

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



PERCEPCIÓN DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y  
PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL  
NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, EN MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO  
DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. GALINDO GUILLEN, Kaaren Threisy

Bach. GARCIA ROJAS, Rocio Paola

AYACUCHO – PERÚ

2017

## DEDICATORIA

*A mis padres y hermana con mucho cariño por haber estado conmigo en cada momento de mi vida por su confianza depositada, por su amor, comprensión y el apoyo incondicional para lograr una de mis grandes aspiraciones.*

*Kaaren.*

## DEDICATORIA

*A mis padres, que durante este tiempo me apoyaron en todo momento acompañándome, iluminado y guiándome para llegar a mi meta.*

*A mis hermanos que con su amor incondicional me apoyaron en todo momento, en mis momentos de fortaleza y de debilidad, siempre estuvieron para incentivar me seguir adelante.*

*Rocio Paola.*

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

Nuestro agradecimiento a la Universidad Nacional San Cristóbal De Huamanga, que me brindó la oportunidad de realizar mis estudios de pre –grado y por acogernos en sus aulas en las que se forman los futuros profesionales, con principio e ideales de servir a la comunidad.

A mi asesor el profesor Edward Barboza palomino, por la orientación y ayuda que me brindo para la realización de nuestra tesis, por su apoyo y amistad que me permitieron aprender mucho.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, que durante los años de permanencia en la escuela se dedicaron a esta gran tarea de formar profesionales con principios éticos.

Gracias a mis amigos, que siempre nos han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde esté, quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	8
CAPÍTULO I REVISIÓN DE LA LITERATURA	15
1.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES	15
1.2. BASE TEÓRICA	18
1.2. HIPÓTESIS	34
1.3. VARIABLES	34
1.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	34
CAPÍTULO II MATERIALES Y MÉTODOS	36
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	36
2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	36
2.3. POBLACIÓN	36
2.4. MUESTREO	36
2.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
2.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
2.7. PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	37
2.8. ANALISIS DE DATOS	37
CAPÍTULO III RESULTADOS	39
CAPITULO IV DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	55

**PERCEPCION DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, EN MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2016.**

**Autores:**

Bach. Galindo Guillen, Kaaren Threisy

Bach. García Rojas, Rocío Paola

**RESUMEN**

La familia y la madre en particular tienen una importante influencia en el estado nutricional de los niños. El **Objetivo** fue determinar la percepción de las madres de la Consejería nutricional del profesional de Enfermería y las prácticas de alimentación complementaria del niño de 3 a 5 años por madres que acuden al Puesto de Salud Catalinayocc. Ayacucho; la **Metodología** de la investigación fue cuantitativa, descriptiva, transversal, correlacional; la población estuvo constituida por 34 madres de niños de 3 a 5 años del Puesto de Salud Catalinayocc. Se utilizó Encuesta de satisfacción de usuarias sobre consejería nutricional (Instituto Nacional de Salud. 2010) y la Ficha de Verificación de Prácticas Alimentarias en el Hogar elaborado por las investigadoras. **Resultados:** el 76.5% califica como adecuada la Consejería nutricional brindada por el profesional de Enfermería, el 88.2% de madres tienen prácticas alimentarias correctas, el 73.5% de las madres tienen prácticas alimentarias correctas y percepción de la consejería adecuada. En **Conclusión:** La percepción de las madres sobre la Consejería Nutricional que se brinda en el Puesto de Salud Catalinayocc es “adecuada” y está asociada ( $p < 0.05$ ) a las “correctas” prácticas de alimentación que las madres brindan al menor de 3 a 5 años. Las prácticas alimentarias correctas de las madres de niños de 3 a 5 años del Puesto de Salud Catalinayocc no están asociadas ( $p > 0.05$ ) a la edad y si están asociadas ( $p < 0.05$ ) al grado de instrucción de la madre.

**Palabras clave:** Consejería nutricional, prácticas de alimentación del niño de 3 a 5 años.

**PERCEPTION OF THE NUTRITIONAL COUNSELING AND  
PRACTICES OF SUPPLEMENTARY FEEDING OF CHILDREN 3 TO 5  
YEARS, IN MOTHERS THAT GO TO THE CATALINAYOCC HEALTH  
POST. AYACUCHO 2016**

**Authors:**

Bach. Galindo Guillen, Kaaren Threisy

Bach. García Rojas, Rocío Paola

**ABSTRACT**

The family and the mother in particular have an important influence on the nutritional status of children. The objective was to determine the perception of the mothers of the nutritional counseling for professional nursing and the practices of supplementary feeding of children 3 to 5 years by mothers who attend the Catalinayocc health post. Ayacucho; the research methodology was quantitative, descriptive, transversal and correlational study; population was made up of 34 mothers of children aged 3-5 of the Catalinayocc health post. It was used users about nutritional counseling satisfaction survey (National Institute of health. 2010) and the verification tab of food practices at home developed by the researchers. Results: 76.5% qualifies as adequate nutritional counseling provided by the nursing professional, the 88.2% of mothers have food practices, 73.5% of mothers have adequate dietary practices and perceptions of the counseling proper. In Conclusion: The perception of the mothers on the nutritional counseling is provided in the Catalinayocc health post is "adequate" and is associated ( $p < 0.05$ ) to "suitable" feeding practices that mothers provide the least of 3 to 5 years. The dietary practices of mothers of children aged 3-5 of the Catalinayocc health post are not associated ( $p > 0.05$ ) at the age and if you are associated ( $p < 0.05$ ) to the level of instruction of the mother.

**Key words:** nutritional counseling, 3-5 year-old child feeding practices.

## INTRODUCCIÓN

La desnutrición es el resultado de múltiples factores determinados por condiciones socioeconómicas desfavorables, tales como dificultades en obtener alimentos, desempleo, limitado acceso a la educación y a los servicios de salud, y enfermedades debidas a las inadecuadas condiciones sanitarias. Sin embargo, algunas familias son capaces de hacer frente a esas condiciones tan adversas y mantener a sus hijos en un adecuado estado nutricional. La familia y la madre en particular tienen una importante influencia en el estado nutricional de los niños de zonas pobres, debido a que dentro del hogar se desarrollan procesos que combinan conocimientos, recursos y comportamientos que pueden provocar enfermedad y mayor exposición a riesgos o recuperar y mantener la salud. Se ha reportado que el estado nutricional de los niños menores de dos años es mejor cuando son atendidos exclusivamente por sus madres y cuando las madres son mejor educadas. Las madres mejor educadas pueden ser capaces de hacer un mejor uso de la información disponible acerca de la nutrición infantil y la salud, y por lo tanto pueden mejorar la calidad de los alimentos de los niños. Aparte de las mejores condiciones de



crianza en el hogar, las mujeres instruidas del sector rural hacen un uso más eficiente de los servicios de salud, en los diferentes niveles de complejidad<sup>1</sup>

La consejería nutricional es un medio para promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación y para prevenir alteraciones tempranas, Aunque con frecuencia se olvida, la consejería es un ejercicio fundamentalmente comunicativo. Este documento busca mejorar habilidades para fortalecer el potencial de la consejería como herramienta de comunicación participativa, invitando al personal de salud a reflexionar y a aplicarlo con sus usuarios (gestantes, madre, padre o cuidadores)<sup>2</sup>.

La familia y la madre en particular tienen una importante influencia en el estado nutricional de los niños de zonas pobres, en consecuencia, la persona responsable por el cuidado del niño debe tener el tiempo, los conocimientos y las destrezas adecuadas relacionadas con la adecuada distribución de los alimentos dentro de la familia, el suministro de ciertos alimentos a niños menores de dos años y medidas de higiene y cuidado del niño enfermo. Por esta razón las consejerías nutricionales han demostrado importantes efectos sobre el aumento de las coberturas de lactancia materna exclusiva, aunque menos para mejorar la alimentación complementaria; es ésta la motivación del presente proyecto, porque se pretende demostrar la efectividad de esta estrategia en la mejora de prácticas de alimentación infantil.

Los principales problemas de alimentación infantil en nuestro país y sobre todo en nuestra región se inician a los 6 meses de edad. A esta edad nuestros niños reciben alimentos diluidos como sopas, jugos o caldos y el consumo de alimentos que

contienen hierro es muy limitado. Además, se les ofrece estos alimentos sólo 2 ó 3 veces al día; sobre todo en las zonas rurales. Es en este periodo que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo sobre todo a partir de los 3 años. La importancia de los comportamientos relacionados con el cuidado de los niños fue reconocida por UNICEF en particular para lograr una buena alimentación complementaria<sup>3</sup>.

Ahora se conoce que no es suficiente el acceso a los alimentos adecuados de energía y nutrientes calidad, porque las prácticas de cuidado de los niños tienen importantes efectos en el estado nutricional del niño. Muchas veces los alimentos complementarios preparados por las madres o cuidadoras no se ajustan a las necesidades del niño, mostrando deficiencias en calidad y cantidad, y en ocasiones se los prepara, almacena y suministra en malas condiciones de higiene que provocan enfermedades diarreicas y deterioran la nutrición del niño<sup>4</sup>.

