

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS:

EFFECTO DE LA CONSEJERIA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD POKRAS. DISTRITO CARMEN ALTO, AYACUCHO PRIMER SEMESTRE - 2013.

PRESENTADO POR

: SANDOVAL ESPINOZA, Nydia

: JANAMPA HUACCACHI Hiversum

AYACUCHO- PERÚ

2014

DEDICATORIA

A Dios:

Por regalarme el maravilloso don de la vida y brindarme su grandioso amor e infinito apoyo para vencer las dificultades.

A mis Padres:

Vilma Aydee y Blas Desiderio por brindarme, su amor y apoyo incondicional en cada momento de mi vida para lograr el éxito profesional. Leoncio Huaccachi y Olimpia Cayampi, por brindarme su amor y cuidado en mis primeros años de vida.

A mis tíos: Claudio, Raúl, Héctor y Wilfredo por brindarme su apoyo generoso en mis momentos más necesitados de mi vida.

Hiversum

DEDICATORIA

A Dios:

Por darme el regalo más grande que es la vida, por su apoyo en mis momentos más difíciles de mi vida.

A mis Padres:

Por ofrecerme, su apoyo desinteresado en cada momento de mi vida para lograr el éxito profesional. Por enseñarme el camino y prepararme para la vida, para ser un ejemplo de ellos.

A mis hermanos por soportar mi carácter, y por ser un modelo a seguir para ellos como profesional en la vida universitaria.

Nydia

AGRADECIMIENTO

A la tricentenario Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, alma mater, forjadora del cambio y el progreso del pueblo ayacuchano; quien me cobijó en sus aulas para hacerme útil a la sociedad.

A la Facultad de Enfermería y su plana docente, por sus orientaciones, conocimientos y enseñanzas impartidas.

A nuestra asesora, Marizabel Llamocca Machuca por su apoyo incondicional, atención y dedicación, durante el desarrollo de la tesis.

A las enfermeras del Puesto de Salud Pokras, por su apoyo desinteresado y haber permitido la recolección de datos necesarios, para la culminación del estudio.

A todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron en la culminación del trabajo de investigación.

CONTENIDO

	Pág.
ABSTRAC	07
INTRODUCCIÓN	08
I. EL PROBLEMA	12
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	15
2.1. Antecedentes del problema	15
2.2. Base teórica	18
2.3. Variables	37
III. MATERIALES Y MÉTODOS	38
3.1. Enfoque de investigación	38
3.2. Tipo de investigación	38
3.3 Nivel o alcance del estudio	38
3.4. Diseño de investigación	38
3.5. Área de estudio	38
3.6. Población	39
3.7. Muestra	40
3.8 Tipo de muestreo	40
3.9 Unidad de estudio	40
3.10 Técnica e instrumento de recolección de datos	40
3.11 Plan de recolección de datos	41
3.12 Procesamiento de datos	41
IV. RESULTADOS	42
V. DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	72

EFFECTO DE LA CONSEJERIA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS, EN MADRES QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD POKRAS. DISTRITO CARMEN ALTO, AYACUCHO PRIMER SEMESTRE - 2013.

Bach. Janampa Huaccachi, Hiversum¹
Bach. Sandoval Espinoza, Nydia²

RESUMEN

El estudio del efecto de la consejería nutricional en el estado nutricional de los niños permite determinar la efectividad de los aspectos educativos que brinda el profesional de enfermería con la finalidad de producir cambios en las formas del cuidado nutricional del niño, por ello se estableció el **Objetivo:** Determinar el efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas en niños de 1 a 3 años, atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de Salud Pokras. Ayacucho primer semestre, 2013. **Materiales y Métodos:** La investigación fue cuantitativo, descriptivo, aplicativo, ex post facto, retrospectivo; la población estuvo constituido por 61 (100%) madres con niños de 1 a 3 años que acudieron al control de CRED y recibieron consejería nutricional y sesiones demostrativas durante el primer semestre del 2013. La técnica de recolección de datos fue la observación y el instrumento la guía de observación y revisión documental. **Resultados:** Se ha determinado que la consejería nutricional más sesiones demostrativas tiene un efecto positivo en la disminución de la desnutrición de niños de 1 – 3 años que acudieron al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Pokras, del Distrito de Carmen Alto. Pues el 26,2% presento desnutrición, antes de la aplicación de la consejería nutricional y sesiones demostrativas. Luego de la aplicación se redujo a 13,1%. **Conclusión:** La aplicación de consejería nutricional y sesiones demostrativas fue efectiva.

Palabras clave: consejería nutricional, estado nutricional.

¹ Bachiller en Ciencias de Enfermería - Email. hiver_21@hotmail.com

² Bachiller en Ciencias de Enfermería - Email. Génesis_nse117@hotmail.com

ABSTRAC

EFFECT OF NUTRITIONAL COUNSELING SESSIONS AND DEMONSTRATION ON NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN FROM 1 TO 3 YEARS, CAME IN MOTHERS OF CRED OFFICE POSITION OF HEALTH Pokras. DISTRICT CARMEN ALTO, Ayacucho FIRST HALF - 2013.

**Bach. Janampa Huaccachi, Hiversum
Bach. Sandoval Espinoza, Nydia**

SUMMARY

The study of the effect of nutritional counseling in the nutritional status of children to determine the effectiveness of educational aspects offered by the nurse in order to produce changes in the forms of nutritional care of the child, so the goal was established: was to determine the effect of nutritional counseling and demonstration sessions for children aged 1 to 3 years, served in the office of the Post CRED Pokras Health. Ayacucho first half, 2013 Materials and Methods: The research was quantitative, descriptive, applicative, ex post facto, and retrospective; population consisted of 61 (100%) mothers with children 1-3 years attending the CRED control and received nutritional counseling and demonstration sessions during the first half of 2013 The technique of data collection was observation and instrument guide observation and document review. Results: It has been determined that the most demonstrative nutritional counseling sessions has a positive effect in reducing malnutrition in children aged 1-3 years attending the Growth and Development Office of the Health Pokras, District of Carmen Alto. For 26.2% showed malnutrition, before application of nutritional counseling and demonstration sessions. After application was reduced to 13.1%. Conclusion: The application of nutritional counseling and demonstration sessions was effective.

Keywords: nutritional counseling, nutritional status.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica y la anemia afectan de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños desde la gestación hasta los tres primeros años de vida, Este deterioro reduce la capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita las posibilidades de acceder a otros niveles de educación. En el largo plazo se convierte en un adulto con limitadas capacidades físicas e intelectuales para insertarse en la vida laboral, es decir, un niño desnutrido hoy tiene alta probabilidad de ser un adulto pobre mañana, y ésta, conlleva a una deflación de la productividad económica del país. La desnutrición por si misma limita el desarrollo económico del país al reducir la productividad del capital humano. Ser pobre y estar desnutrido es una doble condición que acentúa la exclusión y la inequidad. También genera el riesgo de aumentar la susceptibilidad en la adultez y contraer enfermedades crónicas.

El programa mundial de alimentos (2012)⁽¹⁾, muestra que en el mundo 1000 millones de niños padecen de desnutrición crónica infantil y en América Latina y el Caribe afecta a 9 millones el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo e Índices de Desarrollo Humano⁽²⁾ menciona que a nivel de Latinoamérica la tasa de desnutrición crónica en Bolivia (27%), Ecuador

(26%), **Perú (25%)**, Chile (2%); mientras para el Banco Mundial⁽³⁾, uno de cada cuatro niños menores de tres años sufren de desnutrición; es decir, alrededor de 750 mil infantes tienen bajo peso y talla baja, condición que afecta su desarrollo físico y mental de por vida.

Según la Organización de Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (2011 - 2013)⁴, en el Perú 3.5 millones sufren desnutrición crónica, condición que afecta al crecimiento y desarrollo del niño, este deterioro reduce la capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita las posibilidades de acceder a otros niveles de educación afectados por la desnutrición crónica, representan el 23,2% en la primera infancia, y 14 de cada 100 niños y niñas menores de 5 años que viven en el área urbana sufren de desnutrición crónica (14,1%), mientras que 39 de cada 100 padecen de ella en el área rural (38,8%). A nivel de regiones naturales, la zona de sierra presenta los promedios más altos de desnutrición crónica (34,4%).⁵

El Informe de la Línea de Base del Gobierno Regional de Ayacucho (2012)⁶, registra que las cifras de desnutrición crónica en niños menores de 36 meses de edad en la región de Ayacucho, se encuentra entre 27.5% y 32.5% con un (promedio de 28.4%), existiendo provincias que superan el promedio regional como es el caso de provincia de Huancasancos (39.4%), Sucre (38.3%) y Cangallo (38.1%). Y a nivel de Distritos que superan el promedio regional son: Asquipata 60%; Carmen Alto 58.5% Acosvinchos 46.1%.

