilete que permitió el acceso a las Historias clínicas y a los datos estadísticos, al personal técnico y de enfermería que colaboró en la selección de las familias y a cada una de las familias que voluntariamente participaron en esta investigación y la hicieron posible.

Referencias bibliográficas

1. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar. Proporción de anemia en niños y niñas de 6 meses a menores de 36 meses. Lima: Perú; 2013.
2. MINSA/DGSP-V. 03. Directiva Sanitaria N° 056 - suplementación con multimicronutrientes e hierro para prevenir la anemia en las niñas y niños menores de tres años. Lima: Perú; 2014.
3. Instituto Nacional de Salud. Anemia en la población infantil del Perú. Aspectos clave para su afronte. Lima: Perú; 2014.
4. Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia. UNICEF. Organización de las Naciones Unidas. Reporte Anual. Lima: Perú; 2013
5. García C. "Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en el Centro Materno Infantil Ollantay- San Juan de Miraflores." Perú: 2014.
6. García C. Op. Cit., Pág.09
7. Ministerio de Salud y Ministerio la Mujer. MINSA. Propuesta de implementación de micronutrientes en tres regiones: Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Lima: MINSA, MINDES; 2009.
8. Munayco CV, Ulloa – Rea ME, Medina – Osis J, Lozano – Revollar CR, Tejada V, Castro – Salazar C, et al. Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2013; 30 (2):229 – 34
9. Ministerio de Salud. MINSA. Directiva Sanitaria de Salud n° 056. Suplementación preventiva con multimicronutrientes a los niños y niñas menores de 3 años. Lima: Perú; 2012.
10. Ministerio de Salud. MINSA. Dirección General de Epidemiología. Adherencia a la suplementación con hierro durante la gestación en 18 Establecimientos de Salud de las Direcciones de Apurímac y Ayacucho. Perú; 2009.
11. Castro ML. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento con hierro gotas en niños menores de 1 año de edad de Huachi Grande durante el periodo Enero – Junio 2011. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Regional Autónoma de los Andes; Ambato: Ecuador; 2011.
12. Chamorro JJ, Torres KL. Efecto de la suplementación con multimicronutrientes y estado nutricional en niños menores de tres años en comunidades de Huando y Anchonga - Huancavelica.

- Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Perú: 2012.
13. Espichán, P. "Factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, de Asentamientos Humanos del Distrito de San Martín de Porres". U.N.M.S.M. / E.A.P. NUTRICIÓN. Perú: 2013.
14. Curo G. Actitud de las madres frente a la administración de los micronutrientes en el puesto de salud San Cristóbal – 2010. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica; Perú: 2010.
15. Martínez H., Campero L., Rodríguez G. "Aceptabilidad a suplementos nutricios en lactantes y niños menores de 5 años". Salud Pública México. 2013; 41:163-169.
16. García C. Op. Cit., Pág.12
17. Millán A. Raúl. Diagnóstico participativo comunicacional. valoraciones, saberes y experiencias en el consumo de "chispitas en las Provincias de Huancavelica, Apurímac y Ayacucho 2011.
18. Chamorro JJ, Torres KL. Op. Cit., Pág. 18
19. Acción Contra el Hambre y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Valoraciones, saberes y experiencias en el consumo de chispitas en los departamentos de Huancavelica, Apurímac y Ayacucho. Perú 2013; 19-33.
20. Christensen L, Iguassero Y, Cuesta C. Anemia y adherencia a la suplementación oral con hierro en una muestra de niños usuarios de la red de salud pública de Rosario, Santa Fe. Arch. Argentina. Pediatr; 2010. P. 288–294.
21. Instituto Nacional de Salud. INS. Factores sociales y culturales que intervienen en la eficacia y efectividad de la suplementación de micronutrientes para la prevención de anemia, enfermedades y un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo en la población infantil de 6 a 36 meses de edad. Lima: Perú; 2012.
22. Cornejo, H. "Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, Zonas de Barrios Altos y Margen Izquierda del Río Rímac, distrito de Cercado de Lima - 2014"
23. Cornejo, H. Op. Cit., Pág. 26