La persona responsable para el cuidado del niño debe tener el tiempo, los conocimientos y las destrezas adecuadas para la adecuada distribución de los alimentos dentro de la familia y debe conocer los alimentos que necesitan los niños menores de dos años. Además, es muy importante que las madres o cuidadoras procesen y manipulen los alimentos de manera higiénica y segura. Por esta razón, en todo el mundo, se desarrollan estrategias educativas para revertir la desnutrición crónica, las cuales son dirigidas a los padres y cuidadores de niños de hogares de escasos recursos<sup>5</sup>. En el Perú existe una Guía Nacional sobre Consejería Nutricional que se está aplicando en los establecimientos de salud del primer nivel de atención<sup>2</sup>.

En general, estas estrategias educativas se realizan sobre temas de alimentación y nutrición (preparación de alimentos, cantidad, frecuencia, consistencia y calidad de los alimentos), prácticas adecuadas de higiene y cuidado de los niños enfermos. Diferentes formas de consejería u orientación han demostrado tener eficacia diferente. Existen evaluaciones de intervenciones educativas para incrementar la lactancia materna y se ha reportado que el asesoramiento repetido durante el primer año de vida fue más eficaz que hacerlo por única vez después del parto, y que el uso de folletos o cualquier otra información escrita no aumentó el inicio o la duración de la lactancia materna<sup>6</sup>. En contraste con la promoción de la lactancia materna, menos evaluaciones se han realizado sobre el efecto de la consejería en la alimentación complementaria. La provisión de alimentos complementarios adecuados no es tan simple, y es ahora reconocido como un factor crítico en la prevención de la desnutrición infantil y la sobre alimentación<sup>7</sup>.

Hill realizó una revisión sobre las intervenciones que modifican el comportamiento de los padres a través de la consejería y concluye que han logrado un éxito apenas moderado en los países en vías de desarrollo. Los resultados de estas intervenciones estuvieron condicionados por el nivel educativo de la madre, otro estudio reportó que la consejería no tiene efectos cuando las madres son analfabetas. Se asume que los comportamientos activos en materia de alimentación pueden tener un impacto importante en la cantidad y calidad de alimentos ingeridos. Se ha reportado que la consejería nutricional puede incrementar el consumo de calorías y mejorar la calidad de la ingesta de alimentos de niños menores de un año y que las

intervenciones que solo suministran alimentos no tienen mayor impacto que intervenciones educativas en países en desarrollo<sup>8</sup>.

El puesto de Salud Catalinayocc pertenecientes a la Red de Salud Huamanga-Región de Ayacucho; se ha identificado que aún persiste la desnutrición infantil en 18% en niños de 6 a 11 meses; de igual manera se ha observado con gran preocupación durante las visitas domiciliarias que realiza el profesional de enfermería, inadecuadas prácticas de alimentación del menor de 5 años por parte de sus progenitores; a pesar de tener los insumos alimentarios que puedan proveer y satisfacer las necesidades alimentarias del niño. El 17 % de las madres de los niños de 6 a 11 meses de esta comunidad tienen dificultades para la preparación de los alimentos sobre todo en la calidad, consistencia, cantidad y frecuencia de estos. Teniendo en cuenta que existen diferentes esfuerzos y estrategias que se vienen realizando; entre ellos: “La Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil”; el profesional de enfermería aplica en todas sus dimensiones dicha estrategia con la finalidad de mejorar las prácticas alimentarias por parte de las madres y disminuir los riesgos de la desnutrición en esta población, pero se desconoce la percepción que tiene la madre de dichas acciones, es decir qué opina de dicha actividad, si entiende o no las recomendaciones, entre otras. En ese sentido nos preguntamos ¿Cómo es la percepción de las madres de la Consejería nutricional del profesional de Enfermería y las prácticas de alimentación complementaria del niño de 3 a 5 años por madres que acuden al Puesto de Salud Catalinayocc?; estas condiciones nos motivaron a desarrollar el Proyecto de investigación titulado: “PERCEPCION DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 3 A

## 5 AÑOS, EN MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017”.

Teniendo en cuenta lo anterior, la investigación tuvo como objetivo: Determinar la percepción de las madres de la Consejería nutricional del profesional de Enfermería y las prácticas de alimentación complementaria del niño de 3 a 5 años por madres que acuden al Puesto de Salud Catalinayocc. Ayacucho 2017. Siendo los objetivos específicos:

- Evaluar la percepción de la madre sobre la Consejería nutricional del profesional de Enfermería en Prácticas de alimentación complementaria del niño de 3 a 5 años.
- Evaluar las prácticas de alimentación complementaria del niño de 3 a 5 años de las madres que acuden al Puesto de Salud.
- Identificar la relación de las prácticas de alimentación complementaria con la percepción las madres de la consejería nutricional que el profesional de Enfermería realiza.

La hipótesis propuesta fue: Las prácticas de alimentación complementaria a niños de 3 a 5 años llevados al Puesto de Salud Catalinayocc están relacionadas a la percepción de la consejería nutricional de las madres.

Con respecto a la metodología; la investigación fue cuantitativa, descriptiva, transversal, correlacional; la población estuvo constituida por 34 madres de niños de 3 a 5 años del Puesto de Salud Catalinayocc. Se utilizó Encuesta de satisfacción de usuarias sobre consejería nutricional (Instituto Nacional de Salud. 2010) y la

Ficha de Verificación de Prácticas Alimentarias en el Hogar elaborado por las investigadoras.

Los Resultados a los que se arribaron son los siguiente: el 76.5% califica como adecuada la Consejería nutricional brindada por el profesional de Enfermería, el 88.2% de madres tienen prácticas alimentarias correctas, el 73.5% de las madres tienen prácticas alimentarias correctas y percepción de la consejería adecuada

En Conclusión: La percepción de las madres sobre la Consejería Nutricional que se brinda en el Puesto de Salud Catalinayocc es “adecuada” y está asociada ( $p < 0.05$ ) a las “correctas” prácticas de alimentación que las madres brindan al menor de 3 a 5 años. Las prácticas alimentarias correctas de las madres de niños de 3 a 5 años del Puesto de Salud Catalinayocc no están asociadas ( $p > 0.05$ ) a la edad y si están asociadas ( $p < 0.05$ ) al grado de instrucción de la madre.

El informe cuenta con los siguientes capítulos: Introducción, Revisión de la literatura, Materiales y métodos, resultados y Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.

## **CAPITULO I**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **1.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES**

Castro Sulca (Lima, 2015); en la investigación: “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015”, cuyo objetivo fue “Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis. El estudio de investigación tuvo como finalidad brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Entre sus

conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente, y en mención al estado nutricional del niño; la mayoría de los niños se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal<sup>9</sup>.

Huamán y Vera (Pasco. 2012). En la investigación de “Representaciones Sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años”; cuyo objetivo fue “explorar las representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, Yanacancha - Cerro de Pasco”. Los resultados a los que arribaron fueron que existen condiciones psicosociales y socioculturales que favorecieron en la determinación de las madres para seguir o quitar la Lactancia Materna e iniciar con otras bebidas y/o alimentos. Concluyen: La alimentación complementaria como representación social aún no ha sido establecida en su totalidad por las madres, situación que genera una inadecuada información y por lo tanto interpretación de los concepto y procesos respecto a la alimentación infantil, siendo afectada la buena comprensión y comunicación de un mensaje adecuado, provocando prácticas inadecuadas en la manipulación y alimentación, reflejándose en el estado nutricional del niño<sup>10</sup>.

Zamora y Ramírez (Trujillo 2012). En la investigación: “Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad”. Cuyo objetivo fue “determinar el conocimiento y prácticas alimentarias



sobre alimentación infantil y la relación entre ambas variables”. En dicho estudio, los investigadores llegan a la conclusión de que existen deficiencias en el conocimiento y las prácticas alimentarias de las madres; identificándose relación de asociación entre las variables estudiadas en dicha población<sup>11</sup>.

Piscoche Torres. (Lima 2012), En su investigación “Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores”; tuvo por objetivo “determinar los conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores”. Los resultados identificaron que un alto porcentaje de padres evaluados tienen conocimientos básicos generales sobre la alimentación complementaria 66,7%, asimismo se identifica que también un porcentaje de padres no sabe cómo brindar los alimentos en cantidad y en frecuencia de los alimentos elaborados que se debe servir al niño según su edad; es necesario desarrollar programas de educación e información continua en alimentación complementaria para garantizar un mejor crecimiento y desarrollo<sup>12</sup>.

- **Regionales:**

Realizada la revisión de referencias u otras investigaciones relacionadas al presente tema de investigación en entidades académicas y de salud de la región, no se han encontrado estudios similares o relacionados al presente estudio. Además, cabe señalar que la Oficina de Investigación de la Dirección regional de salud de Ayacucho ha definido las “Evaluaciones de efectividad de intervenciones actuales para reducir la desnutrición crónica infantil y anemia” como prioridades de

investigación en salud 2015 al 2021, entre otras prioridades. Por lo que la investigación realizada es una de las primeras de acuerdo a esta prioridad.

