

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**EFFECTO DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES
DEMOSTRATIVAS EN EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LAS
MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 – 36 MESES, ATENDIDOS
EN EL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE SOCOS, AYACUCHO
2013.**

**Tesis para optar el título profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

Bach. HUAMÁN MENDOZA, Jackelyn Mavel

Bach. DE LA CRUZ PONTE, Denisse

AYACUCHO- PERU

2013

DEDICATORIA

*A DIOS por permitirme ser lo que soy y por darme la vida y fortaleza de seguir adelante.
A mis padres con mucho amor y gratitud
A mi bebé Luis Enrique, la razón de existir
A mis profesores que se dedican a esta abnegada labor de la enseñanza*

Jackelyn

Primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, a mi madre por brindarme su amor, dedicación, paciencia, comprensión, lo necesario para seguir adelante.

A mi pequeño Juan Diego, por ser el motivo de superación día a día para el logro de mis objetivos.

Denisse

A nuestros maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por su apoyo ofrecido en este trabajo, por habernos transmitido los conocimientos obtenidos y habernos llevado pasó a paso en el aprendizaje.

Jackelyn y Denisse

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ponernos en este mundo, por bendecirnos y darnos el valor, el amor, la fe para creer en las personas que Dios ha puesto en nuestro camino.

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, alma mater, que en sus aulas nos forjamos como enfermeras.

A la Facultad de Enfermería, que durante estos años formó en nosotros a los profesionales de hoy y del mañana.

A nuestra Asesora, por conducirnos en la ejecución de nuestra tesis desinteresadamente.

Al Centro de Salud Socos y su equipo de Salud, por las facilidades para aplicar los instrumentos.

A las madres, por su comprensión y colaboración en la aplicación de los instrumentos.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en el desarrollo de la presente investigación.

SUMARIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....1

CAPITULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA.....9

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS... ..54

CAPITULO III

RESULTADOS.....58

CAPITULO IV:

DISCUSIÓN.....71

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

EFFECTO DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS EN EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 – 36 MESES, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE SOCOS, AYACUCHO 2013.

Autoras:
HUAMÁN MENDOZA, Jackelyn Mavel¹
DE LA CRUZ PONTE, Denisse²

RESUMEN:

Objetivo: Determinar el efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas en el conocimiento y práctica de las madres de niños desnutridos de 06 – 36 meses, atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho, 2013. **Material y Métodos:** Investigación Cuantitativa, Aplicativa, Descriptiva y Transversal, con una muestra de 34 madres de niños de 06 a 36 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho, 2013. **Resultados:** antes de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas, el 100,0% de madres tenían conocimientos regulares, asimismo, 76,5% de madres tenían una práctica de alimentación infantil en proceso y 23,5% una práctica de alimentación infantil inadecuada. Después de la Consejería Nutricional más Sesiones Demostrativas: 82,4% alcanzaron conocimientos buenos y 17% continuaron con sus conocimientos regulares, en la práctica, el 52,9% presentaba una práctica de alimentación infantil en proceso y 47,1% mejoraron su práctica adecuada sobre alimentación infantil. **Conclusiones:** La aplicación de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas, tiene un efecto positivo en el conocimiento y práctica sobre alimentación infantil en las madres de niños con desnutrición de 06 a 36 meses de edad que fueron atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho 2013.

Palabras clave: Consejería Nutricional más Sesiones Demostrativas – Alimentación infantil.

¹ Bachiller en Ciencias de Enfermería – Email jackelyn106@hotmail.com

² Bachiller en Ciencias de Enfermería – Email taty_409@hotmail.com

EFFECT OF NUTRITIONAL COUNSELING SESSIONS DEMONSTRATIVE KNOWLEDGE AND PRACTICE OF MOTHERS OF MALNOURISHED CHILDREN 06-36 MONTHS SERVED IN THE MIDDLE DISTRICT HEALTH SOUKS, AYACUCHO 2013.

Authors:

HUAMÁN MENDOZA, Jackelyn Mavel

PONTE DE LA CRUZ, Denisse

SUMMARY:

Objective: To determine the effect of nutritional counseling and demonstration sessions in the knowledge and practice of mothers of malnourished children 06-36 months seen at the Health Center District Socos, Ayacucho, 2013. **Material and Methods:** Quantitative Research, Applicative, Descriptive and Cross, with a sample of 34 mothers of children 06-36 months of age, treated at the Health Center Socos district, Ayacucho, 2013. **Results:** before and Nutrition Counseling Demonstration Sessions, 100.0% of mothers had regular knowledge also 76.5% of mothers had an infant feeding practices in process and 23.5 % inadequate practice of infant feeding. After more Nutritional Counseling Demonstration Sessions: 82.4 % achieved good knowledge and 17 / % continued their regular knowledge in practice, 52.9 % had an infant feeding practice in process and 47.1 % improved their appropriate infant feeding practice. **Conclusions:** The application of Nutritional Counseling and Demonstration Sessions, has a positive effect on knowledge and practice of infant feeding among mothers of children with malnutrition 06 a36 months who were treated at the health center district Socos, Ayacucho 2013.

Keywords: Nutrition Counseling Demonstration Sessions more - Baby food.

¹Bachelor of Science in Nursing - Email jackelyn106@hotmail.com

²Bachelor of Science in Nursing - Email taty_409@hotmail.com

INTRODUCCION

La problemática en nuestro país sobre todo en la edad infantil es fundamentalmente nutricional, el cual esta expresada principalmente por problemas de desnutrición crónica y anemia en menores de tres años, el cual es resultado de múltiples causas, encontrándose entre ellas las inadecuadas prácticas en la nutrición del niño, gestante o mujer que amamanta, frente a esta problemática la consejería nutricional y sesiones demostrativas cumplen funciones determinantes como ejes para la solución de los problemas nutricionales en el individuo, mediante un conjunto de actividades que propician la adopción de prácticas y actitudes saludables en alimentación y nutrición.

En el mundo, alrededor de 178 millones de niños tienen una estatura baja para la edad según los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y ese retraso del crecimiento es un indicador básico de la malnutrición crónica. Cuando el crecimiento se ralentiza, el desarrollo cerebral se rezaga, por lo

que los niños con retraso del crecimiento tienen más probabilidades de presentar problemas de aprendizaje.⁽¹⁾

La mala nutrición por defecto en la región de las Américas continúa siendo un problema serio para la salud pública, y es la deficiencia nutricional la de mayor importancia en la población infantil, el cual aparece en cualquier edad, pero más frecuentemente en la primera infancia, período en el que contribuye a los elevados índices de morbilidad y mortalidad infantil. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de un millón de niños nacen con bajo peso, 6 millones de menores de 5 años presentan un déficit grave de peso, como resultado de la interacción entre la desnutrición y una amplia gama de factores.⁽²⁾

En el Perú, 7.8 millones de peruanos aún se encuentran en pobreza que sigue afectando a la población en los problemas de salud, con mayor incidencia en la edad infantil, presentándose entre los mayores problemas la desnutrición crónica que sigue un mismo patrón geográfico; donde el 35% de niños está desnutrido; en la sierra se presentó el mayor porcentaje de desnutrición crónica con 27,6% donde la situación de pobreza es mucho más marcada⁽³⁾. En el departamento de Ayacucho se estimó que la prevalencia va desde 29.5% a 34.5%, alcanzando en promedio 32.0%; es decir que de cada 100 niños menores de 36 meses de edad, 32 presentan desnutrición crónica. Así como el 10% del total de niños padecen de desnutrición aguda (4.4%) y global (7.7%). Entre los distritos de la provincia de Huamanga se encontró que la más alta prevalencia de desnutrición

crónica de niños menores de tres años, se encuentra en el distrito de Salvador de Quije y en la población en estudio el cual es el distrito de Socos se encuentra un 45% de desnutrición en niños menores de 3 años. ⁽⁴⁾

Frente a esta realidad problemática, el Gobierno establece la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable, refrendado en la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, el cual tiene como finalidad contribuir en la mejora del estado nutricional de la población a partir de intervenciones efectivas y articuladas en los diferentes niveles de gobierno en salud; aprobándose en el documento técnico de Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable. ⁽⁵⁾

En el marco de las intervenciones preventivas a nivel primario, establecidas Según NTS N.° 063-MINSA/DGSP-V.01 en el Listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas que para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal, se elaboró el presente documento con Resolución Ministerial 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil". Cuyo propósito es contribuir cualitativamente al desempeño del personal de salud (profesionales y técnicos) para orientar a las familias sobre el bienestar nutricional del niño menor de tres años. ⁽⁶⁾

Considerando que la consejería nutricional es un medio para promover prácticas que favorecen un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación y como medio de prevención de alteraciones tempranas, donde se hace uso del proceso de comunicación

que es una forma de relación interpersonal y el contacto cara a cara que son expresiones importantes cuando se trata de relacionar de manera eficaz.