La nutrición en los primeros años de vida (0 a 3 años) juega un papel importante en el crecimiento físico y desarrollo intelectual del ser humano. Una adecuada nutrición favorecerá tanto su crecimiento corporal como el desarrollo de sus capacidades cognoscitivas y lo harán más inmune o resistente a las enfermedades. Por el contrario una inadecuada alimentación o malnutrición limitara su crecimiento y el desarrollo de su capacidad cognoscitiva, haciéndolo más propenso a enfermedades y a la muerte.

La consejería nutricional es una metodología estandarizada para promover prácticas nutricionales que favorezcan el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación y para prevenir alteraciones tempranas; este es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución, es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador, cuyo propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común.⁷

El Distrito de Carmen Alto, sobre todo el área de intervención del Puesto de Salud Pokras es una zona peri urbana con una condición económica de pobreza y extrema pobreza, según el ASIS (2012) del Distrito de Carmen Alto indica que presentan 56.4% de desnutrición en niños menores de 5 años, esto debido a la introducción temprana de los niños en la olla familiar, el destete temprano, dieta inadecuada en (cantidad y calidad), uso de la olla familiar en la alimentación complementaria, así como el desconocimiento de las madres en el inicio, frecuencia, consistencia y contenido nutricional de los alimentos que ofrecen a sus niños, sobre todo en la preparación inadecuada de la alimentación complementaria; considerando que las madres son responsables directas del cuidado de los niños y requieren de una serie de aspectos educativos para mejorar los cuidados nutricionales del niño, por tal razón el programa de consejería nutricional en los establecimientos de salud se encargan de brindar educación a la madre con la finalidad de producir cambios en las formas de cuidado nutricional por las madres; para tal efecto, el profesional de enfermería juega un rol fundamental en este proceso de consejería en el aspecto nutricional y preparación de los alimentos.

La consejería es un proceso de acompañamiento que el consejero profesional brinda a la madre para conseguir cambios de conducta en la población; por ello existe la necesidad de evaluar la efectividad de cada una de las acciones que realizan los profesionales en el programa de consejería y determinar cuál es el efecto a través del cambio de conductas en la

población por ello, existe la consejería nutricional y sesiones demostrativas en el estado nutricional de niños de 1 a 3 años, en madres que acudieron al consultorio de CRED - del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre - 2013?

Para tal fin se planteó el siguiente enunciado: ¿Cuál es el efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas en el estado nutricional de niños de 1 a 3 años, en madres que acudieron al consultorio de CRED- del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre- 2013?

El objetivo general planteado fue determinar el efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas en niños de 1 a 3 años, atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de Salud Pokras. Ayacucho primer semestre, 2013; y los objetivos específicos fueron:

- Evaluar el estado nutricional en niños de 1 a 3 años que acudieron al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre- 2013.
- Caracterizar a las madres que recibieron consejería nutricional y sesiones demostrativas en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Pokras, Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre- 2013.
- Establecer el efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas con el estado nutricional en niños de 1 a 3 años, en

madres que acudieron al consultorio de CRED del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre- 2013.

La hipótesis planteada fue: La consejería nutricional y sesiones demostrativas en madres, tiene efecto en el estado nutricional del niño de 1 a 3 años atendido en el consultorio de CRED del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre- 2013.

El diseño de investigación fue Ex post facto, analítica, utilizando como técnica de recolección de datos la observación y como instrumento la guía de observación y revisión documental de la historia clínica, donde se muestra la antropometría y diagnóstico nutricional del niño según etapa de desarrollo. La muestra estuvo conformada por la totalidad de niños de 1 a 3 años (61 niños) con madres que recibieron consejería nutricional en el consultorio de CRED del Puesto de salud Pokras Carmen Alto durante el primer semestre del 2013.

Los resultados determinaron que la consejería nutricional más sesiones demostrativas tiene un efecto positivo en la disminución de la desnutrición de niños de 1 – 3 años que acudieron al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Pokras, del Distrito de Carmen Alto. Pues el 26,2% presento desnutrición, antes de la aplicación de la consejería nutricional y sesiones demostrativas. Luego de la aplicación se redujo a 13,1%.

La estructura del presente estudio está constituida por los siguientes capítulos: Introducción, Capítulo I: Revisión de la Literatura, Capítulo II: Materiales y Métodos, Capítulo III: Resultados, Capítulo IX: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, Referencia bibliográficas, anexos.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Chávez P, Carrillo L. Ecuador (2011)⁸. En el estudio Programas Educativos para el Mejoramiento del estado Nutricional de los Niños de 6 a 11 meses que inician con alimentación en el sector de Cuatro Esquinas realizaron el estudio con una muestra de 47 madres de niños de 6 a 11 meses cuyos resultados encontrados fueron que de los 47 niños de 6 a 11 meses en la relación peso/edad, 8 niños tienen bajo peso que representa el 11%, 4 niños con bajo peso severo representa el 8% y existe 4 niños con riesgo de presentar bajo peso. En la relación talla /edad, 15 niños que representa el 32 % tienen baja talla, 11 niños que representa el 23% tienen baja talla severa además de existir 3 niños con riesgo de presentar baja talla. Existe desconocimiento por parte de las madres acerca de lo que significa nutrición en un 80.8%, estado nutricional 89.3%, desnutrición 85.1%, consecuencias de la mala nutrición, 63.8, %, además mencionan que las causas para no

alimentar bien a sus hijos son el desconocimiento, falta de educación, pobreza, enfermedad entre otros. La práctica de la lactancia materna la realizan en un 100% sin embargo el 40.4% inicia la alimentación complementaria a los 7 meses, el 27.6 % a los 8 meses, el 17% a los 9 meses. Desconocen la importancia del hierro y zinc en un 89%, de vitamina A un 87%. Lo que origina una inadecuada alimentación en los niños. Concluyendo que las causas de la mala nutrición son el desconocimiento de los padres de familia acerca de nutrición, poca capacitación por parte del personal de la Unidad Operativa, Pobreza, poca disponibilidad de tiempo.

Cárdenas AL, Lima (2009)⁹ en la investigación Relación entre el Nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Alimentación Complementaria en Madres de Niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento Y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, el estudio fue de tipo cuantitativo, aplicativo, descriptivo de corte transversal, la población se conformó por 55 madres. La técnica utilizada es la Encuesta y el instrumento el cuestionario. Los resultados encontrados fueron que las madres primíparas tienen en su mayoría un nivel de conocimientos medio y realizan prácticas desfavorables sobre la alimentación complementaria, donde existente relación en mayor porcentaje en la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos.

Benítez CJ, Lima (2007)¹⁰. En la investigación titulada: "Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación

complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, determino la relación entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED del centro de salud Conde la Vega". El diseño utilizado fue aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista. El instrumento fue un formulario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Cuyos resultados fueron que el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje. Los conocimientos que en mayor porcentaje tiene la madre son definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria; la mayoría de madres desconoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso.

Cárdenas CC. Andahuaylas (2004)¹¹ en el estudio titulado "Actitud de las madres hacia la alimentación Complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el C. S. Chancas; cuyo diseño fue descriptivo transversal, probabilístico, la muestra fueron 58 madres que llevaron a sus hijos al control de crecimiento y desarrollo. Los resultados encontrados

fueron que el 70% de las madres tienen actitudes de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, el 100% de las madres tienen actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos que les ofrecen a sus hijos y los utensilios que usan.