## **1.2. BASE TEÓRICA**

### **1.2.1. Consejería nutricional<sup>2</sup>**

Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los 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.

Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural pues el agente comunitario en salud o el personal de salud del establecimiento deberá visitar periódicamente el hogar de la niña, el niño o la gestante con la finalidad de apoyar en el usuario el proceso de mejora de prácticas con relación al cuidado de la nutrición, la salud y la higiene, así como el acompañamiento eficaz del padre. Las visitas domiciliarias deben ser consensuadas previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes.

## **Principios de la consejería**

### **La oportunidad**

La consejería nutricional debe ser oportuna. Durante el embarazo y en los tres primeros años de vida del niño, cada momento es una oportunidad para ofrecerle condiciones de salud, nutrición, higiene y afecto que aseguren un óptimo crecimiento y desarrollo.

Cada uno de los momentos es diferente, es decir, lo que sucede en un momento dado, no se repite en otro. Si no existen condiciones favorables y permanentes (en todos los momentos), la niña o el niño habrán perdido estas oportunidades. A través de la consejería, el personal de salud puede prevenir que esto suceda.

### **La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño**

La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño está en los padres; es importante que ellos lo entiendan así para que puedan asumirlo en la medida en que vayan fortaleciendo sus capacidades en el cuidado y protección de la niña o el niño. La responsabilidad implica movilizar nuevos esfuerzos y recursos (si es necesario) para atender las necesidades de la gestante, la niña o el niño. Una buena consejería es el mejor apoyo que el personal de salud puede dar a la madre, padre o cuidadores para que puedan cumplir con esta responsabilidad.

### **La participación (involucramiento)**

La consejería no sólo implica presencia, es fundamentalmente involucramiento. Permitir a la madre, padre y cuidadores que se involucren en la consejería significa, ante todo, confianza, motivación y espacio para que expresen en sus propias

palabras, lo que sienten y piensan sobre la situación de la niña y el niño, y buscar alternativas conjuntas para mejorar. El involucramiento de los padres o cuidadores durante la consejería es indispensable para alcanzar los resultados esperados de ella.

## **Elementos claves de la consejería**

### **La conversación**

Se trata de establecer una vinculación entre texto (lo que se dice) y contexto, distinguiendo tres dimensiones: el personal de salud que realiza consejería, el mensaje y el usuario.

### **Condiciones del personal de salud que realiza consejería:**

El personal de salud deberá tener en cuenta<sup>2</sup>.

La relación que establece con la otra persona: ésta va a marcar “el estilo” de toda la conversación. No es lo mismo un diálogo donde el personal de salud se encuentra sola(o) con el usuario, que una situación en la que éste llega acompañado con otra persona de su entorno. Tampoco es lo mismo dialogar con alguien a quien se conoce de largo tiempo, que tratar por primera vez con una persona. Por ello es importante que la relación sea simétrica (igualitaria), no especializada (por muy técnica que sea la conversación), se debe mantener una relación fluida y cotidiana dentro de marcos no rígidamente marcados.

Limitaciones temáticas: La relación que se establece con el usuario guarda relación con las limitaciones temáticas. Cuánto menos información tenga sobre el tema a tratar, o sobre el contexto cultural del usuario, más pobre será la conversación. Es importante comprender que dichas limitaciones no sólo las tiene el personal de

salud, también las tiene el interlocutor, obviamente de una forma y en un grado diferente. Usar un lenguaje sencillo y claro, y evitar el uso de términos técnicos, contribuirá a lograr acuerdos exitosos.

Propósito de la conversación: Debe establecerse desde el inicio y no perderlo de vista en ningún momento, de lo contrario el esfuerzo será inútil. Si en medio de la conversación, surge un tema secundario que pareciera relevante para el usuario, atender el punto sin perderse en él.

Grado de formalidad: Implica mostrarse abierto, simple, cálido y humano.

Interesarse por el otro, mirar a los ojos, sin perder profesionalismo. El personal de salud debe convertir una dificultad en una nueva oportunidad; es decir, comprender y respetar la complejidad en la que se dan las prácticas cotidianas de cada persona o familia, pero a la vez ayudar en la búsqueda de alternativas simples y factibles.

Turnos en el diálogo o conversación: Los turnos (quién habla primero o después, quién introduce un cambio de tema, y en qué momento), la duración y el contenido de lo que se dice en cada turno; el número de participantes en la conversación y la construcción misma –turno por turno– para poder escucharse, son claves para conseguir una atmósfera de confianza y participación, con resultados positivos para ambas partes.

De la alternancia de los turnos se derivan cuatro reglas estratégicas:

- **Saber escuchar:** Hay que demostrar que se está escuchando apelando al nivel verbal y no verbal.
- **Saber tomar la palabra:** Puede efectuarse de dos modos, mediante un encadenamiento natural cuando el otro se calla, o de manera competitiva cuando el otro no cede el turno y se hace necesario intervenir.
- **Saber mantener el uso de la palabra:** Se hace a base de repeticiones o de pausas oralizadas o vocales arrastradas sin significado (ehh, umm).
- **Saber ceder la palabra:** Mediante preguntas, pausas sonrientes o silencios. Una de las claves para el éxito de la conversación es mantener siempre la atención puesta en el usuario (madre, el padre o cuidadores), para lo cual es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:
  - **La finalidad:** El propósito de la conversación debe estar claro para que el personal de salud pueda saber qué es lo que va a negociar. Eso significa buscar e identificar las ideas o argumentos que se van a tratar.
  - **La relevancia:** Lo que se dice debe ser importante para que el usuario se mantenga activo e interesado.
  - **La pertinencia:** El argumento del personal de salud debe ser coherente con el tema a tratar y con el contexto cultural donde éste trabaja y el usuario vive. Escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a toda información que contribuya a entender mejor la situación, para orientar al usuario, teniendo en cuenta sus condiciones específicas de vida.
  - **La suficiencia:** Se refiere a la cantidad de información que el usuario puede asimilar en condiciones de calidad en términos de atención y reflexión. No hablar demás, ni brindar más de dos (2) o tres (3) mensajes por sesión ya que el personal de salud puede confundirse o confundir al usuario.

- **La veracidad:** El usuario debe experimentar la veracidad y confiabilidad del argumento que refiera el personal de salud. Tener cuidado de no caer en contradicciones.

### **Situaciones para brindar consejería**

La consejería nutricional se realiza durante la etapa del crecimiento y desarrollo normal de la niña o niño, durante el embarazo, durante la lactancia materna, en situaciones de riesgo nutricional o en procesos de enfermedades prevalentes de la infancia (EDA, IRA, entre otras).

Es importante reconocer las oportunidades de contacto que existen entre el personal de salud y la gestante, madre, padre y cuidadores de la niña y niño para brindar una consejería en nutrición:

- Cuando una gestante acude al servicio de salud para el control prenatal.
- Cuando una madre lleva a su niña o niño menor de cinco años al control de crecimiento y desarrollo.
- Cuando lleva a vacunar a su niña o niño.
- Cuando la niña o niño está enferma(o); principalmente, si presenta infección diarreica o respiratoria.
- Cuando la gestante, el niño o la niña son referidos por algún agente comunitario en salud (ACS) al establecimiento de salud.
- En las intervenciones extramurales, principalmente en las visitas domiciliarias.

### **Momentos de la Consejería**

La conversación tiene una secuencia que va desde la apertura hasta el cierre. En el medio hay intercambio de “mutuo apoyo” que sirve para sostener la relación entre

los participantes denominado secuencia temática (se refiere a la articulación natural entre los cinco momentos que configuran la estructura de la consejería).

### **Primer Momento: encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada**

Hay condiciones que limitan o determinan el saludo y la naturaleza del primer encuentro: el lugar, el momento, el tiempo transcurrido desde la última cita y, sobre todo, la relación que se mantiene con los usuarios. La actividad rutinaria que realiza el personal de salud puede crear hábitos repetitivos y una relación impersonal con el usuario. La apertura crea expectativas y sus efectos se van a sentir durante todo el encuentro.

Durante el primer contacto con el usuario, el primer momento de la consejería es muy breve pero a medida que se profundiza en el caso y se empieza a hablar de la situación encontrada las secuencias serán cada vez más fáciles de manejar, lo cual dependerá de la calidad de la comunicación que se establezca.

En este momento se debe explicar también por qué es importante que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente, cuáles son las consecuencias en el corto y mediano plazo. La evaluación del crecimiento de la niña o niño es parte de la atención integral de los servicios de salud. El monitoreo del crecimiento, consiste en evaluar a la niña o niño de manera individual, periódica y secuencial utilizando las curvas de crecimiento. En caso de las niñas y niños menores de cinco años se utilizan los indicadores: Peso/Edad, Peso/Talla y Talla/Edad; y en caso de la gestante, el índice de masa corporal (IMC), la ganancia de peso y el estado nutricional al inicio del embarazo (peso y talla inicial o actual).



Si el estado nutricional es normal, debe darse el reconocimiento y motivarlos para continuar con el cuidado. Si se encuentran problemas, debe explicarse a la gestante, madre, padre o cuidadores lo que esto significa para la salud, el crecimiento y el desarrollo de la niña o niño.