Según la resolución ministerial emitida el 17 de marzo del 2008 por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Establece el listado de intervenciones garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil en el menor de 5 años con énfasis en el menor de 3 años., a fin que sea desarrollado por los establecimientos de salud a nivel nacional, prioritariamente las que se ubiquen en los ámbitos donde se desarrolla la ESTRATEGIA CRECER, en este conjunto de intervenciones sanitarias incluyen actividades de prevención primaria (educación), donde se detalla acciones comunitarias y dentro de ella las sesiones demostrativas que son metodologías educativas de enseñanza y aprendizaje, la misma que se brinda a la madre, padre, familia y público en general, con el fin de fortalecer las prácticas saludables de nutrición y/o mejorarlas, según sus necesidades, adecuándolas a la realidad y cultura local, fortaleciendo los conceptos impartidos en la consejería nutricional, donde los participantes aprenden haciendo.⁽⁷⁾

La Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas está estructurada exclusivamente para contribuir en el mejoramiento de la salud materna y neonatal, la disminución de la desnutrición crónica infantil y el mantenimiento de un buen estado de salud de las madres gestantes y que dan de lactar, y niñas y niños menores de tres años mediante intervenciones preventivo-promocionales de alimentación y nutrición en el marco de la atención integral y para potenciar los conocimientos y prácticas de alimentación infantil en las

madres de niños con desnutrición; durante nuestra experiencia en las practicas comunitarias de pregrado, hemos podido observar que las madres de los niños atendidos en el centro de salud de socos, no conocen ni practican buenos hábitos sobre nutrición en la alimentación de sus niños; así mismo, se ha observado que el profesional de enfermería cumple con realizar consejería nutricional y sus respectivas sesiones de demostración, pero todo ello sin tener en consideración aspectos como el tiempo establecido en la norma técnica, grado de instrucción de las madres, falta de persistencia de las sesiones demostrativas, accesibilidad a los alimentos, teniendo como consecuencia un programa deficiente para la prevención y recuperación de la desnutrición en los niños menores de 3 años. Además de la falta de monitoreo y supervisión incrementa su deficiencia conllevando a la prevalencia de la desnutrición en niños.

La mayor parte de los sistemas de información estadística de los países aportan datos sobre el número de consejerías, sesiones demostrativas realizadas y de la población beneficiaria, con lo cual se puede determinar cobertura (población atendida/población beneficiaria) y concentración de actividades (número promedio de controles por beneficiario/año). Sin embargo existe un limitado número de estudios que analicen como se desarrolla esta actividad, carencia de información sobre el grado de cumplimientos de las diferentes actividades definidas en las normas, menos sobre su calidad y prácticamente ninguno que evalúe en forma independiente el conocimiento y práctica de las madres, lo que

consideramos de suma importancia para el cumplimiento de los objetivos planteados de la Consejería Nutricional y sesiones demostrativas.

Estas referencias señaladas y la observación concomitante, motivaron la realización de la presente investigación titulada: EFECTO DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS EN EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 – 36 MESES, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE SOCOS, AYACUCHO, 2013. Para lo cual se plantearon los siguientes objetivos:

General: Determinar el efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas en el conocimiento y práctica de las madres de niños desnutridos de 06 – 36 meses, atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho, 2013; los objetivos específicos propuestos fueron:

- Identificar el Conocimiento sobre nutrición infantil antes de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas en madres de niños desnutridos de 06 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho, 2013.
- Identificar el Conocimiento sobre nutrición infantil después de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas en madres de niños desnutridos de 06 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho, 2013.
- Identificar la Práctica sobre nutrición infantil antes de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas en madres de niños

desnutridos de 06 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho, 2013.

- Identificar la Práctica sobre nutrición infantil después de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas en madres de niños desnutridos de 06 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho, 2013.
- Establecer la efectividad de la Consejería Nutricional y Sesiones demostrativas en el conocimiento y práctica sobre nutrición infantil en las madres de niños desnutridos de 06 – 36 meses, atendidos en el Centro de Salud del distrito de Socos, Ayacucho, 2013.

La Hipótesis de investigación propuesta fue que la Consejería Nutricional y sesiones demostrativas tienen efecto positivo en el conocimiento y práctica de las madres de niños desnutridos de 06 – 36 meses, atendidos en el centro de salud del distrito de Socos, Ayacucho 2013; la hipótesis nula fue La Consejería Nutricional y sesiones demostrativas no tienen efecto positivo en el conocimiento y la práctica de las madres de niños desnutridos de 06 – 36 meses, atendidos en el centro de salud del distrito de Socos, Ayacucho 2013.

El diseño metodológico utilizado fue de enfoque Cuantitativo de tipo Aplicativo, de nivel cuasi-experimental. Transversal, prospectivo; la población estuvo conformada la totalidad de madres de niños con desnutrición aguda de 6 a 36 meses, atendidos en el Centro de Salud de Socos, la muestra fue de 34 madres de niños con desnutrición aguda.

Los resultados encontrados durante la investigación respecto al *conocimiento* de las madres sobre alimentación infantil fueron, que del 100% (34) de madres de niños de 06 – 36 meses de edad con desnutrición, antes de la consejería nutricional y las sesiones demostrativas, la totalidad 100% tenía un nivel de conocimiento regular y después, el 82,4% de madres alcanzaron un nivel de conocimiento bueno sobre alimentación infantil. Respecto a la *práctica* de las madres sobre nutrición infantil los resultados obtenidos antes de la consejería y sesión demostrativa 76,5% de madres tenía una práctica de alimentación infantil en proceso y 23,5% práctica inadecuada, visto de modo global, se evidencia que después de la aplicación de la consejería nutricional y sesión demostrativa, el 52,9% presentaba una práctica de alimentación infantil en proceso y 47,1% presento una práctica adecuada sobre alimentación infantil; concluyéndose que la Consejería Nutricional más Sesiones Demostrativas fueron efectivas en la optimización de los conocimientos y la práctica en madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición que acudieron al Centro de Salud Socos. Ayacucho, 2013.

El presente estudio consta de cuatro capítulos: Introducción, Revisión de la Literatura, Materiales y métodos, Resultados y Discusión y Las conclusiones y Recomendaciones.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Durante la revisión de la literatura no se encontraron trabajos similares, por lo que citamos algunos relacionados con el tema:

En la investigación titulada "Evaluación del impacto de una intervención alimentario nutricional en niños chilenos con malnutrición por déficit" ⁽⁸⁾, planteándose, entre otros, el objetivo: Evaluar el efecto de esta intervención en la evolución de los indicadores antropométricos y estado nutricional de menores de 6 años en riesgo y desnutridos. Mediante un estudio de Cohorte con e 1576 niños ingresados al programa 6 meses atrás en 300 establecimientos de atención primaria. Análisis de la evolución de la relación peso-edad, talla-edad y peso-talla entre el ingreso y los 6 meses, en función del diagnóstico inicial y la edad. Regresiones logísticas multivariadas

para determinar los factores asociados a una mejor evolución nutricional, encontraron los siguientes Resultados: 1. El 80% de la muestra presentaba riesgo nutricional y el resto desnutrición. 2. El 44 al 69% de los niños desnutridos mejoró parcialmente o normalizó su estado nutricional según los diferentes indicadores ($p < 0,001$). El factor más determinante de una mejor evolución fue un mayor déficit nutricional inicial (OR 4,4 IC 3,2-6,1 $p < 0,001$, para la relación peso-edad), finalmente arribaron a la siguiente conclusión: El programa tiene un efecto positivo en la recuperación de los niños con desnutrición y evita un mayor deterioro nutricional en los niños en riesgo.

El estudio titulado: "Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima 2008" ⁽⁹⁾; tiene como objetivo determinar la efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi-experimental de un solo diseño; la muestra estuvo conformada por 39 madres, obtenida mediante muestreo no probabilístico de tipo Intencionado. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario y como técnica la encuesta, el cual fue aplicado antes y después de las sesiones demostrativas durante los meses de noviembre – diciembre del 2008. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre la prevención de anemia ferropénica, antes de la aplicación

de la sesión demostrativa fue de nivel medio predominantemente con 53.80%, seguido del 23.1% con conocimiento bajo. Con respecto a las madres que presentaron nivel de conocimiento medio, mostraron una modificación considerable en la evaluación posterior, encontrándose que 19 (90.5%) incrementaron sus conocimientos pasando a presentar un nivel de conocimiento alto y sólo 2 (9.5%) se mantuvo con la estimación inicial. Las madres que inicialmente presentaron nivel de conocimiento bajo, también mostraron variaciones en la evaluación posterior a la aplicación de la sesión demostrativa; encontrándose que 8 (88.9%) incrementaron sus conocimientos a un nivel de conocimiento alto, y sólo 1 (11.1%) pasó a conocimiento medio. Visto de modo global, se evidencia que después de la aplicación de la sesión demostrativa, el 92.3 % de las madres presenta nivel de conocimiento alto y sólo el 7.7% conocimiento medio; siendo estos resultados altamente significativos, el cual fue demostrado a través de la prueba t de student, Obteniéndose un tcalc: 10.98, con un nivel de significancia de : 0.05 por lo que se acepta la hipótesis de estudio comprobando así la efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos.