2.2 BASE TEÓRICA

CONSEJERIA

La consejería surge en el mundo hace más de 60 años dentro de un marco educativo y social. Desde entonces se ha llamado consejero a aquella persona que se dedica a la asesoría, orientación o consultoría. Es vista como una profesión de ayuda, donde se crea un espacio para hablar de una problemática humana determinada, facilitando a las personas una mejor calidad de vida. Se otorga a la persona cuando ésta solicita ayuda para resolver problemas específicos; el consejero también se dedica a ser Saluda de mano al usuario y lo recibe con cordialidad; se presenta dando su nombre. facilitador de las capacidades humanas.⁷

CARACTERÍSTICAS DE LA CONSEJERÍA

- ✓ **Requiere estar focalizada.** Se trabaja un solo tema con el fin de identificar la problemática.
- ✓ **Se ofrece cara a cara.** Debe realizarse en persona para facilitar la interacción.
- ✓ **Proporciona información veraz y suficiente.** De acuerdo a la necesidad y conocimientos del usuario.

- ✓ **Requiere de un espacio físico que permita la confidencialidad.**
Para que el usuario pueda expresar sus emociones.
- ✓ **Tiempo de duración acotado.** La consejería no debe exceder de 45 minutos y de 10 sesiones como máximo.
- ✓ **No directiva.** El consejero debe dirigir la sesión de forma sutil, buscando conocer la demanda real del usuario, favoreciendo un ambiente que facilite el diálogo entre ambos.
- ✓ **El consejero no juzga.** Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto.
- ✓ **Conserva la confidencialidad.** Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto⁷.

APTITUDES BÁSICAS PARA PROPORCIONAR CONSEJERÍA

a. Escucha activa

- ✓ Prestar atención a todo lo que dice, hace y expone el usuario.
- ✓ El contacto visual hacia el usuario le indica que realmente estamos interesados en lo que nos dice y le expresa que lo entendemos.

b. Respetar valores, creencias y estilos de vida

- ✓ Entender y aceptar a las personas tal como son.
- ✓ Respetar sus creencias.
- ✓ Respetar su preferencia sexual y estilo de vida.

✓ **c. Lenguaje claro**

- ✓ Dar respuestas concretas que se ajusten a la situación personal.
- ✓ Utilizar términos sin tecnicismos.
- ✓ Proporcionar información clara.
- ✓ Corregir ideas erróneas de manera sensible.

d. Usar el silencio adecuadamente

- ✓ Aprovechar los silencios que haga el usuario, ya que le permiten reflexionar.

e. Lenguaje corporal

Es importante que el consejero esté pendiente de las posturas y movimientos del usuario, en diferentes momentos de la consejería, permite darnos cuenta si está prestando atención y entendiendo la información. ⁽¹²⁾

¿CÓMO SE HACE LA CONSEJERÍA?

El consejero:

- ✓ Habla al usuario por su nombre.
- ✓ Identifica la forma en que se comunica el usuario, con el fin de ser empático.
- ✓ Crea un ambiente cordial.
- ✓ Pregunta el motivo de la visita en un tono amable.
- ✓ Identifica el problema medular.
- ✓ Identifica qué tipo de información tiene y requiere el usuario.

- ✓ Ofrece alternativas para la solución del problema.

La consejería ha de adaptarse a la demanda tanto de las personas, como de sus parejas y familiares, pues todos ellos tienen preocupaciones, sentimientos y necesidades similares, aunque cada uno puede requerir distintas formas de apoyo.

CONSEJERIA NUTRICIONAL

Es un procedimiento que el profesional capacitado realiza de manera eficaz en grupos reducidos, al dirigirse hacia el cambio de la conducta individual de las personas, con la finalidad de mejorar su calidad de vida de su familia en problemas nutricionales.

La educación de los pacientes y la consejería acompañada de automonitoreo y mecanismos facilitadores de la comunicación, contribuyen a los cambios de conducta y favorecen la prevención primaria de enfermedades. El conocimiento acerca de la nutrición también es señalado como factor predictor significativo en nutrición y el cambio de conducta.⁷

SESIÓN DEMOSTRATIVA ¹²

Es una actividad educativa que permite aprender haciendo. En esta, las/os participantes aprenden a preparar comidas con alimentos nutritivos de la zona, y adquieren y ejercitan conocimientos fundamentales de una alimentación balanceada y apropiada a lo largo del proceso de crecimiento del niño en cuanto a cantidad, calidad, consistencia y variedad de los

alimentos. Una Sesión Demostrativa es, básicamente, una clase práctica sobre alimentación y nutrición dirigida a gestantes y madres de niños menores de tres años en un grupo no mayor de 15 madres.

FACILITADOR/A

El facilitador es aquella persona que genera espacios de reflexión, interaprendizaje y elaboración permanente de propuestas, y debe contribuir a democratizar y armonizar las relaciones entre facilitadores/as y población. Para ello es necesario que ambas partes aprendan a entenderse y a comunicarse en un lenguaje común, en el cual todos tienen algo que aportar y también que aprender.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CAPACITADORES Y FACILITADORES

- ✓ Personalidad cálida y habilidad para mostrar su aprobación y aceptación de los participantes o asistentes.
- ✓ Habilidad social para unir al grupo y controlarlo. Una forma de enseñar que genera y usa las ideas y habilidades de los participantes.
- ✓ Capacidad de organización para que los recursos sean adecuados y suficientes y que los arreglos logísticos se coordinen bien.
- ✓ Destreza para percibir y motivar la solución de problemas de los participantes.

- ✓ Entusiasmo y confianza en lo que hacen y la capacidad de compartirlo y transmitirlo en forma interesante.
- ✓ Flexibilidad para responder a las características y necesidades cambiantes de los participantes.

PASOS PARA UNA SESIÓN DEMOSTRATIVA

PLANIFICAR: Se trata de preparar la sesión en sí misma, para lo cual debes tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ El tema y título: Determina el tema que trabajarás y dale un título apropiado y llamativo.
- ✓ Objetivo: Plantea claramente aquello que quieres alcanzar respondiendo estas preguntas: ¿Para qué haré esta sesión? ¿Qué quiero lograr con ella?
- ✓ Metodología: Prepara las técnicas para todo aquello que vas a transmitir. Ten presente que las madres deben aprender haciendo; piensa cómo dirás ciertas cosas para que sean efectivas; encuentra ejemplos o anécdotas que puedas utilizar.
- ✓ Ten cuidado con el número de participantes que convoques. Si convocas a 50, lo más probable es que aprendan la mitad de lo que esperabas. Si convocas a 10 o 15 por sesión, puedes tener la seguridad de un trabajo de calidad, que la transmisión de conocimientos será efectiva y, por tanto, que tu esfuerzo valió la pena.

- ✓ Fecha, hora y lugar: Fija claramente estos tres puntos de la sesión.
- ✓ Es importante que tomes en cuenta la disponibilidad de tiempo.
- ✓ Recursos: Prepara el material que sea necesario, como útiles de escritorio, material educativo, compra de alimentos, personal, movilidad, etc.

ORGANIZAR

Esta parte se refiere a todo aquello que gira en torno a la realización de la sesión demostrativa: Coordinaciones para utilizar el local que has elegido, convocatoria o invitación a las madres participantes (ver siguiente tema), ambientación del espacio, recepción de las participantes y cocción previa de los alimentos. Recuerda que siempre debes contar con: alimento de origen animal, vegetal y no debe faltar los ingredientes (aceite, azúcar, sal)

Un espacio cómodo, acogedor y llamativo para aprender, será un verdadero aliado. Para esto puedes utilizar mensajes de bienvenida, afiches o láminas con imágenes claras y directas que apoyen tus objetivos. Todo el material debe estar listo para ser utilizado por lo menos con una hora de anticipación.

En cuanto a la ubicación de las participantes, siempre es mejor disponer las sillas o bancas en semicírculo para permitir que haya contacto visual entre todos. El local elegido debe contar con un caño de agua para el lavado de manos, alejado de los alimentos. Prevé jabón, toalla y una escobilla para

lavar las uñas. Si no hubiera un caño cerca, se utilizará un bidón que tenga un caño, colocándolo junto a una batea.

CONVOCAR

Tiene que ver con las diversas acciones que se ejecutarán para contar con la asistencia de todas las participantes esperadas. Puedes utilizar perifoneo, volantes o invitaciones, pero siempre teniendo en cuenta que el público al que te diriges no es lector y será siempre más efectiva una imagen que palabras escritas. Por ejemplo, en lugar de redactar una invitación convencional, puedes utilizar un dibujo del local donde se reunirán y lo que tienen que llevar, consignando por escrito sólo la hora, el día y el nombre de la invitada. A mayor creatividad y alcance de la convocatoria, mayor asistencia, sin duda.