En este primer momento es importante considerar lo siguiente:

- Si la consejería se realiza en el domicilio, es recomendable que el personal de salud se presente adecuadamente, de ser necesario identificándose por su nombre, ocupación y preguntando por el nombre de la gestante, madre, padre o cuidadores y de su niña o niño.
- Sea amable, tratar a la persona como ésta se sienta mejor. Se recomienda no usar diminutivos que expresen aparente paternalismo o subvaloración encubierta.
- Los gestos, postura corporal y actitud de escucha demuestran el interés por la persona: mantener contacto visual, poner atención, evitar barreras físicas, asentir con la cabeza o sonreír, entre otros. La actividad conversacional pertenece al dominio práctico de la comunicación (es una función pragmática).

### **Segundo Momento: Análisis de factores causales o riesgos**

El segundo momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores analizan las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos. Ayudarlos a encontrar estas causas o riesgos y explicarlas en su propio lenguaje.

Luego de haber explicado el estado del embarazo de la gestante o el crecimiento (a partir de la evaluación nutricional antropométrica) y desarrollo de la niña o niño, el personal de salud debe indagar y preguntar sobre los posibles factores que influyen

en la situación encontrada: alimentación, salud, higiene, aspectos emocionales, sociales, económicos, etc. En ese sentido, los aspectos relacionados a la alimentación de la niña y niño se evalúan y registra en la Ficha de Evaluación de la Alimentación de la Niña y Niño menor de 5 años – Historia Alimentaria (Anexo N.º 01), cada vez que acuda al establecimiento de salud para sus controles o en seguimiento respectivos.

Con relación a la evaluación de la alimentación de la gestante y madre que da de lactar, debe registrarse en la historia clínica materno perinatal.

### **Tercer Momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos**

El tercer momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución a los factores identificados. Recordar que, las decisiones sobre cuáles alternativas son más convenientes debe ser tomada finalmente por ellos, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades.

### **Cuarto Momento: Registro de acuerdos tomados**

El personal de salud deberá registrar en la historia clínica, las decisiones o acuerdos (máximo tres) tomados con la gestante, madre, padre o cuidadores y anotarlas en una hoja de indicaciones para que se la lleve, motivándolos a ponerlas en práctica con el apoyo de su familia y de la comunidad.

### **Quinto Momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados**

El quinto momento es el seguimiento a los acuerdos tomados. Este momento se realiza en las citas posteriores, puede ser intramural o extramural.

Es importante despedirse cálida y afectuosamente para crear un vínculo positivo que motive al usuario a regresar. Asimismo, el personal de salud debe asegurar el seguimiento a los acuerdos en los siguientes controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar y reforzarlas. La fecha acordada para el siguiente control dependerá del estado nutricional encontrado.

### **1.2.2. Alimentación en el Preescolar<sup>13</sup>**

La alimentación del niño en edad pre escolar debe asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados, teniendo en cuenta su actividad física y requerimientos nutricionales con el fin de promover hábitos alimentarios saludables, dando énfasis en la prevención de enfermedades nutricionales a corto y largo plazo. Es importante mantener una dieta equilibrada, insistir en que todos los alimentos son necesarios, evitando las golosinas. Una malnutrición, ya sea por escaso o exceso aporte en la satisfacción de necesidades, puede suponer un pobre crecimiento del niño. Tanto el papel de los padres como la influencia de los educadores, tienen una función decisiva en la adquisición de hábitos de alimentación saludables. A partir de los 3-4 años, un niño puede, comer de todo, pero sin importar ¿qué come? Ni ¿cuándo?. Hay ciertos alimentos que no son recomendables ni o apreciados por el niño. En consecuencia, al niño se le alimenta igual que a los mayores, excepto que se disminuye la ración. El área educativa es responsable de brindar conocimientos a las madres y enseñar a los niños mayores de tres años que ya están en la escuela sobre la importancia de una alimentación saludable, de manera que se pueda realizar un programa de intervención educativa que fomente hábitos y prácticas alimentarias saludables desde las escuelas<sup>12</sup>

### **1.2.3. Alimentación complementaria**

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno – Infantil, a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, manteca, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño.

### **Requerimientos Nutricionales**

Los requerimientos nutricionales de cada individuo dependen en gran parte de sus características genéticas y metabólicas particulares. Sin embargo, en forma general se puede considerar que los niños preescolares requieren los nutrientes necesarios para alcanzar un crecimiento satisfactorio, evitar estados de deficiencia y tener reservas adecuadas para situaciones de estrés. Una nutrición adecuada permite al niño alcanzar su potencial de desarrollo físico y mental. Aunque se han determinado las recomendaciones diarias de un gran número de nutrientes, solamente una dieta variada puede proveer los nutrientes esenciales durante un periodo prolongado de tiempo.

Los requerimientos nutricionales constituyen la cantidad de energía y nutrientes biodisponibles en los alimentos que un individuo saludable debe comer para cubrir todas sus necesidades fisiológicas. Al decir biodisponible se entiende que los

nutrientes son digeridos, absorbidos y utilizados por el organismo. Los requerimientos nutricionales son valores fisiológicos individuales.

### **Práctica Alimentaria**

Son los comportamientos y actitudes repetitivos que forman un hábito alimentario, adquiridos a lo largo de la vida, que influyen en nuestra alimentación y estado nutricional. Se refleja hacia el aporte, absorción y utilización de los alimentos que son adecuados a las necesidades del organismo

#### **1.2.4. La Andragogía<sup>14</sup>**

Los principios de la andragogía son posibles de utilizarse para fundamentar e intervenir en los diversos contextos de la educación de adultos, la andragogía, como teoría pedagógica, posibilita la participación de manera flexible en todos los procesos educativos.

A partir de estas consideraciones hoy en día es imposible no reconocer a la educación de adultos como parte consustancial de los sistemas educativos. Esta disciplina por tanto adquiere cada día relevancia, debido a que corresponde al estudiante adulto precisar sus metas, así como los procesos para alcanzarlas; todo ello para fortalecer su desarrollo y el de la sociedad de la que forma parte. En este sentido, las acciones andragógicas, articuladas a las actividades de los ámbitos económicos, políticos, sociales y culturales, se dirigen cada vez más a imaginar y llevar a la práctica nuevas formas y modalidades educativas diferentes de los procesos formales y rígidos de la educación tradicional. La educación de adultos ya no es más un correctivo educativo, se ha convertido, por derecho propio, en un elemento

indispensable del desarrollo personal y social, coherente, orgánico y con conceptos, tareas y valores que le son propios y cuyas demandas responden a las necesidades actuales, complejas y cambiantes de la sociedad y de los retos tecnológicos.

### **1.2.5. La percepción<sup>15,16</sup>**

La percepción es un proceso que realiza el cerebro. Este proceso consta en recibir, analizar, interpretar y almacenar los estímulos que recibe de los sentidos. Los sentidos son los portadores de los estímulos, es la conexión que tiene el cerebro con el mundo exterior. Para que la percepción tome lugar correctamente, el cerebro realiza un proceso cognitivo, el cual se sustenta a través de la experiencia del individuo, por el cual reconoce un signo y lo selecciona. Este proceso se realiza gracias a que la experiencia le brinda las herramientas necesarias, y que a través de ella el cerebro aprende, almacena la información para después usarla. Es necesario que se desencadenen una serie de factores. Como un primer intento para explicarlos, se dividirán en tres grandes grupos: los factores biológicos, que se refieren a la interacción de los estímulos externos y los cinco sentidos y cómo se manda y recibe esta información al cerebro; los factores psicológicos, que son aquellos que surgen a partir del proceso neuronal, del proceso que realiza el cerebro a partir de la recepción de los estímulos; y por último, la experiencia, que son los factores y hechos que aprehende el individuo a partir de sus vivencias, ya sean individuales o en sociedad y el valor que le da a los estímulos. Cuando se habla de factores sociales, se refiere más a las características que poseen un grupo de personas, un código que se establece entre ellos. Individualmente, se refiere a las características que posee como un único individuo. Esto está estrechamente vinculado a la

experiencia, ya que a través de ella se aprenden los códigos y símbolos que posee la cultura en la cual cada individuo se desarrolla. El proceso que realiza el cerebro al percibir, puede estar dividido en tres fases: el proceso sensorial, que es la recepción de los estímulos a través de los cinco sentidos; el proceso afectivo, que es la relación que hace el cerebro de acuerdo a las experiencias vividas, al ser, a la vitalidad; y por último, el proceso simbólico, que es la categorización que se realiza al colocar ese estímulo, para reconocerlo y adjudicarle un significado valorativo. Este análisis lo realiza Pérez Martínez (1986) se acuerda con la autora, relacionando al proceso sensorial como el conjunto de factores biológicos, al proceso afectivo de acuerdo con el psicológico, y al proceso simbólico con el cultural o de la experiencia. Estos tres procesos trabajan en conjunto ante un estímulo. Para que un estímulo sea percibido debe de ser conocido por el individuo o ser una alteración dentro de un contexto que conoce. El hecho de que se perciba un signo, significa que se lo conoce, que simboliza algo, por eso logra estimular. Para que se vea algo que no se conoce, es necesario prestar atención, o que el nuevo signo resalte lo suficiente. De otra manera, el individuo no sería capaz de percibirlo. Según Vernon (1979, p.9), se percibe algo cuando se está acostumbrado a algo y eso cambia. Por ejemplo, la demolición de un edificio sobre una calle que se la recorre diariamente. Muchos estímulos son recibidos y procesados inconcientemente, haciendo que ellos formen parte del propio entorno. Para poder reconocer estos estímulos, el cerebro recurre a la experiencia. Ella es la que enseña las funciones y las características del mundo exterior, de la conducta y la manera de reaccionar frente a ellos. A esto se lo llama proceso cognitivo. Según el diccionario de la lengua española (2005), la percepción es la “sensación interior que resulta de una impresión material,