La investigación titulada: Efecto de la consejería nutricional con sesiones demostrativas en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años atendidos en el CLAS Luricocha, agosto 2008-marzo 2009, Huanta-Ayacucho, 2009⁽¹⁰⁾. **Objetivo:** Determinar el efecto de la consejería nutricional con sesiones demostrativas en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años atendidos en el CLAS

Luricocha. **Material y Métodos:** Estudio Cuantitativo, de tipo aplicativo, de nivel descriptivo, de corte transversal, se realizó con una muestra de 65 infantes menores de 3 años de edad atendidos en el centro de Salud CLAS Del Distrito de Luricocha 2008-2009. **Resultados:** 1. La recomendaciones específicas sobre consumo de alimentos para crecer es efectiva en la prevención de la desnutrición. 2. Las prácticas de alimentación inadecuadas durante los primeros dos años de vida tienen consecuencias negativas inmediatas. 3. No se logró una ganancia de peso esperada en todos los casos, como consecuencia de ciertos hábitos alimentarios ya arraigados, a ello se sumó la primacía de las madres con baja escolaridad, desvinculación laboral, así como ingreso familiar y nivel de instrucción inadecuados. **Conclusiones:** Se ha determinado que la consejería nutricional más sesiones demostrativas es efectiva en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años atendidos en el CLAS Luricocha.

2.2. BASE TEÓRICA

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA

El conocimiento puede ser analizado desde diferente puntos de vista; así que en pedagogía el conocimiento es denominado como el tipo de experiencia que contienen una representación de un suceso ya vivido, también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se clasifica en conocimiento sensorial, frente a la percepción de hechos externos. Conocimiento intelectual, que tiene como origen las

concepciones aisladas y de hechos causales de ellos. Mario Bunge ⁽¹¹⁾: Define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados; que pueden ser claros precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto, en base a ello tipifica el conocimiento en: conocimiento científico y Ordinario o vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y el conocimiento vulgar como conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación .

Desde el punto de vista filosófico, Salazar Bondy , define el conocimiento: En primer lugar como un acto, y segundo como un contenido; dice del conocimiento como acto, que es la aprehensión de una cosa, una propiedad hecho u objeto, por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivas pueden independizarse del sujeto gracias al lenguaje, tanto para sí mismas, como para otros sujetos. Distingue además dos niveles de conocimiento, conocimiento vulgar, es aquel que es adquirido y usado esporádicamente, conocimiento científico, aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzo y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, sistemático, explicativo, analítico y objetivos es apoyado en la experiencia y el

conocimiento científico de nivel superior, eminentemente problemático y crítico incondicionado y al alcance universal, este conocimiento esclarece el trabajo de la ciencia.⁽¹²⁾

Sobre el conocimiento Kant, afirma que está determinado por la intuición sensible y los conceptos; distinguiéndose 2 tipos de conocimientos, el puro y el empírico. El primero se desarrolla antes de la experiencia y el segundo después de la experiencia. El conocimiento es un conjunto de ideas, los mismos que pueden ser ordenados; siendo importante considerar que todos tenemos conocimientos; el cual puede ser vago e inexacto pero que se vuelve racional y verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual.⁽¹³⁾

LA PRÁCTICA: cualquiera sea su definición, se le maneja como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimientos, sea este; científico o vulgar; es necesario en primera instancia un primer acercamiento, contacto directo mediante el uso de sentidos y conducta psicomotriz es decir el experimento, no puede haber práctica de tal o cual conocimiento si antes no se obtienen la experiencia. Esta es evaluada objetivamente mediante la observación de las habilidades psicomotrices del sujeto, independientemente es evaluada por conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de los objetivos⁽¹²⁾.

Desde el punto de vista filosófico la experiencia presenta una serie de problemas propios de la filosofía sobre su naturaleza; sin embargo, no se duda de su existencia en la adquisición del conocimiento.

Cuando Mario Bunge nos habla del conocimiento científico nos dice: "Que una de sus características es que sus enunciados tienen la facultad de ser verificables con la experiencia y que sólo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a ciertos hechos materiales es adecuado o no" ⁽¹¹⁾. Además agrega que la experiencia le ha enseñado a la humanidad que el conocimiento del hecho no es convencional, que si se busca la comprensión y el control de los hechos debe partirse de la experiencia de cada uno. De lo cual se deduce que la práctica es el ejercicio de un conjunto de destrezas y/o habilidades adquiridas por medio de la experiencia; lo cual puede ser valorada a través de la observación o puede ser referida y/o expresada a través del lenguaje.

CONSEJERIA

La consejería 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. ⁽¹⁴⁾

CONSEJERIA NUTRICIONAL CON SESIONES DEMOSTRATIVAS ⁽⁶⁾

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.

Definición Operacional: La consejería nutricional es una actividad por la que se proporciona información específica y necesaria ajustada a la realidad local, para que la madre tome sus propias decisiones de manera informada sobre su alimentación y nutrición de los niños. Tiene que cumplir los cinco pasos de la consejería.

Las acciones de consejería son más eficaces en grupos reducidos, al dirigirse hacia el cambio de la conducta individual de personas que intentan cambiar factores de riesgo específicos.

La educación de los pacientes y la consejería acompañada de monitoreo y mecanismos facilitadores de la comunicación, contribuyen a los cambios de conducta y favorecen la prevención primaria de enfermedades,

de hábitos de riesgo y problemas nutricionales. El conocimiento acerca de la nutrición también es señalado como factor predictor significativo en nutrición y el cambio de conducta.

PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL ⁽⁶⁾

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 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.

SECUENCIA DE LA SESIÓN DE CONSEJERÍA ⁽⁶⁾

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).

Como cualquier acto comunicativo, la consejería tiene una función relacional, que genera siempre un resultado en la medida en que modifica para bien o para mal, mi relación con el otro. Este resultado puede generar situaciones de colaboración o de resistencia. En ese sentido, como todo acto comunicativo, tiene una secuencia de entrada y de cierre:

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 de la Historia Clínica, 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.

Al momento de realizar las preguntas, el personal de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

Las preguntas abiertas son muy útiles, usualmente comienzan con "¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?". Por ejemplo: "¿Cómo está usted alimentando a su bebé?". Las preguntas cerradas usualmente son menos útiles, sin embargo, a veces es conveniente hacer uso de una pregunta cerrada para tener certeza de un hecho; por ejemplo: "¿Le está dando usted alguna "vitamina" (suplemento de hierro) otro alimento o bebida", si la madre dice "sí", se puede continuar con una pregunta abierta para indagar algo más: "¿Cómo le está dando?" o "¿Cómo le está yendo con la "vitamina"?".

Escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a la información que puede ayudar a entender la situación e identificar los factores (alimentarios, sociales, culturales, entre otros) más importantes. Si las respuestas no son claras, abordar la situación con otras palabras y preguntas más sencillas. Por ejemplo; si la madre de un niño que no ha ganado peso adecuadamente dice que le ofrece una porción "grande" de alimento, usted podría preguntar: "Cuando termina de comer su niño, ¿él quiere más comida o se queda satisfecho?".

Es importante que, mientras el usuario responde el personal de salud no lo interrumpa, no opine, ni haga comentarios, motivándolo a preguntar cuantas veces sea necesario. Muestre empatía (ponerse en posición del usuario y mirar las cosas desde su punto de vista) y evitar gestos o palabras que suenen como si el usuario estuviera siendo juzgado.

Asimismo, es importante identificar el contexto social y cultural del usuario, respetando sus valores y patrones.

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, la decisión sobre cuáles alternativas son más convenientes debe ser tomada finalmente por ellos, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades.

Los acuerdos negociados con la gestante, madre, padre y cuidadores, deben ser concretos y factibles de realizar hasta la próxima cita, por ejemplo: aumentar una comida diaria en la mañana, darle comidas espesas, etc.

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.

Si no se realiza el seguimiento a los acuerdos, se habrá perdido todo el esfuerzo y la oportunidad de promover prácticas alimentarias adecuadas y prevenir a tiempo cualquier problema identificado en el período de gestación o el crecimiento y desarrollo de la niña o niño. Toda consejería nutricional debe considerar los cinco momentos presentados en este documento.

SESIÓN DEMOSTRATIVA ⁽¹⁵⁾

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.

IMPORTANCIA DE LA SESION DEMOSTRATIVA

Es importante porque nos ayuda a:

- Revalorar y promover el uso de los productos nutritivos de la zona.

- Conocer las ventajas de una adecuada combinación de alimentos.
- Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas.
- Conocer la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y la anemia.
- Mejorar nuestras prácticas de alimentación y nutrición para tener una mejor calidad de vida y de salud.
- Reconocer las necesidades nutricionales de niños y niñas menores de tres años.
- Adoptar buenas prácticas en higiene y manipulación adecuada de los alimentos.

Además promueve:

- La participación activa de todas y todos los asistentes.
- El compromiso para hacer cambios en la alimentación familiar, valorando las costumbres locales.
- La importancia de criar animales menores y de tener biohuertos familiares para contribuir a mejorar las prácticas de alimentación y nutrición. El involucramiento directo de los docentes y alumnos para el cambio de conductas y hábitos de alimentación a futuro.