MOMENTOS DURANTE UNA SESIÓN DEMOSTRATIVA

Recuerda que el anfitrión/a eres tú, donde sea que se realice la sesión. Por lo tanto, eres tú quien debe recibir y registrar a todas las participantes. En este momento es muy importante tu amabilidad y la confianza que inspires. Ponerles tarjetas con sus nombres en el pecho, te permitirá la posibilidad de llamarlas así durante la jornada y establecer una relación más cercana.

RECEPCIÓN Y BIENVENIDA

Presentación y/o motivación: Inicia siempre el trabajo con una dinámica lúdica y de movimiento. Esto te permitirá romper el hielo y disponer al grupo

al aprendizaje. Si el grupo no se conoce, es indispensable proponer una dinámica en la que cada una pueda decir su nombre, entre otras cosas que se te ocurran y que puedan resultar ágiles. Lo importante es crear un clima de confianza y camaradería, que las participantes se diviertan y aprendan para que siempre estén motivadas a volver. ¹²

SENSIBILIZACIÓN

Antes de empezar la sesión, es importante sensibilizar a las madres y captar su atención hacia el tema que se trabajará. El objetivo es que cada una esté convencida de la importancia del tema central de la sesión y que puedan comprender la problemática de la desnutrición y la anemia, riesgos a los que ellas y sus hijas e hijos están expuestos.

Para esto puedes utilizar diferentes estrategias como relatos, fotos, dibujos, teatro, sociodramas, videos, etc. Las posibilidades son tan amplias como tu creatividad. Si los pasos previos han sido planificados y trabajados con eficiencia, en este momento las participantes estarán motivadas e interesadas en la actividad y estarán listas para recibir los contenidos programados.

CONTENIDOS EDUCATIVOS

Siempre debes tomar en cuenta los conocimientos previos que las/los participantes tienen sobre el tema. Recoger las ideas, experiencias y prácticas de alimentación que puedan ser favorables, utilizando preguntas motivadoras para lograr la participación de todas. Los contenidos que tú

manejas, como profesional de salud, debes “traducirlos” a ideas sencillas, cortas y prácticas. Evita términos o explicaciones complicadas y utiliza ejemplos cercanos a ellas, que acerquen la teoría a la realidad. Comentándoles, por ejemplo, “el caso de una señora en otra comunidad que...”. Será siempre un recurso interesante y efectivo.

Al terminar, haz siempre un resumen de los contenidos desarrollados y pregunta si tienen alguna duda. Dale confianza, hazles sentir que las preguntas son buenas, que te hacen sentir bien porque demuestran interés.

PRÁCTICA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

En este momento las participantes aprenderán haciendo y aplicarán todo lo aprendido de tus explicaciones. Prepararán alimentos para los niños de 1 – 36 meses, teniendo en cuenta la edad, la combinación, consistencia, cantidad y calidad. Finalmente se probará la comida para constatar que realmente sea agradable. La higiene es uno de los ejes transversales que proponemos. Antes de empezar a cocinar, menciona siempre la importancia de lavarse las manos, recogerse el cabello y quitarse todo tipo de alhajas, como aretes, anillos, pulseras, relojes, etc. Asimismo, las uñas deben estar recortadas y sin esmalte. Preparación y presentación de alimentos: Los grupos recogerán los utensilios que necesitarán (cuchillos, cucharones, platos, tazas, cucharas, tenedores y alimentos necesarios) y prepararán una comida de acuerdo a los requerimientos que hiciste. Por ejemplo, una papilla para un niño de 6 meses.

Con tu apoyo, debes garantizar que las madres logren llevar diversos alimentos precocidos de diferentes tipos a la sesión demostrativa: de origen animal -ricos en hierro-, tubérculos, cereales, menestras, verduras, frutas, aceites, azúcar y agua hervida fría.

MOMENTOS DESPUÉS DE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

Es el momento de evaluar. Evaluar nos permitirá no sólo saber cuán efectivo ha sido nuestro trabajo en relación al aprendizaje de las madres participantes, sino también qué aspectos podemos mejorar para lograr mejores resultados. Una buena evaluación nos hará mejores facilitadores/as y nos permitirá avanzar y aprovechar al máximo nuestros esfuerzos.

Las participantes que son las madres de los niños que han recibido su control de CRED y poner en práctica todo lo aprendido y hacer lo posible por cumplir con todas las recomendaciones. Los facilitadores/as y equipo del establecimiento de salud: Realizar las visitas domiciliarias y orientarlas para mejorar sus prácticas en alimentación y nutrición.

ESTADO NUTRICIONAL¹³

El estado nutricional, es el resultado del balance entre el requerimiento y la alimentación que recibe diariamente. Cuando ambos están en equilibrio, el individuo tiene un estado nutricional normal y si la alimentación es inferior a los requerimientos, el estado nutricional desmejora y el individuo adelgaza y muestra signo de desnutrición.

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS.¹⁴

El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia la norma técnica de salud de CRED, clasifica en:

a. Crecimiento adecuado: Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

b. Crecimiento inadecuado: Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL:¹⁴

La clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años. Se realiza en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

Clasificación del Estado Nutricional en niñas y niños menores de 5 años			
Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Fuente: Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años 2011.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL¹⁵

La evaluación del estado nutricional a través del peso y talla es la base del monitoreo del crecimiento y desarrollo. Utilizando la desviación estándar como parámetro estadístico, los datos permiten clasificar al niño en: normal, desnutrido leve, moderado o severo. Existen además diferentes tipos de desnutrición.

- ✓ Desnutrición crónica, cuando la talla es más baja para la edad.
- ✓ Desnutrición ayuda, cuando el peso es más bajo para la talla.
- ✓ Desnutrición global, cuando el peso es más bajo para la edad.

Además de la formación del cerebro, otros aspectos críticos del periodo temprano es que la velocidad del crecimiento durante la gestación y los tres primeros años es acelerada y se va reduciendo con la edad. Por ejemplo, en los 9 meses de gestación el niño crece 50 cm de estatura, un poco más de lo que crece durante los primeros 3 años después del nacimiento. En relación con el peso, en los tres primeros meses se duplica el peso del nacimiento y se triplica al año de edad. En el siguiente cuadro puede apreciarse esta velocidad.

EDAD (meses)	PESO (Kg)	TALLA (cm)
0	3,3	50,5
	>900 g/mes	>3,5 cm/mes
3	6,0	61,1
	>600 g/mes	>2,2 cm/mes
6	7,8	67,8
	>460 g/mes	>1,5 cm/mes
9	9,2	72,3
	>330 g/mes	>1,3 cm/mes
12	10,2	76,1
	>215 g/mes	>1,0 cm/mes
18	11,5	82,4
	>180 g/mes	>0,9 cm/mes
24	12,6	87,6
	>170 g/mes	>0,7 cm/mes
35	14,5	95,8

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2004.

La velocidad del crecimiento demanda que la calidad de la evaluación antropométrica sea más exigente en proporción a la edad del niño.¹⁸

La calidad de evaluación está determinada principalmente por:

- ✓ Calidad de preparación y actitud del profesional.
- ✓ Calidad de los equipos.
- ✓ La calidad de toma de datos.
- ✓ La calidad de registro del dato.

Reducir el margen de error al mínimo es de gran importancia por tratarse de un seguimiento individual. Unos pocos gramos o centímetros más o menos pueden cambiar el diagnóstico y dificulta la interpretación del progreso del niño.

DESNUTRICIÓN

La desnutrición es un estado anormal del organismo causado por diferencias de uno o múltiples elementos nutricionales; un desequilibrio entre los requerimientos y aportes de nutrientes con aparición de una cuadro clínico.¹³La desnutrición es una condición ocasionada por la inadecuada ingesta o digestión de nutrientes. Puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o desequilibrada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas.¹⁶

La desnutrición es una enfermedad multisistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrimentos. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.Las desnutrición es un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, compuesto

por múltiples facetas que van desde los aspectos puramente bioquímicos y clínicos a los aspectos económicos y socio-políticos.¹²

CLASIFICACION DE LA DESNUTRICION POR DURACION E INTENSIDAD.¹⁶

DESNUTRICIÓN AGUDA:¹⁸ En general, refleja el peso corporal en relación a aquel esperado para los niños de la población de referencia que son de la misma edad cronológica y el mismo sexo. Un peso para la talla bajo, indica flacura (lo cual puede ser normal) o adelgazamiento, lo cual indica una hambruna severa o una enfermedad severa reciente. Se considera desnutrición aguda a aquellos niños menores de dos años con Peso/Edad menor a 2DS y niños mayores de dos años con Peso/Talla -2DS.