captación realizada a través de los sentidos. Conocimiento, aprehensión de conceptos e ideas”. Como se puede ver en esta última definición se encuentra que tanto factores biológicos como psicológicos son los que permiten que este proceso ocurra. Y estos son los que son iguales en todos los individuos. El no poseer alguno es una deficiencia genética. Pero se cree que el tercer factor a analizar, la experiencia, es de igual manera crucial. Es importante destacar que es ésta la que varía de individuo a individuo, de sociedad en sociedad. Por otro lado, la palabra o mejor dicho la acción de percibir, está definida como “recibir sensaciones a través de los sentidos” y “comprender o conocer una cosa” (Word reference, 2005). Todos los estímulos tienen características diferentes y conductas diferentes. El reconocimiento de éstos hace que el cerebro espere una cierta conducta. Cuando esta conducta no es llevada a cabo de la manera esperada, crea una alteración y por lo tanto un estímulo. Y este estímulo es otro factor de aprendizaje para el cerebro. Por eso Vernon explica que se espera una conducta determinada que se basa en el aprendizaje. No se espera, por ejemplo, que un auto desaparezca en su movimiento. Se aprende una conducta, por ejemplo las características que tiene el auto, y como este estímulo reacciona de cierta manera, no es esperable que desaparezca en el movimiento. Esto se ve muy claro comparando a los niños con los adultos. El adulto percibe lo esperado, el niño no, el niño percibe lo que es. Por ejemplo, en un experimento se hace mover dos bolas, una a continuación de la otra, y en el lugar donde una frena la segunda comienza su movimiento. En ningún momento se tocan, pero el adulto verá que el movimiento de la segunda es consecuencia del choque de la primera, mientras que el niño percibirá los dos movimientos con causas totalmente ajenas unas a las otras. Según Guski, “la percepción es el conocimiento



sensible, es el reflejo de la realidad en la conciencia de los hombres. Posible y transmitida a través de unos órganos sensoriales y a través de la actividad nerviosa”. (1992, p. 13). La percepción interpreta todas las sensaciones, creando un tipo de relación con el mundo exterior. Este hecho condiciona de una manera fundamental a la lectura sobre los estímulos que se recibe y sobre el lenguaje que se incorpora en los objetos. Todo está condicionado a esto y crea así un código de signos y señales que posibilita no sólo la comunicación oral y escrita, sino la manera en que se entienden todos los objetos y al mundo que rodea al ser humano. De la cantidad de estímulos que se reciben, el cerebro sólo selecciona algunos. A esto se lo llama atención selectiva, que es cuando el cerebro selecciona un objeto de percepción entre un conjunto de objetos que lo estimulan. En el mundo comercial se utiliza este hecho. Se utilizan estímulos específicos para que el usuario los lea antes que otros. Estos estímulos son estudiados según el significado que proporcione el signo.

Según la Teoría Constructivista, la percepción no viene determinada completamente por los estímulos que llegan a los sentidos; por el contrario, es una construcción activa del perceptor en la cual intervienen procesos superiores. Neisser propuso un concepto que hoy es bien reconocido por los psicólogos de la cognición: el ciclo perceptual. Este concepto incluye tres elementos: los esquemas, la exploración perceptual y los estímulos del medio ambiente. El ciclo perceptual muestra que los humanos no nos limitamos a recibir pasivamente la información; a esta información superponemos esquemas anticipatorios que nos proporcionan una especie de plan de que calculamos va a ocurrir. Este plan nos sirve de guía para elegir información del entorno. A su vez, la información que recibimos se ajusta a nuestros esquemas y los modifica, además de canalizar lo que buscaremos a

continuación. Es la información que contradice o pone en tela de juicio un esquema anticipador la que atrae particularmente nuestro interés y nos hace redirigir la atención.

### **1.3. HIPÓTESIS**

Las prácticas de alimentación complementaria a niños de 3 a 5 años llevados al Puesto de Salud Catalinayocc están relacionadas a la percepción de la consejería nutricional de las madres.

### **1.4. VARIABLES**

- **Variable Independiente:** Percepción de las madres de la Consejería nutricional.
- **Variable Dependiente:** Prácticas de alimentación complementaria:

### **1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION / VALOR
Percepción de las madres de la Consejería nutricional	Actitudes de las madres con respecto a la atención brindada durante la consejería nutricional por el profesional de enfermería	Sensación de satisfacción o insatisfacción que presenta la madre al finalizar el proceso de consejería nutricional.	<b>Satisfecha</b> <b>Insatisfecha</b>	<b>Intervalo:</b> <b>. 9 – 17 pts.</b> <b>. 0 – 8 pts.</b>

### VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION / VALOR
<b>Prácticas de alimentación complementaria</b>	Inicio de alimentación que incluye alimentos semisólidos hasta incorporar en la alimentación familiar	<b>Consistencia</b> <b>Cantidad</b> <b>Calidad Frecuencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.</li> <li>• Plato grande, de acuerdo con su edad, actividad física y estado nutricional.</li> <li>• Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.</li> <li>• Tres comidas al día más dos refrigerios que incluyan lácteos</li> </ul>	<b>Nominal</b> <b>Adecuadas</b> <b>Inadecuadas</b>

## **CAPITULO II**

### **MATERIALES Y METODOS**

#### **2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativa, Descriptiva

#### **2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental, de corte transversal, correlacional.

#### **2.3. POBLACIÓN**

Madres de niños de 3 a 5 años que acuden al Puesto de Salud Catalinayocc (34 madres).

#### **2.4. MUESTREO**

El muestreo es de tipo censal.

#### **2.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Entrevista estructurada
- Entrevista personal.

## **2.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Ficha de satisfacción de usuarias sobre consejería nutricional
- Ficha de evaluación de prácticas alimentarias en el hogar.

Los instrumentos son tomados del Documento técnico: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materna infantil del Ministerio de Salud.

## **2.7. PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

### **2.7.1. Coordinación**

Se solicitó el permiso respectivo a la Jefatura del Puesto de Salud Catalinayocc, con la finalidad de obtener la autorización para la aplicación de la Consejería nutricional y de los instrumentos de evaluación.

### **2.7.2. Recolección de datos**

Obtenido el permiso y la autorización correspondiente por parte del establecimiento y de las madres, se procedió a desarrollar la evaluación de la percepción de la consejería y supervisión de las prácticas de alimentación previa coordinación de horarios con las madres de familia participantes del estudio.

## **2.8. ANALISIS DE DATOS**

Para el análisis de los datos se empleó una computadora Pentium IV, la que tiene software para análisis estadístico como SPSS v. 22 y para la elaboración de gráficos se empleó Microsoft Excel XP y para el procesamiento de texto emplearemos el Microsoft Word Xp.

Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS versión 20. Los datos son presentados en cuadros estadísticos simples y compuestos de acuerdo a los objetivos propuestos. Para el análisis estadístico de datos se utilizó la prueba de asociación estadística (Prueba de Chi cuadrada) para determinar la asociación o independencia de las variables en estudio.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

**TABLA N° 01.**  
**PERCEPCIÓN DE LA MADRE SOBRE LA CONSEJERÍA**  
**NUTRICIONAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN**  
**PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE**  
**3 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.**

<b>PERCEPCION DE LA CONSEJERIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Adecuada</b>	<b>26</b>	<b>76.5</b>
<b>En proceso</b>	<b>8</b>	<b>23.5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Documento técnico: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materna infantil. MINSA 2013

En la tabla N° 01 se puede apreciar, que del 100% (34) de madres entrevistadas el 76.5% califica como adecuada la Consejería nutricional brindada por el profesional de Enfermería, mientras que el 23.5% califica como en proceso la consejería recibida.



**TABLA N° 02.**  
**PRACTICAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE MADRES**  
**DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC.**  
**AYACUCHO 2017.**

<b>PRÁCTICAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Correctas</b>	<b>30</b>	<b>88.2</b>
<b>Incorrectas</b>	<b>4</b>	<b>11.8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha elaborada por las investigadoras

Se puede apreciar en la tabla N° 02 respecto a las prácticas alimentarias de las madres de niños de 3 a 5 años del puesto de salud Catalinayocc, el 88.2% de madres tienen prácticas alimentarias correctas; mientras que el 11.8% desarrolla prácticas alimentarias incorrectas.