PASOS PARA UNA SESIÓN DEMOSTRATIVA

ANTES DE UNA SESION DEMOSTRATIVA

- 1. 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.

Te presentamos tres sesiones demostrativas que puedes replicar o adaptar a tus necesidades.

Proponemos tres con el objeto de dosificar la información y que ésta sea procesada de mejor manera. Hemos tratado de diseñar sesiones dinámicas, con uso de material de apoyo que refuerce los aprendizajes de las madres participantes y que puedas conseguir y elaborar fácilmente.

Los temas y títulos propuestos para estas sesiones son los siguientes:

Sesión 1: Alimentación de la madre gestante y en periodo de lactancia.

“La mamá en espera y el niño menor de seis meses”

Sesión 2: Alimentación del niño de 6 a 8 meses.

“El niño que empieza a comer”

Sesión 3: Alimentación del niño de 9 a 24 meses.

“Todo sobre la alimentación del niño”

- **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; ensaya las dinámicas que lo

requieran; define bien cada momento de tu trabajo para que este fluya de mejor manera y revisa tus fundamentos teóricos para tenerlos frescos en el momento de la sesión.

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 de las participantes y que tengas un calendario con las actividades de la comunidad y del centro de salud para que no haya interferencias.

- **Recursos:** Prepara el material que sea necesario, como útiles de escritorio, material educativo, compra de alimentos, personal, movilidad, etc.

2. 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.
- Cocción previa de los alimentos.

Recuerda que siempre debes contar con:

- Alimentos de origen animal: carnes, productos lácteos y derivados como el huevo y otros.
- Aceite, azúcar y sal yodada (indispensable)
- Leguminosas
- Cereales
- Tubérculos
- Verduras
- Frutas

De estos cinco últimos, debes contar por lo menos con dos alimentos distintos, los de mayor consumo en la zona. Recuerda usar los alimentos que tienen las familias en las chacras y huertas, así como los que reciben de los programas de apoyo social. Es importante que estos sean utilizados de la mejor manera posible.

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 cañito, colocándolo junto a una batea.

3. 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.

Si bien las madres son nuestro objetivo, los padres pueden cumplir un rol determinante de reforzadores en la familia y es necesario motivar su participación. Asimismo, invitar a las autoridades para que se involucren ha dado buenos resultados. Recuerda el tipo de organización de la comunidad y la fortaleza que nos da el que las autoridades apoyen en la vigilancia del cambio de comportamientos.

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.

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. Recoge 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. Cuéntales, por ejemplo, “el caso de una señora en otra comunidad que...”. Será siempre un recurso interesante y efectivo.

Si has pensado en material educativo para apoyar tu trabajo, debes tener presente el bajo nivel lector de las madres de tu zona de intervención, por tanto, trata de no utilizar material escrito. Puedes complementar tu trabajo con afiches, rotafolios, láminas, etc. y puedes pedir que produzcan dibujos en lugar de textos.

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 la mujer gestante y niños menores de tres años, teniendo en cuenta la edad, la

combinación, consistencia, cantidad y calidad. Finalmente se probará la comida para constatar que realmente sea agradable.

Durante la preparación de los alimentos debes tener en cuenta lo siguiente:

- **Conformación de grupos:** Es más productivo trabajar en grupos pequeños
- **Medidas de higiene:** 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. ANEXO 07.

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. Resalta que las preparaciones deben contener los alimentos necesarios, y no todos los que se encuentren en la mesa.

- **Degustación:** Finalmente se realizará la degustación de cada uno de los platos elaborados. Es importante y necesaria para que las participantes experimenten los sabores de los alimentos que han preparado y observes su rechazo o aceptación.

DESPUÉS DE UNA 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.

Tiene tres momentos:

La evaluación a los participantes sobre los contenidos y mensajes, aquí verificarás si los conocimientos impartidos fueron claros y comprendidos. Puedes hacerlo cuando los subgrupos hayan terminado de preparar sus platos. Cada grupo debe presentar su trabajo y explicar brevemente los pasos que siguió y las razones que tuvieron para hacerlo.

Es importante que preguntes al resto del grupo si le parece correcto lo que hicieron sus compañeras y, si hubiera algún error u omisión, pedirles a ellas mismas que lo encuentren. Tú debes ser la última persona en dar opinión y sólo si percibes que las participantes no tienen la respuesta.

Si estás compartiendo el rol de facilitador/a con otro compañero/a, será importante que uno de ustedes tome nota de los puntos que generaron duda o error para reforzar la idea antes de terminar y retomarla en sesiones posteriores.

La evaluación de los participantes sobre el desarrollo de la sesión, en este momento evaluarás el grado de satisfacción de las participantes Sobre el desarrollo de la sesión en general: los contenidos, la metodología, tu

conducción y la organización. Puedes utilizar diferentes dinámicas o juegos y será muy útil también recoger sugerencias.

En las sesiones desarrolladas te proponemos contar con un espacio en el que coloques dos imágenes: una con un dibujo de ti mismo, como facilitador/a, y otra con una imagen que simbolice la sesión en general y sus contenidos (el registro, el lavado de manos, la preparación de alimentos, etc.). Por medio de tarjetas de colores, las madres evaluarán ambas cosas. Haz de la evaluación una estrategia de apoyo a tu trabajo. Muestra apertura, escucha y adopta una actitud autocrítica para los resultados tanto negativos como positivos. Refuerza los últimos y esfuérate por modificar los primeros.

COMPROMISO Y SEGUIMIENTO

Una vez culminada la sesión, se establecen compromisos de ambas partes.

Las participantes: 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.

EJES TRANSVERSALES

Hemos llamado así a dos temas que deben estar presentes en todas y cada una de las sesiones demostrativas que realices. Su importancia se debe a que en torno al conocimiento y práctica de ambas, gira gran parte de lo que buscamos alcanzar en términos de buenas prácticas:

- a) Higiene.
- b) Grupos de alimentos y la importancia de su combinación.
- c) Desnutrición infantil
- d) Anemia

HIGIENE

La mayor incidencia de enfermedades diarreicas en niños y niñas, se presentan entre los 6 y 22 meses de edad debido a malas prácticas de higiene durante el cuidado y la alimentación del niño. Esta es la razón por la que resulta tan importante tratar el tema de manera permanente al iniciar la preparación de alimentos en cada sesión:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes de la preparación de los alimentos y antes de dar de comer al niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño/a que ha defecado.
- Mantener limpias las manos y cara del niño.
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos, especialmente el plato del niño/a antes de servirle los alimentos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros, libres de polvo, insectos, roedores y otros animales, para evitar su contaminación.

- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de comida que el niño deja en el plato, no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente.

GRUPOS DE ALIMENTOS Y LA IMPORTANCIA DE SU COMBINACIÓN.

Ningún alimento por sí solo proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere. Por esta razón, el niño o niña debe comer preparaciones balanceadas, combinando los tres grupos de alimentos de acuerdo a la función que cumplen en el organismo:

1. CRECIMIENTO (PROTEINAS)

Son los alimentos que aportan mayor cantidad de proteínas (los que ayudan a crecer). Dentro de este grupo tenemos:

Alimentos de origen animal, en especial la sangrecita, bazo, hígado, carnes, aves, pescados, vísceras, que ofrecen alto contenido de hierro.

Huevo, leche y derivados.

Alimentos de origen vegetal, entre los que tenemos las leguminosas y principalmente las menestras: tarwi, lentejas, frijoles, arvejas, habas, entre otros. Por su bajo costo y por ser fuente de proteínas, se sugiere el consumo de menestras por lo menos tres veces por semana.

Recordemos que las frutas y verduras que contienen vitamina C, además de reforzar nuestras defensas, favorecen la absorción de hierro proveniente de los cereales, hortalizas y leguminosas.

2. FUERZA (carbohidratos)

Son los alimentos que aportan mayor cantidad de carbohidratos (los que dan energía). En este grupo están los cereales, tubérculos, azúcar y grasas.

Cereales, como el trigo, la cebada, quinua, maíz, kiwicha, entre otros.

Tubérculos, como la papa, olluco, camote, yuca, oca, entre otros.

Azúcares: miel, chancaca, entre otros.

Grasas: aceite, margarina, entre otros. Las grasas aportan más del doble de calorías que los demás alimentos, por ello la importancia de agregar una cucharadita de aceite en la comida principal del niño.

3. PROTECTORES (vitaminas y minerales)

Las vitaminas tienen como función la protección de enfermedades.

Las vitaminas encontramos en todas las frutas y verduras, en especial las de color verde oscuro y color amarillo o anaranjado.

Verduras, como la sachá acelga, atajo, yuyo, berro, habas, cebolla, calabaza, lechuga, repollo, coliflor, sachá colis, entre otros.

Frutas, como la pera, ciruela, capulí, tumbo, papaya nativa, aguaymanto, sauco, pepino, sachá tomate, níspero, entre otros.