El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

$$P/E = \frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$$

Interpretación: según la clasificación de Federico Gómez.

DESNUTRICIÓN CRÓNICA:^{17,18} Es la relación Talla para la Edad, refleja el nivel alcanzado en relación a aquel esperado para los niños de la población de referencia que son de la misma edad cronológica y el mismo sexo. Una

talla para la edad baja, indica baja estatura (lo cual puede ser normal) o retardo en crecimiento, lo cual indica que la baja estatura es patológica. La desnutrición crónica deteriora el desarrollo cognoscitivo de los niños, reduce la productividad futura y conlleva a graves implicancias para el desarrollo económico de un país.

DESNUTRICIÓN GLOBAL: ^{16,17} Es la deficiencia del Peso con relación a la Edad, refleja el peso corporal en relación a aquel esperado para los niños de la población de referencia que son de la misma edad cronológica y el mismo sexo, se determina a través de la distancia entre el valor observado del peso y el valor esperado, expresado en unidades de desviación estándar del patrón de referencia (puntajes Z) para la edad. Este procedimiento transforma las mediciones de peso a una variable dicotómica que toma un valor de 1 (desnutrición global o deficiencia de peso) si el puntaje Z se halla por debajo de -1, y el valor de 0 (normal o dentro del parámetros esperados).

CLASIFICACIÓN CLÍNICA: ¹²

a) MARASMO: Se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo

B) KWASHIORKOR: Forma húmeda o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un

déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una dermatitis, irritabilidad, hígado graso.

EVALUACION NUTRICIONAL¹⁹

Evaluación del estado nutricional es la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.

ANTROPOMETRÍA²²

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil.

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, el perímetro braquial y los pliegues cutáneos. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados índices. Los índices más utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T).

PESO PARA LA EDAD (P/E)

Es el indicador primario, el déficit del peso para la edad incluye ambos déficit, de peso para la talla y de talla para la edad no discrimina entre retardos de crecimiento y adelgazamiento. Mide la desnutrición global. Debido a su gran variabilidad es útil en casos extremos y también como un índice prospectivo de riesgos.

TALLA PARA LA EDAD (T/E)

Es un indicador que nos refleja la historia nutricional del niño. Cuando se restringe ingesta alimentaria por diferentes factores, la velocidad del crecimiento del niño tanto en peso como en talla, disminuye; sin embargo, el peso se recupera rápidamente al reanudar una adecuada alimentación, pero la recuperación de la talla es mucho más lenta y difícilmente se recupera en su totalidad. En conclusión con este indicador detectamos retardo en el crecimiento o enanismo nutricional, es decir, talla baja con relación a la esperada para la edad actual del niño. Mide la desnutrición crónica.

PESO PARA LA TALLA (P/T)

El déficit de peso para determinada talla, es obvio que expresa un adelgazamiento que resulta de una falta de alimentos o de una mala utilización biológica de los nutrientes. Mide la desnutrición aguda, actual o reciente, debido a que la pérdida de peso puede instalarse y reponerse rápidamente no es útil como indicador de pronóstico a largo plazo, pero si para evaluar el impacto en periodos cortos de programas de alimentación en grupos específicos.

2.3 VARIABLES

- VARIABLE INDEPENDIENTE:

Efecto de la consejería nutricional

- Efectivo
- No efectivo

- VARIABLE DEPENDIENTE:

Estado nutricional

- Normal
- Desnutrición

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. ENFOQUE DEL ESTUDIO: es cuantitativo.

3.2. TIPO DE ESTUDIO: es aplicativo.

3.3. NIVEL O ALCANCE DE ESTUDIO: El presente estudio descriptivo.

3.4. MÉTODO / DISEÑO: Ex post facto

3.5. ÁREA DE ESTUDIO: El presente estudio se realizó en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud de Pockas durante el primer semestre del 2013 (enero a junio); del distrito de Carmen Alto. La ciudad de Ayacucho se encuentra ubicado en la sierra centro sur del Perú, en el área meridional de los andes a 2761 m.s.n.m.

3.6. POBLACIÓN:

La población para el estudio estuvo conformada por la totalidad de madres con niños de 1 a 3 años que acudieron a su control de crecimiento y desarrollo y a su vez recibieron consejería nutricional más sesiones Demostrativas en el Puesto de Salud Pokras durante el primer semestre del año 2013, el cual equivale a 61 niños.

Criterio de Inclusión:

- Historias clínicas sin enmendaduras
- Historias clínicas con consejerías y sesiones demostrativas completas
- Registro en el padrón nominal de niños de 1 a 3 años

Criterio de Exclusión:

- Madres con niños de 1 a 3 años que no deseen participar

3.7 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Una Historia clínica del niño de 1 a 3 años que asistió al consultorio de Crecimiento y Desarrollo con madre que recibió consejería nutricional y sesión demostrativa en el Puesto de Salud Pokras, Carmen Alto Ayacucho primer semestre 2013.

3.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio, la técnica utilizada fue la observación y el instrumento fue guía de observación y revisión documental de la historia clínica y carnet de crecimiento y desarrollo donde se muestra la antropometría y diagnóstico nutricional mensual.

3.11. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizará en dos momentos:

1° Primer momento: revisión y clasificación de las historias clínicas de los niños de 1 a 3 años con Diagnóstico nutricional atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de Salud Pokras primer semestre 2013.

2° segundo momento: identificación de historias clínicas de los niños de 1 a 3 años con Diagnóstico nutricional y que a su vez sus madres recibieron consejería nutricional y sesión demostrativa durante el primer semestre 2013.

3° Tercer momento: recolección de los datos de las historias clínicas identificadas.

3.12. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizará en una computadora compatible, creando una base de datos en el programa SSPS versión 17.0 y Excel 2000.

Los datos serán presentados en cuadros simple y doble entrada. Haciendo uso de la distribución de frecuencias absolutas (Nº) y relativa (%). La interpretación de los resultados será de forma porcentual, teniendo en consideración los valores más representativos

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Para el procesamiento de los resultados se utilizó: Cuadros estadísticos, basados en el programa SPSS; así mismo, la Estadística Descriptiva con la finalidad de definir resumir, describir los datos y la Estadística Inferencial con la finalidad de hacer inferencias o sacar conclusiones de las relaciones observadas en la muestra.

CUADRO 01

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD POKRAS ANTES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. DISTRITO CARMEN ALTO, AYACUCHO PRIMER SEMESTRE - 2013.

ESTADO NUTRICIONAL	N°	%
Desnutrición	16	26.2
Normal	45	73.8
TOTAL	61	100

FUENTE: Datos extraídos de las Historias Clínicas de los niños antes de la consejería nutricional y sesiones demostrativas. Consultorio de CRED. P.S. POKRAS. Ayacucho, primer semestre - 2013.

En el cuadro que antecede se observa que, antes de la consejería nutricional y sesiones demostrativas del (61) 100,0% de niños, 73.8% presentaron estado nutricional normal y 26.2% desnutrición.

CUADRO 02

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS SEGÚN EDAD DE LA MADRE ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD POKRAS ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. DISTRITO CARMEN ALTO, AYACUCHO PRIMER SEMESTRE - 2013.

EDAD DE LAS MADRES (años)	ESTADO NUTRICIONAL											
	ANTES						DESPUÉS					
	Desnutrición		Normal		TOTAL		Desnutrición		Normal		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-25	8	13.1	21	34.4	29	47.5	4	6.6	25	41.0	29	47.5
26-30	5	8.2	11	18.0	16	26.2	3	4.9	13	21.3	16	26.2
> a 30	3	4.9	13	21.2	16	26.2	1	1.6	15	24.6	16	26.2
TOTAL	16	26.2	45	73.8	61	100.0	8	13.1	53	86.9	61	100.0

FUENTE: Datos extraídos de las Historias Clínicas de los niños después de 6 meses de aplicación de la consejería nutricional del consultorio de CRED. P.S. POKRAS. Ayacucho, primer semestre - 2013.