**TABLA N° 03**  
**PRACTICAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ASOCIADA A**  
**LA PERCEPCION DE CONSEJERIA DE MADRES DE NIÑOS DE 3 A 5**  
**AÑOS. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.**

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	PERCEPCION DE CONSEJERIA				TOTAL	
	ADECUADA		EN PROCESO		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>CORRECTAS</b>	25	73.5	5	14.7	30	<b>88.2</b>
<b>INCORRECTAS</b>	1	2.9	3	8.8	4	<b>11.8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>76.5</b>	<b>8</b>	<b>23.5</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumentos aplicados a las madres de niños de 3 a 5 años. Puesto de salud Catalinayoccc y hogares de las madres.

$$\text{Pearson chi2(1) = 6.6747 Pr = 0.010}$$

En la tabla N° 03, se identifica que del 88.2% de madres que tienen prácticas alimentarias adecuadas, el 73.5% percibe como adecuadas la consejería alimentaria recibida y el 14.7 en proceso. Del 11.8% de madres que tienen prácticas alimentarias inadecuadas, el 8.8% percibe en proceso la consejería recibida, mientras que el 2.9% califica como adecuada la consejería alimentaria recibida.

Se observa un valor de Pearson chi2 calculado= 6.6747 gl = 1 grados de libertad y Pr=0.010 (en rojo) menor que 0.05; por lo que; las prácticas de alimentación complementaria están asociadas a la percepción de la consejería nutricional.

**TABLA N° 04.**  
**PERCEPCION DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS DE**  
**ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS**  
**ASOCIADA A LA EDAD DE MADRES. PUESTO DE SALUD**  
**CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.**

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARI A	EDAD						TOTAL	
	15 - 24		25 - 34		35 A MÁS		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Correctas	8	23.5	16	47.1	6	17.6	30	88.2
Incorrectas	0	0.0	1	2.9	3	8.8	4	11.8
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>23.5</b>	<b>17</b>	<b>50.0</b>	<b>9</b>	<b>26.5</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumentos aplicados a las madres de niños de 3 a 5 años. Puesto de salud Catalinayocc y hogares de las madres.

**Pearson chi2(2) = 5.6667 Pr = 0.059**

**Fisher's exact = 0.103**

En la tabla N° 04; se puede apreciar las prácticas alimentarias de las madres de niños de 3 a 5 años del Puesto de Salud Catalinayocc según edad. El 23.5% de las madres de 15 a 24 años de edad presentan prácticas alimentarias adecuadas, el 47.1% de madres de 25 a 34 años de edad de igual manera y el 17.6% de madres de 35 a más años de edad; solamente el 2.2% de madres de 25 a 34 años y el 8.8% de madres de 35 años a más presentan prácticas alimentarias inadecuadas.

Se observa un valor de Pearson chi2 calculado= 5.6667 gl = 2 grados de libertad y Pr=0.059 (en rojo) mayor que 0.05; por lo que; las prácticas de alimentación complementaria no están asociadas a la edad de la madre.

**TABLA N° 05**  
**PERCEPCION DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS DE**  
**ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS**  
**ASOCIADA AL GRADO DE INSTRUCCION DE MADRES. PUESTO DE**  
**SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017**

PRÁCTICAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	GRADO DE INSTRUCCION						TOTAL	
	SIN GRADO		PRIMARIA		SECUNDARIA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Correctas</b>	0	0.0	24	70.6	6	17.6	<b>30</b>	<b>88.2</b>
<b>Incorrectas</b>	3	8.8	1	2.9	0	0.0	<b>4</b>	<b>11.8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>8.8</b>	<b>25</b>	<b>73.5</b>	<b>6</b>	<b>17.6</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumentos aplicados a las madres de niños de 3 a 5 años. Puesto de salud Catalinayocc y hogares de las madres.

**Pearson chi2(2) = 24.7520 Pr = 0.000**

**Fisher's exact = 0.001**

En la tabla N° 05 se puede apreciar las prácticas alimentarias de las madres del Puesto de Salud Catalinayocc según el grado de instrucción de éstas. El 8.8% de las madres sin grado de instrucción tienen prácticas alimentarias inadecuadas; el 70.6% de madres con grado de instrucción primaria tienen prácticas adecuadas y 2.9% prácticas inadecuadas; el 17.6% de madres con grado de instrucción secundaria presenta prácticas alimentarias adecuadas.

Se observa un valor de Pearson chi2 calculado= 24.7520  $gl = 2$  grados de libertad y  $Pr=0.000$  (en rojo) menor que 0.05; por lo que; las prácticas de alimentación complementaria están asociadas al grado de instrucción de la madre.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

La información que manejan las personas es el insumo básico para cualquier acción que estén dispuestos a realizar o que efectivamente ejecuten. Con esta noción en mente, el conocimiento nutricional y la información que posea una madre sobre el crecimiento de un niño contribuirán a la toma de decisiones adecuadas para el cuidado de los niños. En otras palabras, la relación se podría reducir a que padres y madres con mayor conocimiento nutricional tienen hijos más saludables que aquellos con poco o ningún conocimiento sobre el tema.

Como se puede apreciar en la tabla N° 01, la madre tiene una percepción adecuada (76.5%) de la consejería que brinda el profesional de enfermería, el adecuado conocimiento de las madres sobre el estado nutricional de sus hijos les permitirá tomar acciones acordes con ello, bajo el supuesto de que las madres desean que sus hijos tengan un desarrollo saludable. El conocimiento de las madres proviene de varias fuentes. Reciben información sobre nutrición infantil tanto en los establecimientos de salud como de sus familiares, amigos y medios de

comunicación, pues el Estado y otros actores (organizaciones no gubernamentales, iglesias, etcétera) promueven la difusión de este conocimiento. Las madres no solo se guían por la información proveniente de fuentes externas: ellas pueden formar sus propias percepciones de lo que está bien respecto al crecimiento de sus niños; en estos casos, es probable que tomen decisiones sobre la base de información subjetiva y sesgada.

La información y el conocimiento —independientemente de donde provengan— motivan y fundamentan las acciones de las madres. Así, las prácticas y los cuidados de las mujeres están condicionados a lo que consideran adecuado para sus hijos. De este modo, la alimentación que la madre brinda al niño durante y después de la lactancia, la importancia que otorga a los controles de salud, y sus prácticas de higiene, entre otros factores, son el reflejo de su conocimiento sobre nutrición y cuidado infantil<sup>(13)</sup>.

Con respecto a la tabla N° 02, se identifica que las madres en mayor porcentaje tienen prácticas alimentarias adecuadas (88.2%); en tal sentido se entiende que la salud de un niño, o específicamente su estado nutricional, depende de una serie de factores. Algunos de estos factores se encuentran bajo el control directo de los padres; otros escapan a sus facultades, pero pueden ser enfrentados por otras instancias a nivel de políticas públicas, como por ejemplo el acceso a servicios sanitarios. Hay también factores exógenos que escapan al control de los padres y de las instancias de gobierno u otros agentes hacedores de políticas públicas, tales como los factores climatológicos. De entre todos, los más relevantes para fines de política son los que pertenecen a los dos primeros grupos. En particular, el

conocimiento sobre nutrición que poseen las madres puede ser claramente el objetivo de una política pública <sup>(16)</sup>.

Efectivamente la mejora de los conocimientos sobre la nutrición y sobre todo de las prácticas alimentarias depende exclusivamente de la madre, pero asociada a factores como una consejería adecuada, oportuna y pertinente.

La tabla N° 03 nos muestra dicha relación, la percepción de la madre de la consejería está asociada ( $p < 0.05$ ) a las prácticas alimentarias adecuadas por la madre en 73.5%.

Un factor muy importante en la literatura es la educación de la madre. Schultz (1984) muestra que influye en la salud del niño de cinco maneras principales: (i) conlleva una mejor combinación de los insumos relacionados con la búsqueda de la mejor salud de los niños; (ii) las madres más educadas son más eficientes en la producción de bienes para la salud de sus hijos, dada su restricción presupuestaria; (iii) puede generar cambios en sus preferencias (i. e., menos hijos, pero más sanos); (iv) implica un mayor ingreso para el hogar; y, por otro lado, (v) al aumentar el costo de oportunidad de las madres de criar a sus hijos, puede tener un efecto adverso para la salud del niño <sup>(16)</sup>.

Por su parte y en esta misma línea, Thomas et al. (1990), empleando una muestra de datos de Brasil, encuentran que el efecto de la educación de la madre sobre la salud del niño tiene su origen en el acceso a los medios de información. De acuerdo con Glewwe (1999), los mecanismos por los cuales la educación de las madres

mejora el desarrollo de sus hijos en países en desarrollo son: (i) la educación formal enseña directamente a la madre conocimientos sobre la nutrición; (ii) las habilidades aprendidas en el sistema educativo formal permiten a las futuras madres diagnosticar y tratar a sus hijos cuando tienen problemas de salud (por ejemplo, obtener información de fuentes escritas); (iii) la educación formal de las madres las expone a la sociedad moderna y, por lo tanto, a la medicina moderna.