Por las condiciones de anemia en la que se encuentran nuestros niños, niñas y madres, deberemos insistir en el consumo de alimentos de origen animal de manera permanente. Como sabes, a partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro, así como de zinc y calcio, deben de ser cubiertas con la alimentación complementaria, debido a que a esta edad se produce un balance negativo, especialmente de hierro.

Dadas las pequeñas cantidades de alimento que las niñas y niños consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tiene que ser alta. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos, no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir –lo más pronto posible- carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria, y de esta manera asegurar el aporte de hierro, zinc, calcio y vitamina A.

Es imprescindible incorporar estos alimentos de alta biodisponibilidad de hierro a la dieta del niño. Su deficiencia conlleva a la anemia y afecta su comportamiento y proceso de aprendizaje.

El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Sus mejores fuentes son las carnes, hígado, huevos y mariscos.

Es necesario asegurar el aporte de vitamina A en la alimentación del niño porque, además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la boca, ojos y aparato digestivo y respiratorio. Quienes tienen deficiencia de esta vitamina, están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuente de vitamina A, son el hígado y las carnes.

El calcio es un mineral que está presente en la construcción de los huesos y la salud dental. Para un adecuado aporte de calcio, es necesario

incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño, además de continuar con el periodo de lactancia.

Como estrategia de trabajo de este eje, en cada sesión demostrativa vamos a *distinguir* las proteínas, carbohidratos y vitaminas por colores que ayuden a la recordación de las madres.

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 A 8 MESES

El niño de seis meses ha llegado a un momento sumamente importante de su desarrollo e iniciará una nueva etapa no sólo en su vida, sino también en la vida de la madre y la familia. Para alimentarlo, la madre tendrá una nueva tarea que, sin duda, le significará más trabajo y es más compleja que la beneficiosa y cómoda lactancia materna, que ya no será suficiente para los requerimientos del niño.

Debido al crecimiento y desarrollo rápido durante los primeros dos años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre los 6 y 24 meses, sobre todo en proteínas y vitaminas, pero su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc, aún teniendo en cuenta su bio- disponibilidad.

A partir de los seis meses de edad, las necesidades de hierro (evita la anemia), zinc (Ayuda al crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización y aumenta la inmunidad contra infecciones), calcio (participa en la construcción de los huesos y la salud dental) y vitamina A (mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, ojos y aparatos digestivo y respiratorio), deben ser cubiertas con la alimentación

complementaria, porque a esta edad el niño requiere de dosis adicionales especialmente del hierro. Será entonces, muy importante, incluir en la alimentación del niño alimentos ricos en hierro como la sangrecita, bazo, hígado, carnes, vísceras, huevo y pescado principalmente. Además, en el establecimiento de salud se iniciará su suplementación ferrosa y de vitamina A.

Será importante incidir en la idea de que depende de la madre el desarrollo adecuado del cerebro, del cuerpo y de la vida afectiva del niño, pese a que la preparación de sus alimentos le demande mayor esfuerzo. Es fundamental que las madres sepan que el cerebro humano se desarrolla casi en su totalidad en los tres primeros años de vida.

La transición de la lactancia materna exclusiva al consumo de alimentos sólidos no puede ser abrupta o violenta. Debe ser paulatina pues, como decimos, es una transición. En este momento, el niño no tiene dientes o apenas están creciendo unos pocos, pero, sobre todo, su estómago sólo había recibido leche de la madre hasta el momento.

Para iniciar este proceso, el niño debe recibir alimentos semisólidos, como papillas, purés o mazamoras, teniendo en cuenta la capacidad gástrica del niño para ser aprovechada con alimentos consistentes o de mayor densidad. Es importante que la madre decida su menú diario de acuerdo a las necesidades del pequeño, pues su alimento debe provenir de la misma comida preparada para la familia. La madre se preocupará por la combinación de proteínas, carbohidratos y vitaminas y por agregar una

cucharadita de aceite, mantequilla o margarina a una de las comidas principales.

La Cantidad de comida que empezará a recibir un niño de seis meses será de aproximadamente 2 a 3 cucharadas, asumiendo una capacidad gástrica de 30g/Kg. de peso corporal, con una densidad energética no menor de 0.8 kilocalorías por gramo de alimento. La cantidad será de 2 a 3 cucharadas de comida a los seis meses y de 3 a 5 cucharadas a los siete meses.

La frecuencia de comidas será de dos veces al día a los seis meses, y tres veces al día a partir del séptimo mes. La consistencia será a los 6 meses: Alimentos aplastados (papillas, mazamorras, purés). 7 y 8 meses: alimentos triturados (papillas, mazamorras y purés).

Desde los seis meses de edad, la niña o niño debe tener su propio plato, taza y cucharita. Así, la madre o la persona que lo cuida podrá observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y, conscientemente, aumentar la cantidad de acuerdo a la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptación de los alimentos, la niña o niño debe recibir mayor cantidad de alimentos y se puede aumentar su variedad.

La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 9 A 24 MESES

El niño o niña, a partir de los nueve meses, ya está más habituado a comer y, aunque sigue tomando leche materna, esta dejó de ser suficiente alimento para desarrollarse apropiadamente.

Los dientes del niño ya están más desarrollados y su estómago puede aceptar alimentos de consistencia más sólida que los que ha venido recibiendo hasta ahora en purés, papillas o mazamoras.

A medida que vaya creciendo, se incrementará la frecuencia, consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan. Aquí te presentamos información importante al respecto:

1. Alimentar al niño/a con tres comidas principales y dos meriendas adicionales conforme crece y se desarrolla según su edad.

La frecuencia diaria de comidas del niño ha sido estimada en función de la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/Kg. de peso corporal y una densidad energética mínima de 0.8 Kcal./g de alimento.

Si la cantidad de comida que se le da es baja, o si al niño/a se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Así tenemos el siguiente número de comidas:

9 - 11 meses 3 comidas + 1 merienda

12 - 36 meses 3 comidas + 2 meriendas

Por otro lado, la capacidad gástrica del niño guarda relación con su peso (30g/Kg. de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.

2. Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita y huevo. Menestras secas. Incorporar leche y/o productos lácteos en las comidas del niño.

Es imprescindible incorporar en la alimentación del niño productos que tengan alta biodisponibilidad de hierro, pues su deficiencia conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño, así como su proceso de aprendizaje. Los alimentos fuente de este mineral, son la sangrecita, bazo, hígado, carnes, vísceras y pescado principalmente.

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para el niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

3. Promover el consumo diario de frutas y verduras de la zona

La forma más efectiva de prevenir la deficiencia de vitamina A, es dándole al niño una alimentación variada que incluya, además de la leche materna, el consumo diario de verduras de hojas verdes (espinaca, acelga), frutas y verduras de color amarillo o naranja (papaya, mango, plátano de la isla, zapallo, zanahoria). Estos alimentos, fuente de vitamina A, están disponibles en la mayoría de los hogares.

El consumo diario de alimentos que contengan vitamina C, favorece el mantenimiento de los huesos y cartílagos y refuerza las defensas orgánicas, sobre todo de las vías respiratorias altas. Por ello se recomienda el consumo

de frutas como la naranja, manzana, granadilla, aguaje, papaya, tumbo, awaymanto, sachá tomate y verduras como el tomate, que tiene alto contenido de vitamina C y cuya ingesta después de las comidas favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales. Existe una asociación directa entre el contenido de vitamina C en la dieta y el porcentaje de absorción del hierro de cereales, hortalizas y leguminosas.

4. Enriquecer una de las comidas principales del niño con una cucharadita de grasa. La grasa es importante en la alimentación del niño, pues tiene componentes esenciales como el ácido linoleico, ácido linolénico y vitaminas liposolubles (A, D, E, K). Se debe agregar una cucharadita de grasa a una de las comidas principales del niño: aceite, mantequilla o margarina. Una ingesta muy baja de grasa conlleva a una inadecuada ingesta de ácidos grasos y baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil. Por otro lado, una ingesta excesiva, puede aumentar la probabilidad de obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro, es por eso que hablamos de una cucharadita de grasa en sólo una de las comidas principales.

Características de la alimentación de 9 a 11 meses:

Si bien el niño ya no necesita comer los alimentos tan suaves, aún no puede comer pedazos grandes. Su mandíbula no es lo suficientemente fuerte, aún no tiene muelas y si lo obligamos a comer como un adulto, sólo lograremos que se canse al comer, que no termine su ración y, por lo tanto, que no se alimente bien.

A esta edad, el niño debe recibir alimentos picados: la carne desmenuzada, la papa cortada en pedazos pequeñitos, por ejemplo. Sin embargo, se debe tener cuidado en no quedarnos en los purés o papillas porque no estaríamos permitiendo el avance del niño en su proceso por llegar a alimentarse como un niño grande.

Características de la alimentación de 12 a 36 meses:

El niño ha desarrollado lo suficiente como para empezar a recibir alimentos de consistencia normal, es decir, comerá lo mismo que un adulto, aunque se le puede ayudar cortándole algunos alimentos como la carne o la papa, pero en pedazos normales, como para un bocado. De cualquier manera, debemos respetar su proceso, ayudándolo cuando veamos que es necesario.