El cuadro 02 indica, antes de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, 47,5% de madres son del grupo etario de 15 – 25 años, de ellas, 34,4% de sus hijos presentan un estado nutricional normal, 13,1% desnutrición; 26,2% de madres pertenecen al grupo etario de 26 – 30 años y > de 30 años respectivamente, del grupo etario de 26 – 30 años, 18,0% presentaron estado nutricional norma y 8,2% desnutrición, del grupo etario mayores de 30 años, 21,2% de sus hijos presentaron un estado nutricional

normal y 4,9% desnutrición. Después de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, del 47,5% de madres del grupo etario de 15 – 25 años, 41,0% de sus hijos presentan estado nutricional normal y 6,6% desnutridos, 26,2% de madres pertenecen al grupo etario de 26 – 30 y > de 30 años respectivamente, del primer grupo, 21,3% tienen un estado nutricional normal y 4,9% desnutrición, del segundo grupo, 24,6% presentan estado nutricional normal y 1,6% desnutrición.

CUADRO 03

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS SEGÚN ESTADO CIVIL DE LA MADRE ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD POKRAS ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. DISTRITO CARMEN ALTO, AYACUCHO PRIMER SEMESTRE - 2013.

ESTADO CIVIL DE LA MADRE	ESTADO NUTRICIONAL											
	ANTES						DESPUÉS					
	Desnutrición		Normal		Total		Desnutrición		Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Casada	4	6.6	9	14.8	13	21.4	2	3.3	11	18.0	13	21.3
Conviviente	10	16.4	29	47.5	39	63.9	6	9.8	33	54.1	39	63.9
Soltera	2	3.3	7	9.8	9	14.8	0	0.0	9	14.8	9	14.8
TOTAL	16	26.2	45	73.8	61	100.0	8	13.1	53	86.9	61	100.0

FUENTE: Datos extraídos de las Historias Clínicas de los niños después de 6 meses de aplicación de la consejería nutricional del consultorio de CRED. P.S. POKRAS. Ayacucho, primer semestre - 2013.

El presente cuadro muestra que del 100,0% de la población en estudio, 63,9% son convivientes, 21,3% casadas y 14,8% solteras. Antes de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, del grupo de convivientes, 47,5% de sus niños presentaron estado nutricional normal y 16,4% desnutrición, de grupo de casadas, 14,8% presentaron estado nutricional

normal y 6,6% desnutrición, del grupo de solteras, 9,8% tienen estado nutricional normal y 3,3% desnutrición. Después de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, del grupo de convivientes, 54,1% presentan estado nutricional normal y 9,8% desnutrición; del grupo de casadas, 18,0% de sus niños presentan estado nutricional normal y 3,3% desnutrición; del grupo de solteras, 14,8% presentaron estado nutricional normal y ningún desnutrido.

CUADRO 04

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD POKRAS ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. DISTRITO CARMEN ALTO, AYACUCHO PRIMER SEMESTRE - 2013.

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	ESTADO NUTRICIONAL											
	ANTES						DESPUÉS					
	Desnutrición		Normal		Total		Desnutrición		Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	4	6.6	17	27.9	21	34.5	3	5.0	18	29.5	21	34.5
Secundaria	11	18.0	23	37.7	34	55.7	5	8.2	29	47.5	34	55.7
Superior	1	1.6	5	8.2	6	9.8	0	0	6	9.8	6	9.8
TOTAL	16	26.2	45	73.8	61	100.0	8	13.1	53	86.9	61	100.0

Fuente: Datos extraídos de las Historias Clínicas de los niños después de 6 meses de aplicación de la consejería Nutricional del consultorio de CRED. P.S. POKRAS. Ayacucho, primer semestre - 2013.

Del total de la muestra estudiada, 55,7% de madres tienen instrucción secundaria, 34,5% primaria y 9,8% Superior. Antes de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, de las madres con instrucción secundaria, 37,7% de sus hijos presentaron estado nutricional normal y 18,0% desnutrición; del grupo de madres con instrucción primaria, 27,9% de sus niños presentaron estado nutricional normal y 6,6% desnutrición; de las

madres con instrucción superior, 8,2% presentaron estado nutricional normal y 1,6% desnutrición. Después de la consejería nutricional y sesiones demostrativas , del grupo de madres con instrucción secundaria, 47,5% presentaron estado nutricional normal y 8,2% desnutrición; de las madres con instrucción primaria, 29,5% presentaron estado nutricional normal y 5,0% desnutrición; del grupo de madres con instrucción superior, 9,8% presentaron estado nutricional normal y ningún desnutrido.

CUADRO 05

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS SEGÚN NÚMERO DE HIJOS DE LA MADRE ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD POKRAS ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. DISTRITO CARMEN ALTO, AYACUCHO PRIMER SEMESTRE - 2013.

NÚMERO DE HIJOS DE LA MADRE	ESTADO NUTRICIONAL											
	ANTES						DESPUÉS					
	Desnutrición		Normal		Total		Desnutrición		Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 – 2	12	19.7	33	54.1	45	73.8	5	8.2	40	65.6	45	73.8
3 – 4	4	6.6	9	14.8	13	21.4	3	5.0	10	16.4	13	21.4
5 a más	0	0.0	3	5.0	3	5.0	0	0.0	3	5.0	3	5.0
TOTAL	16	26.2	45	73.8	61	100.0	8	13.1	53	86.9	61	100.0

FUENTE: Datos extraídos de las Historias Clínicas de los niños después de 6 meses de aplicación de la consejería nutricional del consultorio de CRED. P.S. POKRAS. Ayacucho, primer semestre - 2013.

El cuadro N° 05 indica que de la totalidad de la muestra en estudio, 73.8% de madres tienen de 1 – 2 hijos, 21,4% de 3 – 4 y 5,0% de 5 a más. Antes de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, 54,1% de madres de 1 – 2 hijos, presentaron estado nutricional normal y 19,7% desnutrición; de las madres con 3 – 4 hijos, 14,8% de sus hijos presentaron estado nutricional

normal y 6,6% desnutrición; de las madres con 5 a más hijos, 5,0% de sus hijos presentaron estado nutricional normal y ningún desnutrido. Después de la consejería nutricional y sesiones demostrativas 65,6% de madres de 1 -2 hijos, presentaron estado nutricional normal y 8,2% desnutrición; de las madres con 3 -4 hijos, 16,4% de sus hijos presentaron estado nutricional normal y 5,0% desnutrición; de las madres con 5 a más hijos, 5,0% de sus hijos presentaron estado nutricional normal y ningún desnutrido.

CUADRO 06

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL PUESTO DE SALUD POKRAS ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. DISTRITO CARMEN ALTO - AYACUCHO PRIMER SEMESTRE 2013.

Estado nutricional	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
Desnutrición	16	26.2	8	13.1
Normal	45	73.8	53	86.9
TOTAL	61	100	61	100.0

FUENTE: Datos extraídos de las Historias Clínicas de los niños después de 6 meses de aplicación de la consejería nutricional del consultorio de CRED. P.S. POKRAS-Ayacucho, primer semestre 2013.

El cuadro N° 06, indica el efecto de la consejería nutricional más sesiones demostrativas. Antes de la consejería nutricional, 73.8% de niños presentaron estado nutricional normal y 26,2% desnutrición. Después de la consejería nutricional, la frecuencia de 73,8% de niños con estado nutricional normal, se incrementó hasta el 86,9%, Asimismo la frecuencia de 26,2% de niños con desnutrición, disminuyó a 13,1%.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La consejería nutricional y la sesión demostrativa es una metodología estandarizada para promover el conocimiento y la práctica adecuada de la nutrición en la persona de manera que esta permita favorecer el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación con la finalidad de prevenir la desnutrición y alteraciones tempranas; es considerado como un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería y el cuidador (madre, padre, hermanos, etc.); esta metodología analiza la situación del niño basado en resultados de la evaluación nutricional.

En el (cuadro N°1) referente al estado nutricional de los niños, antes de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, se encontró que el 26.2% de niños de 1 - 3 años presentaba desnutrición; al respecto el INEI (2012) señala, que la tasa de desnutrición crónica a nivel nacional en niñas y niños menores de 5 años de edad ha venido disminuyendo de 25,4% en 2000 a 15,2% en 2011. ⁽²¹⁾

Así mismo, el UNICEF ⁽²²⁾, muestra que los problemas de desnutrición infantil tienen severas consecuencias sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, generando problemas de salud infantil y su poder destructivo hace que los millones de sobrevivientes queden con discapacidades, sufran una mayor propensión a contraer enfermedades y queden mermados intelectualmente.