No solo en la educación formal de la madre es el único determinante de la salud de sus hijos, sino también en su conocimiento específico sobre nutrición. Empleando datos de Marruecos, Glewwe (1999) encuentra que el conocimiento nutricional de la madre (medido por su conocimiento sobre vacunación, tratamiento de infecciones, polio, diarrea y agua potable) es crítico para la salud de su hijo, en especial para su estado nutricional; y este no depende de la edad de los padres <sup>(16)</sup>. En la tabla 04 se evidencia dicha condición; la edad de la madre no está asociada ( $p>0.05$ ) a las prácticas alimentarias del menor de 5 años.

La tabla N° 05 nos muestra que el grado de instrucción está asociado ( $p<0.05$ ) a las prácticas alimentarias de la madre del niño de 3 a 5 años.

El conocimiento de una madre sobre nutrición infantil puede provenir de varias fuentes y estar influenciado por distintos factores. Por ejemplo, la educación de la madre y su conocimiento sobre nutrición y crecimiento infantil, aunque están muy ligados, no son lo mismo. De acuerdo con Glewwe (1999), la educación formal de la madre puede tener varios canales mediante los cuales afecta la salud del niño. Según este autor, una de estas vías es justamente el conocimiento sobre nutrición



que la madre puede adquirir gracias a su educación, sea porque se le enseña directamente en la escuela o porque las habilidades que adquiere allí (escribir, matemática básica, etcétera) le permiten obtener conocimiento nutricional por cuenta propia. Sin embargo, hay otros medios por los cuales este conocimiento llega a las mujeres, como charlas educativas impartidas por el respectivo ministerio de salud o consejos que se brindan por la radio y la televisión.

El conocimiento, aunque se adquiere fuera del sistema educativo formal, es posible gracias a las habilidades adquiridas en él. Luego Christiaensen y Alderman (2004) encuentran que la educación de los padres, en especial la de la madre, es muy importante en la determinación del estado nutricional de los niños; pero para ellos esto es independiente de la importancia del conocimiento nutricional de la madre (definido como su capacidad para diagnosticar correctamente el crecimiento de sus hijos) como un elemento crucial en la alimentación del niño.

Block (2007), para quien el conocimiento nutricional de las madres se define como el conocimiento del estado de micronutrientes de su hijo, aproximado mediante la concentración de hemoglobina, halla que, además de factores más importantes en la determinación del estado nutricional de los niños —como su edad, el nivel de gasto del hogar y el acceso a fuentes de agua salubre—, el conocimiento nutricional de la madre tiene también un rol determinante. Este autor muestra que la educación de la madre contribuye a la salud del niño mediante el conocimiento nutricional, su efecto en el ingreso y el gasto del hogar, pero también de manera directa. Un hallazgo muy importante de este autor es que, en los niveles más bajos de ingreso,

el conocimiento nutricional suple a la educación formal en la determinación del estado nutricional de los niños.

El profesional de Enfermería lleva a cabo constantemente acciones educativas durante su práctica diaria al intercambiar opiniones y hacer sugerencias sobre medidas que contribuyen a preservar la salud y a prevenir enfermedades en los usuarios que acuden a las consultas. Este proceso educativo que acompaña a las medidas terapéuticas se denomina “consejería” y específicamente cuando se trata del tema de la alimentación y sus aspectos relacionados se conoce como Consejería Nutricional. Su finalidad es contribuir con la toma de decisiones de padres o cuidadores de niños, sobre las conductas nutricionales más adecuadas que garanticen el crecimiento y desarrollo. Estas acciones se fundamentan en el conocimiento de las prácticas alimentarias, la evaluación nutricional y del contexto en el que viven las familias. De parte de los padres o cuidadores se debe conseguir que se involucren en el proceso. Cualquier oportunidad de contacto entre el trabajador de salud y el usuario es valiosa para la consejería nutricional. Se hace a través de un entrenamiento en técnicas para la comunicación y la entrevista, además de los conocimientos sobre la alimentación. La técnica de consejería promueve una conversación abierta, en la se respeten las opiniones, se de apoyo e información útil y que permita al usuario volver a consultar si tiene dudas en la ejecución de las medidas que se le han recomendado.

## CONCLUSIONES

1. La percepción de la madre sobre la Consejería nutricional del profesional de Enfermería en Prácticas de alimentación complementaria del niño de 3 a 5 años es de adecuada (76.5%).
2. Las prácticas de alimentación complementaria del niño de 3 a 5 años por las madres que acuden al Puesto de Salud Catalinayocc es correcta (88.2%).
3. La percepción de las madres sobre la Consejería Nutricional que se brinda en el Puesto de Salud Catalinayocc es “adecuada” y está asociada ( $p < 0.05$ ) a las “correctas” prácticas de alimentación que las madres brindan al menor de 3 a 5 años.
4. Las prácticas alimentarias de las madres de niños de 3 a 5 años del Puesto de Salud Catalinayocc son correctas y no están asociadas ( $p > 0.05$ ) a la edad de la madre.
5. Las prácticas alimentarias de las madres de niños de 3 a 5 años del Puesto de Salud Catalinayocc son correctas y si están asociadas ( $p < 0.05$ ) al grado de instrucción de la madre

## **RECOMENDACIONES**

- A los profesionales de Enfermería de los establecimientos del Primer Nivel de atención, realizar la evaluación de las prácticas de alimentación en los hogares de las madres, esto permitirán identificar de manera real las deficiencias y dificultades.
- A la Dirección Regional de Salud, promover las visitas domiciliarias por el equipo de salud con énfasis en la evaluación de las prácticas de alimentación complementaria, es allí el inicio de los riesgos de desnutrición y anemia.
- A las entidades formadoras en Enfermería, fortalecer la educación en salud para adultos en sus estudiantes teniendo en cuenta la interculturalidad, de esta manera se abordará de mejor manera los temas relacionados a la alimentación y nutrición.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Reyes H, (2004). "The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case-control study. *BMC Public Health*, 4, 57.
2. Instituto Nacional de Salud (2010). *Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materna infantil: documento técnico.* / Elaborado por Instituto Nacional de Salud. -- Lima: Instituto Nacional de Salud; Ministerio de Salud.
3. UNICEF. (1990). *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. Policy Review 1990–91.* New York, United Nations Children's Fund.
4. Caulfield LE, H. S., Piwoz EG (1999). Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6 to 12 months of age in developing countries: impact on growth and on The prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival. *Food and Nutrition (Bulletin.*, 20(2), 183, 200.
5. Cattaneo, A., & Buzzetti, R. (2001). Effect on rates of breast feeding of training for the baby" Friendly hospital initiative. *BMJ*, 7323-7325, 1358-1362
6. Curro, V., Lanni, R., Scipione, F., Grimaldi, V., & Mastroiacovo, P. (1997). Randomised Controlled trial assessing the effectiveness of "a"booklet on the duration of breast feeding. *Arch Dis Child*, 766, 500-503; Discussion 503-504.
7. Hill, Z (2005). *Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el Crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones* Washington, D.C. P: 23-36
8. Bhandari, N., Mazumder, S., Bahl, R., Martines, J., Black, R. E., & Bhan, M. K. (2005). Use of Multiple opportunities for improving feeding practices in

- under twos within child health programmes. *Health Policy Plan*, 20(5), 328-336.
9. Castro Sullca (2015). “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015”. Lima Perú.
  10. Huamán y Vera (2012). “Representaciones Sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años. Cerro de Pasco, 2012”. Universidad nacional Mayor de San Marcos. Perú.
  11. Zamora y Ramírez (2012). En la investigación: “Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad”. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
  12. Piscoche Torres (2012). Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
  13. ad. elsevier.es, Alimentación del Niño en edad preescolar y escolar. [sede web]. Perú: <http://ad.elsevier.es> – 2013 [acceso el 24 de abril del 2013]
  14. Pérez (2009) Modelo andragógico fundamentos. Serie Diálogos y perspectivas del desarrollo curricular. Universidad del Valle de México. México.
  15. Moroni, Jasón, (2005) “Manual de Psicología”; Editorial Morata; Barcelona, España
  16. Marini, Alcázar, Walker, “El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños”. Editorial GRADE. Lima 2011.

# ANEXOS

**ANEXO N° 1**  
**CUESTIONARIO**

Buen día, somos Licenciadas del Puesto de Salud Catalinayocc; venimos realizando el presente trabajo con la finalidad de tener información sobre las prácticas de alimentación de su menor hija (o). Le pedimos responder con veracidad aspectos que nos permitirá tener una valiosa información que contribuirá con la salud de nuestra comunidad.

**I) DATOS GENERALES**

Nombres y apellidos: .....

Edad de la madre: .....años.....