Asumir una actitud "controladora" (presionar al niño/a a comer) o "permissiva" (no esforzarnos en que el niño/a termine su ración) puede influenciar negativamente sobre el consumo de nutrientes. La paciencia, el buen humor y el afecto de la madre durante la alimentación del niño serán muy importantes.

CONTENIDO DE SET DE MATERIALES

Material - Utilidad

- Bolsa porta set: Guardar y llevar los materiales y utensilios
- 10 Tapers: Colocar los alimentos cocinados
- Balde de 10 litros con caño o una batea y una jarrita: Uso de agua segura

- Escobilla: Cepillado de uñas
- Jabón y jabonera: Lavado de manos
- Tina mediana: Lavado de utensilios
- 12 Platos tendidos grandes: Servir preparaciones de adultos
- 12 Platos tendidos medianos: Servir preparaciones de niños
- 12 Tenedores, 12 cucharas, 12 cucharitas, 6 cuchillos: Preparar y probar los alimentos.
- 1 Cuchillo grande: Cortar carnes o alimentos duros
- Jarra de un litro con tapa: Preparación de jugos o refrescos
- 12 Vasos plásticos: Servir los refrescos preparados
- 18 Mandiles: Protección de la ropa
- 18 gorras: protección del cabello.
- 01 Secador: Secado de utensilios y demás
- 02 Toallas: Secado de manos
- Colador: Escurrir los alimentos
- Mantel de plástico o papel: Cubrir y proteger la mesa
- Porta cubiertos: Protección de cubiertos de la contaminación
- Lavavajilla, detergente y esponja: Lavado de utensilios antes y después de la sesión demostrativa.
- Papel higiénico: Higiene personal
- 02 Bolsas de plástico: Guardar la basura
- Cocina y ollas: Calentar los alimentos
- 02 Juegos educativos

EL ESTADO NUTRICIONAL

La OMS define a la evaluación nutricional como "la interpretación de la información obtenida en los estudios bioquímicos, antropométricos, y/o clínicos; y que se utiliza básicamente para determinar la situación del estado nutricional del individuo o de las poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa"

Es el indicador general más aceptable como medida de bienestar y éxito de las diferentes actividades realizadas en el sistema de alimentación y nutrición ⁽¹⁶⁾.

Es el resultado producto de la evaluación nutricional, el cual se califica de la siguiente manera: Estado Nutricional Normal (N), Desnutrición Grave (DG), Desnutrición Leve.

LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Se define como "medición de la variación de las dimensiones físicas y la composición del cuerpo en diferentes edades y grados de nutrición".

La evaluación nutricional ha sido definida como la interpretación de información obtenida a partir de estudios dietéticos, bioquímicos, clínicos y antropométricos.

IMPORTANCIA DE LA EVALUACION NUTRICIONAL

Con la evaluación nutricional se busca identificar básicamente dos condiciones: obesidad y desnutrición. La obesidad es una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. En esencia, la obesidad se debe a la ingestión de energía en cantidades mayores a las

que se gastan, produciéndose acumulación en forma de grasa. A su vez, la desnutrición energético-proteica es el estado en que existe un balance negativo de energía y/o proteínas que cursa con un cuadro clínico característico y que produce depleción de los depósitos de grasa y músculo y, a largo plazo, deterioro en el crecimiento lineal.

METODO ANTROPOMÉTRICO ⁽¹⁷⁾

Es la medición de las variaciones en las dimensiones físicas y la composición del cuerpo humano en diferentes edades y grados de nutrición.

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL ⁽¹⁷⁾

Índice Peso/Talla:

Como vemos, este índice nos arroja resultados acerca del estado nutricional actual del sujeto ya que, mientras las condiciones de vida sean satisfactorias, el peso y la talla del sujeto van a llevar una correlación normal con la edad del mismo. Al estar sufriendo de un proceso agudo lo que se afecta es el peso, no se va a perder un incremento de la talla en días o pocos meses.

Índice Talla / edad:

Cuando hacemos la evaluación de este índice, obtenemos información acerca de la historia nutricional del sujeto ya que una disminución en la talla con respecto a la edad del paciente, nos indica un estado de malnutrición crónica porque la talla se ve afectada en los

procesos crónicos ya que, poco a poco, la persona no va teniendo las condiciones necesarias para el adecuado crecimiento⁽¹⁸⁾.

Un aspecto importante es que sólo puede ser utilizado para la evaluación de pacientes menores de 18 años.

DESNUTRICIÓN INFANTIL⁽¹⁹⁾

La desnutrición es una enfermedad generada por el desbalance entre el consumo y el requerimiento de nutrientes de un organismo y que altera los ciclos de desarrollo. Generalmente afecta a lactantes y niños, pues por su condición de crecimiento y desarrollo son más vulnerables ante las carencias alimenticias. De acuerdo con las características externas o el daño alcanzado, se conoce como: global, crónica, aguda, o severa.

La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo. La prevención es una prioridad de la Organización Mundial de la Salud.

TIPOS DE DESNUTRICIÓN INFANTIL

Global: Se caracteriza por un déficit de peso en relación con la edad.

Crónica: Es un déficit de talla para la edad. Generalmente se asocia este tipo de desnutrición con las agresiones del medio ambiente en el que vive el menor: agua potable, saneamiento ambiental, etc.

Aguda: Es un déficit de peso para la estatura.

La desnutrición en sus formas más graves termina con niños marasmáticos (totalmente delgados, con la piel pegada a los huesos), o tipo Kwashiorkor que se presenta a raíz de una dieta hipercalórico (abundante en harinas, pero con déficit proteico) en donde los niños presentan edema (hinchazón en sus miembros).

Clasificación del Estado Nutricional en Niñas y Niños de 29 días a menores de 5 Años ⁽²⁰⁾.

Se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera Riesgo Nutricional.

Clasificación de estado nutricional en niñas y niños de 29 días a 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	

LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS

La mejor manera para hacer seguimiento al desarrollo de los niños y su estado nutricional es a través de los programas de crecimiento y

desarrollo ofrecido en los hospitales (tanto el régimen subsidiado como el contributivo). Además, los padres, los profesores, las madres comunitarias o personas a cargo de los niños deben permanecer alerta frente a las siguientes señales para identificar el problema:

- Piel curtida o reseca.
- Cabello de varios colores (signo de bandera).
- Retrasos para hablar o caminar.
- Llanto sin lágrimas o quejidos constantes.
- Boca seca y con pliegues.
- Sed persistente.
- Cuando el niño es muy activo y de un momento a otro se vuelve apático.
- Hostilidad y desinterés frente al mundo.
- Hinchazón en pies, cara y estómago.
- Enfermedades que se repiten (por ejemplo diarrea)

CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

No existe una causa única para que se presente la desnutrición en los niños, ni siempre está asociado con problemas de ingresos económicos. En gran parte de los casos, el problema es de educación, porque alimentarse no es lo mismo que comer. Hay comidas que, aunque satisfagan el hambre, no nutren adecuadamente a nuestros niños y pueden acarrear la desnutrición tipo Kwashiorkor.

Algunos de los factores de riesgo para que se presente el problema:

Socioeconómicos: la pobreza, que imposibilita a muchos el acceso a una canasta básica de alimentos; los bajos niveles educativos de los padres que les impide tomar decisiones acertadas sobre la alimentación; En muchos lugares alejados de Nuestro País la ausencia de carreteras, de escuelas y hospitales.

De igual manera, el desplazamiento forzado que hace que las personas se establezcan en los centros urbanos sin las garantías de una vivienda digna y la posibilidad de tener un empleo.

Ambientales: la carencia de agua potable e intradomiciliaria de alcantarillado y de energía eléctrica. Todavía en la zona urbana existen algunas familias que cocina con leña, mientras que en la zona rural lo hace el 62% de ellas.

Biológicos: enfermedades que inhiben el apetito o la capacidad de ingerir los alimentos. Por ejemplo, problemas dentales y labio leporino.

Nutricionales: escasa alimentación con leche materna durante los primeros seis meses de vida, una baja alimentación durante el embarazo; falta de conocimiento sobre la variedad de alimentos y mala preparación de los mismos.

Psicosociales y comportamentales: sentimientos de culpa, tristeza, frustración y rechazo.

ANEMIA

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. El hierro es un elemento esencial

para casi todos los seres vivos, una de sus funciones más importantes es su intervención en la hematopoyesis. La carencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más importantes que afecta a millones de personas en todo el mundo. La anemia por carencia de hierro es originada por la inadecuada ingesta de hierro, tanto en cantidad como en calidad; por el aumento de las demandas corporales y el aumento de pérdidas. La anemia ferropénica afecta fundamentalmente a lactantes, niños en edad preescolar y mujeres en edad fértil. No tiene distinción de clases sociales aunque las personas de nivel socioeconómico bajo son las más afectadas.