Por otro lado; Wisbaum W.³⁴ en su investigación; señala que la desnutrición, afecta a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad.

Hasta la actualidad la desnutrición infantil aun sigue catalogada por como una emergencia silenciosa que genera efectos dañinos en el niño. Observando claramente en la etapa escolar consecuencia en el desarrollo intelectual y físico que tiende a manifestarse a lo largo de la vida en familias con alto índice de pobreza inadecuado nivel de instrucción que lleva a un círculo vicioso.

Se concluye que el problema de la desnutrición infantil aun es latente en la población del Puesto de Salud de Pokras en 26.2% debido a las características y condiciones de vida que mantiene la población.

Referente al estado nutricional de los niños de 1- 3 años según la edad de la madre (CUADRO N° 02), los resultados indican que el mayor porcentaje de madres 47,5% pertenecen al grupo etareo de 15-25 años y antes de la consejería nutricional el 13.1% de sus niños presentan desnutrición y después de la consejería nutricional disminuye en 6,6%; al respecto Gamboa⁽²⁴⁾ menciona que la edad de la madre es un factor que está ligado al desempeño del cuidado de los (las) niños (as) ya que las madres más jóvenes no están identificadas con su rol, esto se debe a la falta de experiencia, madurez y responsabilidad, por consiguiente los (las) niños (as) están en riesgo a sufrir desnutrición, esto no ocurre con la madre cuya edad cronológica reflejan maduración y por lo tanto puede determinar el interés por la búsqueda de mayor información posible que satisfagan sus necesidades y esclarezcan sus dudas e interrogantes.

Los resultados encontrados en la investigación indican que el efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas tienen el mismo efecto en todos los grupos etarios, por lo que se deduce que el aprendizaje de la consejería desarrollada con una metodología adecuada es significativa, por lo que se debe brindar la mayor información posible para poder satisfacer sus necesidades y les permita esclarecer sus dudas e interrogantes para el cuidado del niño.

Se concluye que la edad es un factor importante que determina el estado nutricional del niño por lo que se debe fomentar la capacitación a las madres desde edades tempranas del embarazo e infancia, porque esta es fundamental en el crecimiento del niño y requiere de una buena alimentación y cuidado adecuado.

En cuanto al efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas en el estado nutricional de los niños de 1 – 3 años según el estado civil de las madres (CUADRO N°03), nuestros resultados indican que la población de madres convivientes son mayoritariamente numerosas, por lo cual se observa en efecto en un rango mayor, sin embargo llama la atención el grupo de madres solteras que después de la consejería nutricional y sesiones demostrativa ninguna ha tenido hijos con desnutrición.

Al respecto Luque, M ⁽²⁵⁾ refiere que el estado civil de conviviente, es un factor estrechamente relacionado con la problemática de la desnutrición, dado que el papel de estas madres es determinante para el sano crecimiento y desarrollo del niño, la eficacia de la consejería nutricional más sesiones demostrativas dependerá en alto grado del reconocimiento de esta influencia sobre la conducta.

Los resultados encontrados demuestran que la mayor población de madres tienen la condición de conviviente y casada y que hay efecto de la consejería en el cambio del estado nutricional de sus niños, se debe tener en cuenta que la participación de la familia en la crianza de los niños determina

en muchos casos la cantidad y calidad de los alimentos que recibe el niño durante los primeros años de vida. La presencia o ausencia de uno de los progenitores, la disponibilidad de tiempo para atender al niño y preparar sus alimentos, es un factor directo en la calidad de vida y en el estado nutricional de los niños.

Se concluye que las sesiones demostrativas son efectivas en la disminución de la desnutrición de niños menores de 3 años sin tener en cuenta la condición del estado civil de las madres.

En cuanto al grado de instrucción de las madres y desnutrición de sus niños (CUADRO N° 04), los hallazgos obtenidos indican que el mayor porcentaje de madres tiene instrucción secundaria y en ellas se aprecia el efecto de la consejería nutricional más sesiones demostrativas en el estado nutricional del niño en 37,7% antes y 47,5%. Después.

Al respecto Camasca ⁽²⁶⁾ en su estudio refiere que el estado nutricional de los niños está en correlación directa al nivel del conocimiento de las madres, demostrando que el 52 y 53% de las madres de los distritos de Carmen Alto y Chiara no tienen conocimientos adecuados sobre los conceptos básicos de alimentación y nutrición.

Así mismo, la Sociedad Latinoamericana de Nutrición ⁽²⁷⁾ refiere que, las madres o tutoras con niveles de escolaridad superiores se encuentran mucho más informadas sobre muchos temas, por lo cual adquieren mayor cultura que aquellas cuyos estudios estuvieron limitados a niveles

secundarios, de manera que les resulta más fácil comprender y cambiar los hábitos y costumbres arraigados si se les brinda información adecuada.

Herrera AC ⁽²⁸⁾ Determino que la desnutrición y la educación presentan una relación inversa, donde los hijos de madres sin ningún nivel de educación tienen mayor proporción de desnutrición 50%, y los hijos de madres que tienen nivel de instrucción superior presentan un bajo nivel de desnutrición 5,3%.

Beltrán A, Seinfeld J.²⁹ Refiere que a pesar de ciertos avances, la prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años en el Perú se ha mantenido alta en los últimos 17 años; el grado de instrucción de las madres es uno de los factores de riesgo en la prevalencia de la desnutrición crónica, si bien hubo una reducción, a pesar de los distintos esfuerzos gubernamentales por reducir, la caída ha sido mucho más lenta.

Los resultados mostrados en el presente cuadro indican que, el grado de escolaridad de las madres es factor importante, porque tiene relación directa en la mejora de la calidad de vida del niño, entendiendo que solo un país sano y educado podrá construir una población productiva y son las madres el medio a través del cual permite mejorar las condiciones de salud de la población, porque de ellas depende el cuidado de los niños y de la familia en general; por ello, el personal que labora en los Establecimientos de Salud, deben prestar servicios de calidad que repercuta de manera positiva en la preparación de dietas y por ende en el adecuado estado nutricional de los niños.

Se concluye que los resultados mostrados indican que, el grado de instrucción de la madre es importante, por lo que se debe insistir en la necesaria vinculación madre-personal de salud, lo cual permitirá garantizar la adecuada salud de la población infantil.

En relación al estado nutricional de los niños, según el número de hijos de las madres (CUADRO N° 05), se encontró que la mayoría de las madres tienen 1 – 2 hijos (73,8%), seguido de madres con 3 - 4 hijos (21,4%).

Al respecto, Gutiérrez W.³⁰ En su estudio determinó que en el Perú, las principales causas con fuerte asociación a la desnutrición crónica incluyen: la escasa panificación familiar de los padres; el tener cuatro o más hijos vivos, que representa cuatro veces más la probabilidad de tener una niña o niño desnutrido.

Asimismo, la Organización de Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación ³¹. Determina que la relación del número de personas con la cantidad de alimento disponible tiene un impacto en la nutrición. Claramente cuando aumenta el número de personas en un país, comunidad o familia, las necesidades alimentarias también aumentan. Sin embargo, la disponibilidad de alimentos está influida, además del tamaño de la población, por factores muy importantes como la economía, la política y la geografía.

Los resultados obtenidos mediante la presente investigación, discrepan con los resultados de las investigaciones revisadas, puesto que un

alto porcentaje tiene de 1 – 2 hijos, en consecuencia tienen mayor recurso para sostener la carga familiar y brindar buena alimentación a los niños. Sin embargo se puede observar hasta un 26,2% de desnutrición en la muestra estudiada, antes de la consejería nutricional, esta cifra disminuyó hasta 13,1% después de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, indicando efectividad en la disminución de la desnutrición en niños de 1 - 3 años que acuden al Centro de Salud de Carmen Alto.

En cuanto al efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas (CUADRO N° 06), se observa el efecto del programa educativo, el 26,2% de desnutrición que presentaron los niños antes de la consejería nutricional, después de ello disminuyeron a 13,1% en un tiempo de seis meses.