Grado de Instrucción: Sin Grado ( ) Prim. ( ) Sec. ( ) Sup. ( )

Número de Hijos: 1 ( ) 2 ( ) Mas de 2 ( )

Idioma: Quechua ( ) Castellano ( ) Quechua-Castellano ( )

Información sobre prácticas de alimentación complementaria: Si ( ) No ( )

En caso de Si: Personal de Salud ( ) Familiares ( ) Amistades ( )



## ANEXO N° 2

### ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIAS SOBRE CONSEJERIA NUTRICIONAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

GUÍA PARA EVALUAR DESEMPEÑO O HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL		
FECHA: _____ / _____ / _____		
TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____		
DATOS GENERALES		
DIRESA/GERESA:	RED:	
ESTABLECIMIENTO SALUD:		
ÁMBITO: 1 Urbana 2 Rural: 3: Urbano marginal		
EDAD:	GRUPO OCUPACIONAL 1. Profesional 2. Técnico Asistencial 3. Auxiliar	
¿FUE CAPACITADO EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL?	1. Si	2. No
¿QUIEN REALIZÓ LA CAPACITACIÓN EN LA CUAL PARTICIPÓ?		
1. DGSP 2. DGPS 3. CENAN 4. DIRESA 5. RED 6. MICRORED 7.		
¿HACE CUÁNTO TIEMPO RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN? 1. ≤ 1 año 2. >1 año 3. > 2 años 4. Más de 3 años		
INTERLOCUTOR:	EDAD:	
1. Padre 2. Madre 3. Gestante 4. Otros.....		
NOMBRE y APELLIDO DEL EVALUADOR:		
PROFESIÓN / CARGO:	INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE 1. DGSP 2. DGPS 3. CENAN 4. DIRESA 5. RED 6. MICRORED 7. OTROS.....	

ASPECTOS A EVALUAR EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL		
HABILIDADES COMUNICACIONALES TRANSVERSALES	Bueno (1)	Necesita mejorar (0)
a. hace que el usuario se sienta cómodo para entablar una comunicación adecuada.		
b. hace gestos o evidencia postura corporal que apoya su actitud y demuestra interés por el usuario.		
c. Demuestra actitud de escucha.		
d. Respeta, reconoce y elogia lo que hace bien, piensa y siente el usuario.		
e. Da mensajes claros, concretos, convincentes y suficientes.		
I. PRIMER MOMENTO: EXPLICACIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA		
1.1 Crea confianza y familiaridad para abrir la conversación.		
1.2 Utiliza la información de la historia clínica y la transmite con lenguaje sencillo.		
1.3 Ofrece argumentos y ejemplos que aseguren el interés por el tema a tratar.		
1.4 Se asegura de que la explicación ha sido clara.		
1.5 Verifica el cumplimiento de los acuerdos de la anterior cita.		
1.6 Analiza los factores de éxito.		

<b>II. SEGUNDO MOMENTO: ANÁLISIS DE FACTORES CAUSALES O RIESGOS</b>		
2.1. Analiza causas o riesgos potenciales relacionadas a la presencia de enfermedades.		
2.2. hace preguntas sobre los factores culturales en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres, etc.).		
2.3. hace preguntas sobre los factores económicos en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: actividad de los padres, ingresos, etc.).		
2.4. hace preguntas sobre los factores sociales en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: participación en programas sociales tales como el PIN, Vaso de Leche, etc.).		
2.5. Utiliza y registra correctamente en los formatos de la historia alimentaria.		
Evalúa si la niña o niño está recibiendo leche materna.		
Evalúa si la técnica de lactancia materna es adecuada.		
Evalúa si la frecuencia de lactancia materna es la adecuada.		
Evalúa si el niño o niña recibe leche no materna.		
Evalúa si la niña o niño recibe agüitas.		
Evalúa si la niña o niño recibe otro tipo de alimentos (principalmente niñas y niños < 6 meses).		
Evalúa la combinación diaria de alimentos.		
Evalúa la consistencia de las preparaciones.		
Evalúa la cantidad de la porción por comida principal (referencia = cucharadas, plato o ambos).		
Evalúa la frecuencia de alimentación diaria (cuántas veces come al día).		
Evalúa el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro.		
Evalúa el consumo diario de frutas y verduras (principalmente fuente de vitamina A y C).		
Evalúa la inclusión de grasa en la comida principal de la niña o niño.		
Evalúa si la niña o niño recibe alimento en su propio plato.		
Evalúa si añade sal yodada a la comida familiar.		
Evalúa si le dieron suplemento de hierro a la niña o niño, gestante, madre que da de lactar.		
Evalúa si le dieron suplemento de vitamina A.		
Evalúa consumo de menestras.		
2.6. Evalúa si el usuario tiene acceso a servicios básicos: agua y desagüe.		
2.7. hace preguntas que le permiten conocer y analizar con el usuario la situación y las posibilidades para llevar a cabo nuevos comportamientos propuestos o afianzar los existentes.		
2.8. Deja espacio para la reflexión.		
2.9. Utiliza la información del usuario para hacer el análisis.		
2.10. hace preguntas para que el usuario explique su situación y sus preocupaciones.		

<b>III. MOMENTO: BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN Y TOMA DE ACUERDOS</b>	<b>Bueno (1)</b>	<b>Necesita mejorar (0)</b>
3.1. Evalúa con el usuario lo que es práctico de hacer con el apoyo familiar.		
3.2. Busca y propone alternativas de solución junto con el usuario que respondan a la situación encontrada.		
3.3. Prioriza y brinda la cantidad de información que puede ser recordada y seguida (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada).		
3.4. Verifica el entendimiento de los acuerdos negociados (retroalimentación).		
3.5. Explica que son acuerdos (compromisos), y que no sólo son recomendaciones o mensajes		
3.6. Establece acuerdos (compromisos) concretos y factibles con el usuario.		
3.7. Establece acuerdos en función al análisis de la información dada por el usuario.		
<b>IV. CUARTO MOMENTO: REGISTRO DE ACUERDOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
4.1. Registra en la historia clínica los acuerdos (compromisos).		
4.2. Registra los acuerdos en una hoja para que el usuario se lo lleve por escrito.		
4.3. Motiva al usuario a ponerlos en práctica con el apoyo de su familia.		
<b>V. QUINTO MOMENTO: SEGUIMIENTO DE ACUERDOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
5.1. Realizó el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías.		
5.2. Concreta con el usuario la fecha para la próxima cita.		
5.3. Insiste en las ventajas del cumplimiento de los acuerdos tomados con el usuario antes de despedirse.		
<b>TOTAL</b>		

**Calificación:**

30 - 34 puntos: Consejería adecuada.

20 - 29 puntos: Consejería en proceso.

Menos de 20 puntos: Consejería inadecuada

*Fuente: Documento técnico: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materna infantil.*

**ANEXO N° 3****FICHA DE VERIFICACION DE PRACTICAS ALIMENTARIAS EN EL HOGAR**

Nombre y Apellido de la madre: \_\_\_\_\_

Edad del niño (a): \_\_\_\_ meses N° de visita \_\_\_\_\_

Tipo de comida a preparar: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

**Antes de la Preparación**

ACTIVIDAD	SI	NO
Lavado de manos		
Uso de accesorios (mandil)		
Uñas corta		

**Durante de la Preparación**

ACTIVIDAD	SI	NO
Lavado de utensilios		
Uso de accesorios (mandil)		

**Nombre del Plato:** \_\_\_\_\_**Tipo de alimento (ingredientes) utilizado:**

ALIMENTO	CARACTERISTICA	Adecuada	Inadecuada
Carne ( )	Consistencia	1	0
Hígado ( )	Calidad	1	0
Pescado ( )	Cantidad	1	0
_____	Frecuencia	1	0

ALIMENTO	CARACTERISTICA	Adecuada	Inadecuada
Chuño ( )	Consistencia	1	0
Papa ( )	Calidad	1	0
Oca ( )	Cantidad	1	0
Mashua ( )	Frecuencia	1	0
_____			

<b>ALIMENTO</b>	<b>CARACTERISTICA</b>	<b>Adecuada</b>	<b>Inadecuada</b>
Fruta de acuerdo a la estación: _____	Consistencia	1	0
	Calidad	1	0
	Cantidad	1	0
	Frecuencia	1	0

<b>ALIMENTO</b>	<b>CARACTERISTICA</b>	<b>Adecuada</b>	<b>Inadecuada</b>
Zapallo ( )	Consistencia	1	0
Zanahoria ( )	Calidad	1	0
Tomate ( )	Cantidad	1	0
Apio ( ) _____	Frecuencia	1	0

<b>ALIMENTO</b>	<b>CARACTERISTICA</b>	<b>Adecuada</b>	<b>Inadecuada</b>
Arroz ( )	Consistencia	1	0
Quinoa ( )	Calidad	1	0
Trigo ( )	Cantidad	1	0
Fideos ( ) _____	Frecuencia	1	0

<b>ALIMENTO</b>	<b>CARACTERISTICA</b>	<b>Adecuada</b>	<b>Inadecuada</b>
Leche Ev. ( )	Consistencia	1	0
Leche Fre. ( )	Calidad	1	0
Queso Fre. ( )	Cantidad	1	0
Huevo ( ) _____	Frecuencia	1	0

Calificación:

15 - 20 puntos: Practicas alimentarias correctas

< de 15 puntos: Practicas alimentarias incorrectas

*Fuente: Ficha elaborada por las investigadoras*