CONSECUENCIAS DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO

La deficiencia de hierro en los niños provoca alteraciones en diversas funciones: alteración del desarrollo psicomotor, particularmente del lenguaje, retardo del crecimiento físico, disminución de la capacidad motora, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones. El efecto adverso más importante en los niños es la alteración del desarrollo psicomotor, probablemente irreversible. Los niños mayores de 2 años también presentan problemas de atención y de rendimiento intelectual, pero si la anemia es tratada la alteración del desarrollo es reversible.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANEMIA

Entre los síntomas y signos principalmente son palidez en conjuntivas palpebrales, mucosas orales, lechos ungueales y palma de las manos, anorexia, decaimiento, cansancio. Otras manifestaciones incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. Asimismo se pueden observar

alteraciones en el comportamiento de los lactantes y de los niños, caracterizadas por irritabilidad y falta de interés en su ambiente.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

La Vigilancia Nutricional es definida como un proceso permanente de recolección, análisis e interpretación de la información. Debe estar insertada en el marco de las políticas de Prevención y Promoción de la Salud.

Desnutrición: Es un trastorno inespecífico, sistémico potencialmente reversible de naturaleza metabólica.

Alimentación Balanceada: comprende una dieta alimenticia basada en la inclusión de alimentos de los diferentes grupos alimenticios de una manera equilibrada, con la finalidad de que cada ración aporte los nutrientes necesarios para el mantenimiento de una salud integral.

En Proceso: Son pasos secuenciales hacia el logro de un objetivo final; el término en proceso se define como la capacidad de aplicar técnicas o actividades determinadas secuencialmente y que estas se encuentran en un proceso de adquisición de la habilidad para la modificación de conductas.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

3.1 ENFOQUE: Es Cuantitativo porque utiliza técnicas como contar, medir utilizando la estadística.

3.2 TIPO DE ESTUDIO: Aplicativo, porque los resultados permitirán proponer alternativas de solución al problema en estudio.

3.3 NIVEL DE ESTUDIO: La investigación está dentro del nivel cuasi-experimental.

3.4 METODO DE DISEÑO: El diseño o método transversal, prospectivo; porque se evaluara el conocimiento y practica nutricional una sola vez y se obtendrá datos posteriores al proyecto.

3.5 ÁREA DE ESTUDIO: El presente estudio se realizara en el Centro de Salud de Socos, que se encuentra situado aproximadamente a 3 200 m. s.n.m., lado nor-oeste de la ciudad de Ayacucho

3.6 POBLACIÓN: La población estará conformada por todas la madres de niños de 06 a 36 meses con desnutrición que acuden al Centro de Salud de Socos.

3.7 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis está representada por una madre con un niño de 06 a 36 meses de edad con desnutrición que acude al Centro de Salud de Socos.

3.8 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Madres con consentimiento informado
- Madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición que acuden al CS Socos

3.9 MUESTRA

La muestra constituida por 34 madres de niños menores de 3 años con desnutrición que acuden al Centro de Salud de Socos.

3.10 TIPO DE MUESTRA

El tipo de muestra es no probabilística-intencional

3.11 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de los datos se utilizará la técnica de la entrevista y observación, los instrumentos serán:

- Para determinar el conocimiento se utilizara el cuestionario.
- Para determinar la práctica se utilizara la guía de observación

3.12 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizará en los momentos:

Primer momento: Se recabará una carta de presentación de la Facultad de Enfermería.

Segundo momento: Se gestionará autorización en la Dirección del Centro de Salud de Socos.

Tercer momento: Se administrará el pre test a las madres en estudio, para medir el nivel de conocimiento utilizando como herramienta el cuestionario, y para medir la práctica, se realizará la sesión demostrativa, por grupo de edad: 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y 12 a 36 meses; teniendo como instrumento la guía de observación.

Cuarto momento: Se administrará el programa de consejería nutricional y sesiones demostrativas a las madres en estudio, estructurado en tres sesiones educativas: "Alimentación y Nutrición", "Higiene general y atención psicoafectivo en la alimentación del niño".

Quinto momento: Se Administrará el post test a las madres en estudio. Para medir el nivel de conocimiento utilizando como herramienta el cuestionario, y para medir la práctica, se realizará la sesión demostrativa, por grupo de edad: 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y 12 a 36 meses; teniendo como instrumento la guía de observación.

3.13.- PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS

El procesamiento de datos se realizará en el siguiente orden:

- Control de calidad del pre y post test

- Elaboración del libro de códigos, luego la matriz tripartita en el software Excel y Spss versión 19.0 para procesar la información obtenida.
- Confección de cuadros simples y de doble entrada para la exposición de resultados.

CAPITULO III

RESULTADOS

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

CUADRO N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES SOBRE ALIMENTACION INFANTIL ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
BUENO	0	0,0	28	82,4
REGULAR	34	100,0	6	17,6
MALO	0	0,0	0	0,0
TOTAL	34	100,0	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El cuadro N° 01 indica el nivel de conocimiento de las madres de niños con desnutrición, antes de la consejería nutricional, el 100% de madres tenían un conocimiento regular, observándose 0,0% para los niveles de conocimiento bueno y malo; Con respecto a las madres que presentaron nivel de conocimiento regular, mostraron una modificación considerable en la evaluación posterior, encontrándose que después de la consejería nutricional, 82,4% alcanzó en nivel bueno y 17,6% se mantuvo con la estimación inicial.

Se deduce que la aplicación de la consejería nutricional es efectiva en la avance del conocimiento sobre alimentación infantil, puesto que gran porcentaje (82,4%) de madres con conocimientos regulares alcanzaron un nivel bueno de conocimientos por la evidencia porcentual de 82,4% de madres con conocimiento bueno.

CUADRO N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL SEGÚN EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013.

EDAD (años)	NIVEL DE CONOCIMIENTO								TOTAL	
	ANTES				DESPUES					
	BUENO		REGULAR		BUENO		REGULAR			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
20 – 24	0	0,0	12	35,3	11	32,4	1	2,9	12	35,3
25 – 29	0	0,0	6	17,6	5	14,7	1	2,9	6	17,6
30 – 34	0	0,0	8	23,5	6	17,6	2	5,9	8	23,5
35 – 39	0	0,0	3	8,8	2	5,9	1	2,9	3	8,8
40 - 44	0	0,0	5	14,7	4	11,8	1	2,9	5	14,7
TOTAL	0	0,0	34	100	28	82,4	6	17,6	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El presente cuadro indica que del 100,0% de la muestra en estudio, 35,3% de madres tienen una edad entre 20 – 24 años, de ellas, antes de la consejería, 35.3 % tenía conocimientos regulares, observándose 0,0% para el nivel de conocimiento bueno, después de la consejería, 32.4% alcanzó el nivel bueno y 2.9% continuaron en nivel regular; 23.5% de madres se encontraban entre 30 -34 años, de ellas, todas tenían conocimientos regulares, después de la consejería nutricional, 17.6% alcanzaron el nivel bueno y 5.9% continuaron en el nivel regular.

Se deduce que la edad no es un factor determinante sobre el conocimiento, ya que todos los grupos etareos alcanzaron el nivel bueno.

CUADRO N° 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013

ESTADO CIVIL	NIVEL DE CONOCIMIENTO								TOTAL	
	ANTES				DESPUES					
	BUENO		REGULAR		BUENO		REGULAR			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERA	0	0,0	6	17,6	6	17,6	0	0,0	6	17,6
CASADA	0	0,0	16	47,1	13	38,2	3	8,8	16	47,1
CONVIVIENTE	0	0,0	12	35,3	9	26,5	3	8,8	12	35,3
TOTAL	0	0,0	34	100,0	28	82,4	6	17,6	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

En el cuadro que antecede, del 100% de la muestra estudiada, 47,1% de madres son casadas, de ellas, antes de la consejería nutricional, 47,1% tenían conocimientos regulares y 0,0% para el nivel de conocimiento bueno ; después de la consejería nutricional, 38,2% alcanzaron el nivel bueno y 8,8% continúan con conocimientos regulares; 35,3% de madres son convivientes, de ellas, antes de la consejería, todas tenían conocimientos regulares, después de la consejería nutricional, 26,5% alcanzaron el nivel bueno y 8,9% continúan con conocimientos regulares.

Se deduce, que el estado civil no es un factor que influye en el conocimiento sobre alimentación infantil, sin embargo, después de la consejería nutricional es notorio que la totalidad de madres solteras obtuvieron conocimientos buenos.

CUADRO N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO								TOTAL	
	ANTES				DESPUES					
	BUENO		REGULAR		BUENO		REGULAR		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
ILETRADA	0	0,0	4	11,8	3	8,8	1	2,9	4	11,8
PRIMARIA	0	0,0	15	44,1	12	35,3	3	8,8	15	44,1
SECUNDARIA	0	0,0	15	44,1	13	38,3	2	5,9	15	44,1
TOTAL	0	0,0	34	100,0	28	82,4	6	17,6	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El cuadro indica que de la totalidad de la muestra en estudio, 44.1% de madres tienen grado de instrucción secundaria, de ellas, antes de la consejería, todas tenían conocimientos regulares; después de la consejería, 38,3% alcanzaron el nivel bueno y 5,9% regular; 44,1% de madres tienen primaria, antes de la consejería, todas tenían conocimientos regulares, después de la consejería, 35,3% alcanzaron el nivel de conocimiento bueno y 8,8% regular.