Al respecto, la Organización de Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (2011)³², señala que el principal determinante subyacente de la desnutrición en el hogar es la pobreza, ésta situación, afecta a una gran parte de los habitantes en áreas urbanas y rurales. Los hogares más pobres son los que probablemente tienen o se encuentran en alto riesgo de tenerla, entonces los problemas de la desnutrición crónica pueden conducir al subdesarrollo humano a través de la baja productividad, la dificultad en el aprendizaje, el retardo del crecimiento, la morbilidad severa y la alta mortalidad; llevando a un niño a la desnutrición crónica, siendo irreversible los daños a nivel neurológico.

RECOMENDACIONES

- 1. A los profesionales de Salud, fomentar en las madres la continuidad de la “Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas”, para promover la continuidad de lo aprendido, además de promover su creatividad para disminuir la desnutrición en la familia.**
- 2. Al sector Salud promover la extensión de la aplicación del programa “Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas”, en comunidades con altas tasas de desnutrición estableciendo la estrategia en domicilio y con productos alimentarios existentes de la zona y según la estación.**
- 3. El gobierno local y el sector salud debe elaborar estrategias para la mejora de nuevas metodologías de enseñanza para facilitar la educación a la familia especialmente a las madres empleando un lenguaje adecuado al grado educativo de la población.**
- 4. A los estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, especialmente a la Facultad de enfermería, a fin de que se desarrolle investigaciones cualitativas y experimentales respecto a las estrategias para disminuir la desnutrición.**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Programa Mundial de Alimentación (PMA) de las Naciones Unidas en Perú. 2012.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Índice de Desarrollo Humano de Latinoamérica (IDH). [online]. 2011. [consultado 12 octubre 2013] Disponible en URL: www.pnud.org.pe/frmDatosIDH.aspx.
3. Banco Mundial (BM), Desnutrición Crónica en el Perú. [Internet]. 2012 [consultado 14 octubre 2013] Disponible en URL: www.Wordbank.org.
4. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Prevalencia de la Desnutrición Crónica. [Internet]. 2012 [citado 4 octubre 2013] disponible:[http://www.pnud.org.co/img_upload/333231333161646164616/CARTILLA%20CAUCA %20hambre.pdf](http://www.pnud.org.co/img_upload/333231333161646164616/CARTILLA%20CAUCA%20hambre.pdf).
5. Instituto de Investigación y Políticas Educativas. Boletín N° 2 Infobarometro de la Infancia. Edición Especial de Desnutrición Crónica Infantil- Región Apurímac [online]. Diciembre 2011 [citado 12 octubre 2012], Disponible en URL, [http://www.inversionenlainfancia.net/system/application/views/material es/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/9_boletin_2.pdf](http://www.inversionenlainfancia.net/system/application/views/material/es/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/9_boletin_2.pdf).

11. Cárdenas Castillo, Catherine. "Actitud de las madres hacia la Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional del lactante de 6 a 12 meses". Andahuaylas, 2004. Disponible:<http://www.acmoti.com/LA%20INSEGURIDAD%20ALIMENTARIA>.
12. Ministerio de Salud del Perú – Instituto Nacional de Salud – Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Guía de Consejería Nutricional. Lima, 2006.
13. Bermudo MF, y Gonzales MA: "Intervención del Programa Juntos y su Influencia en la Salud de los Niños Beneficiarios de la Provincia de Acobanba. Huancavelica, 2007". Facultad de Enfermería de la UNSCH, 2008.
14. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menores de cinco años 2011. R.M. – N°990 – 2010/MINSA.
15. Instituto Nacional de Salud (INS), Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. "Medición de talla y peso, para el personal de salud del primer nivel de atención". Lima, Perú – 2004. Pág. 9.
16. Tazza Martta, Rosana R. ¿Obesidad o Desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de cinco años. Primera edición, Lima-Perú. Editorial Kreagraf, 2006.

17. Galván Marcos, Amigo Hugo. Programas destinados a disminuir la Desnutrición Crónica: Una revisión en América Latina. ALAN [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 01 Jul 2012]; 57(4): 316-326. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400003&lng=es.
18. Huaraca Rojas H. Factores de Riesgo Asociado con el Estado Nutricional de niños de 6 a 60 meses, beneficiarios del programa "JUNTOS". Distrito tambillo – Ayacucho, 2007. Facultad de Enfermería de la UNSCH, 2008.
19. Instituto Nacional de Salud – Centro Nacional de Alimentación Y Nutrición. Proporción de indicadores nutricionales en niños menores de cinco años que acceden a los establecimientos de salud, periodo anual, 2009, 2010, 2011.
20. INEI. Mapa de Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital, 2007.
21. INEI. Perú Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos, 2000-2011. Enero 2012. Patrón NCHS.
22. UNICEF El Estado Mundial de la Infancia 1998. mht tema: Nutrición informe "Progreso para la Infancia: un balance sobre Nutrición" del Fondo para la Infancia de la ONU (UNICEF) de Mayo del 2006.

23. Segura JL, Montes C, Hilario M, Asenjo P, Baltazar G. Pobreza y Desnutrición Infantil PRISMA ONGD Primera edición: Setiembre, 2002 Lima – Perú Editorial Supergráfica EIRL
24. Gamboa E. Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el cuidado en la Alimentación en una población vulnerable Santiago. Rev. chil. nutr. (serie en internet). 2008 marz.(citado setiembre 2011). (aprox. 5 p.). disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182008000100006
25. Luque Margaret. tesis Efecto de la Consejería Nutricional más Sesiones Demostrativas en la Prevención de la Desnutrición Crónica en niños menores de 3 años, Huanta-Ayacucho, 2009.
26. Gonzales Camasca. "Educación Nutricional de las madres y su Implicancia en el Estado Nutricional de los niños menores de 3 años en los Distritos de Chiara y Carme Alto, Ayacucho-1999"
27. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Sociedad Latinoamericana de Nutrición en la Adolescencia, 2008 <<http://ww.scielo.org.ve/scielo.php>>
28. Cárdenas Alicia, Herrera Garrido. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. "Desnutrición Crónica: Estudio de las Características, Conocimientos y Aptitudes de la madre sobre Nutrición Infantil", Lima – Perú, 2003.

29. Beltrán A, Seinfeld J. Centro de Investigación del Universidad del Pacífico. "Desnutrición Crónica infantil en el Perú: un Problema Persistente" Lima – Perú, 2010. [sitio en Internet]. agosto 2010 [consultado 14 marzo 2014], numero 2. Disponible en: ftp://fpt.fo.org/es/esa/policybriefs/pb_02_es.pdf.
30. Gutiérrez Wilfredo. En su estudio titulado: "La Desnutrición en la Niñez en el Perú: Factores Condicionantes y Tendencias" Editorial Kreagraf. lima, 2011.
31. Organización para las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 2010: titulado: "Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo" 2011 [consultado 30 de marzo 2014]. Disponible en URL: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s09.htm>.
32. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Mejoramiento de la Seguridad Alimentaria en el hogar. Capítulo 35 [sitio en el internet] 2011 [consultado 30 de marzo 2014] disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s13.htm#TopOfPage>
33. Palacios Dongo Alfredo. Desnutrición Infantil: Un Grave Problema en el Perú. Diario Expreso, 4 de mayo del 2013 [artículo en la Internet]. 2013 [citado 14 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.planteamientosperu.com/2013/05/desnutricion-infantil-grave-problema-en.html>.

34. Wisbaum W. La Desnutrición Infantil; Causas, Consecuencias y Estrategias para su Prevención y Tratamiento. Unicef, Noviembre 2011. 35 [sitio en la internet] [consultado 13 marzo 2014]. Disponible en:http://es.wfp.org/sites/default/files/es/file/mapa_de_vulnerabilidad_a_la_inseguridad_alimentaria_2012_web.pdf

ANEXO

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

Facultad de Enfermería

N°:.....

Código:.....

Fecha:.....

GUÍA DE OBSERVACIÓN

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE:

- a. Edad:.....
- b. Estado civil:.....
- c. Grado de instrucción:.....
- d. Número de hijos:.....

II. DATOS DEL NIÑO:

- a. Sexo:.....
- b. Edad:.....
- c. Fecha de nacimiento:.....

III. ANTROPOMETRÍA:

	ANTES Revisión de la historia clínica	DESPUÉS Revisión de la historia clínica
Talla		
peso		
Diagnóstico nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desnutrido ▪ normal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desnutrido ▪ normal