Se deduce que el grado de instrucción no es un impedimento para mejorar el conocimiento de las madres sobre alimentación infantil, por lo que se puede afirmar que la consejería nutricional es efectiva en el incremento de los conocimientos.

CUADRO N° 05

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL SEGÚN
NUMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE
06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL
Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013**

NUMEROS DE HIJOS	NIVEL DE CONOCIMIENTO								TOTAL	
	ANTES				DESPUES					
	BUENO		REGULAR		BUENO		REGULAR			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 hijo	0	0,0	12	35,3	11	32,4	1	2,9	12	35,3
2 hijos	0	0,0	4	11,8	4	11,8	0	0,0	4	11,8
3 – 4 hijos	0	0,0	11	32,4	8	23,5	3	8,9	11	32,4
>5 hijos	0	0,0	7	20,6	5	14,7	2	5,9	7	20,6
TOTAL	0	0,0	34	100,0	28	82,4	6	17,6	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El cuadro indica que, de la totalidad de la muestra en estudio, 35,3% de madres tienen un solo hijo, de ellas, antes de la consejería, todas tenían conocimientos regulares; después de la consejería, 32,4% alcanzaron el nivel bueno y 2,9% regular; 32,4% de madres tienen tres hijos, antes de la consejería, todas tenían conocimientos regulares, después de la consejería, 23,5% alcanzaron el nivel bueno y 8,9% continúan con conocimientos regulares.

Se deduce que el número de hijos no es un impedimento para mejorar el conocimiento de las madres sobre alimentación infantil, por lo que se puede afirmar que la consejería nutricional es efectiva.

CUADRO N° 06
PRÁCTICA DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36
MESES SOBRE ALIMENTACION INFANTIL ANTES Y DESPUES DE LA
CONSEJERIA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO
DE SALUD DE SOCOS, 2013

PRACTICA DE ALIMENTACION INFANTIL	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
ADECUADO	0	0,0	16	47.1
EN PROCESO	26	76.5	18	52.9
INADECUADO	8	23.5	0	0.0
TOTAL	34	100.0	34	100.0

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El presente cuadro indica el nivel de práctica de las madres en la alimentación infantil, antes y después de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, del 100% (34) de la muestra estudiada, antes de la consejería, 76,5% de madres tenían una práctica de alimentación infantil en proceso y 23,5% práctica inadecuada, observándose que 0,0 % presentaron practica adecuada. Después de la consejería y sesiones demostrativas, 52,9% de madres tuvieron una práctica de alimentación infantil en proceso y 47,1% práctica adecuada.

CUADRO N° 07
PRÁCTICAS SEGÚN EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS
DE 06 -36 MESES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL ANTES Y DESPUES
DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS.
CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013

EDAD (años)	PRACTICA DE ALIMENTACION INFANTIL													
	ANTES						DESPUES						TOTAL	
	ADECUADO		EN PROCESO		INADECUADO		ADECUADO		EN PROCESO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
20 – 24	0	0,0	8	23,5	4	11,8	4	11,8	8	23,5	0	0,0	12	35,3
25 – 29	0	0,0	6	17,6	0	0,0	3	8,9	3	8,9	0	0,0	6	17,6
30 – 34	0	0,0	4	11,8	4	11,8	6	17,6	2	5,9	0	0,0	8	21,5
35 – 39	0	0,0	3	8,9	0	0,0	1	2,9	2	5,9	0	0,0	3	8,9
40 – 44	0	0,0	5	14,7	0	0,0	2	5,9	3	8,9	0	0,0	5	14,7
TOTAL	0	0,0	26	76,5	8	23,5	16	47,1	18	52,9	0	0,0	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El cuadro que antecede, indica que del 100% de muestra estudiada, 35,3% de madres tienen una edad entre 20 – 24 años, de ellas, antes de la consejería y sesiones demostrativas, 23,5% tenían una práctica de alimentación infantil en proceso y 11,8% practica inadecuada; después de las sesiones demostrativas, 23,5% tuvieron una práctica de alimentación infantil en proceso y 11,8% practica adecuada asimismo 21,5% de madres pertenecen al grupo etareo de 30 – 34 años, de ellas, antes de las sesiones demostrativas, 11,8% realizo práctica de alimentación infantil en proceso e inadecuada respectivamente y, después de las sesiones demostrativas, 17,6% realizaron una práctica adecuada de alimentación infantil y 5,9% una práctica de alimentación infantil en proceso.

CUADRO N° 08

PRÁCTICA SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013

ESTADO CIVIL	PRACTICA DE ALIMENTACION INFANTIL												TOTAL	
	ANTES						DESPUES							
	ADECUADO		EN PROCESO		INADECUADO		ADECUADO		EN PROCESO		INADECUADO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
SOLTERA	0	0,0	3	8,9	3	8,9	2	5,9	4	11,8	0	0,0	6	17,6
CASADA	0	0,0	14	41,2	2	5,9	8	23,5	8	23,5	0	0,0	16	47,1
CONVIVIENTE	0	0,0	9	26,5	3	8,9	6	17,6	6	17,6	0	0,0	12	35,3
TOTAL	0	0,0	26	76,5	8	23,5	16	47,1	18	52,9	0	0,0	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El cuadro N° 8 indica que, del 100,0% de madres estudiadas, 47,1% son casadas, de ellas, antes de las sesiones demostrativas, 41,2% realizaba prácticas de alimentación infantil en proceso y 5,9% tuvieron una práctica de alimentación infantil inadecuadas; después de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, 23,5% realizaron práctica de alimentación infantil de forma adecuada y en proceso respectivamente; del mismo modo, 35,3% de madres son convivientes, de ellas, antes de las sesiones demostrativas, 26,5% su práctica de alimentación infantil se encontraban en proceso y 8,9% tuvieron practica inadecuada; después de las sesiones demostrativas, 17,6% realizaron prácticas adecuadas y en proceso respectivamente.

CUADRO N° 09

PRACTICA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRACTICA DE ALIMENTACION INFANTIL												TOTAL	
	ANTES						DESPUES							
	ADECUADO		EN PROCESO		INADECUADO		ADECUADO		EN PROCESO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ILETRADA	0	0,0	4	11,8	0	0,0	1	2,9	3	8,8	0	0,0	4	11,8
PRIMARIA	0	0,0	13	38,2	2	5,9	7	20,6	8	23,6	0	0,0	15	44,1
SECUNDARIA	0	0,0	9	26,5	6	17,6	8	23,6	7	20,6	0	0,0	15	44,1
TOTAL	0	0,0	26	76,5	8	23,5	16	47,1	18	52,9	0	0,0	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El presente cuadro indica que, del 100,0% de madres en estudio, 44,1% tienen grado de instrucción secundaria, de ellas, antes de la consejería y sesiones demostrativas, 26,5% tenían una práctica de alimentación infantil en proceso, y con prácticas inadecuadas 17,6%; después de la consejería y sesiones demostrativas, 23,6% de madres realizaron práctica de alimentación infantil en forma adecuada y 20,6% en proceso, asimismo, 44,1% de madres tienen grado de instrucción primaria, de ellas, antes de aplicar el programa, 5,9% de madres su práctica de

alimentación infantil se encontraba en forma inadecuada y 38,2% en proceso, después de las sesiones demostrativas, 20,6% su práctica estuvo en forma adecuada y 23,6% tuvieron práctica de alimentación infantil en proceso.

CUADRO N° 10

PRACTICA SEGÚN NUMERO DE HIJOS LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013

NUMERO DE HIJOS	PRACTICA DE ALIMENTACION INFANTIL												TOTAL	
	ANTES						DESPUES							
	ADECUADO		EN PROCESO		INADECUADO		ADECUADO		EN PROCESO		INADECUADO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
1 hijo	0	0,0	8	23,5	4	11,8	5	14,7	7	20,6	0	0,0	12	35,3
2 hijos	0	0,0	4	11,8	0	0,0	4	11,8	0	0,0	0	0,0	4	11,8
3-4 hijos	0	0,0	8	23,5	3	8,9	5	14,7	6	17,6	0	0,0	11	32,3
>5 hijos	0	0,0	6	17,6	1	2,9	2	5,9	5	14,7	0	0,0	7	20,6
TOTAL	0	0,0	26	76,5	8	23,5	16	47,1	18	52,9	0	0,0	34	100,0

FUENTE: Datos obtenidos de la guía de observación aplicada a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

El presente cuadro indica, que de la totalidad de la muestra en estudio, 35,3% tienen un hijo, de ellas, antes de la consejería nutricional y sesiones demostrativas, 23,5% tienen una práctica de alimentación infantil en proceso y 11,8% inadecuada; después de aplicar el programa, 20,6% realizaron práctica de alimentación infantil en proceso y 14,7% practica adecuada; asimismo, 32,3% de madres que tienen 3 a 4 hijos, de ellas, antes de las sesiones demostrativas, 23,5% sus prácticas se encontraban en proceso y 8,9% inadecuadas, después de las sesiones demostrativas, 17,6% de madres realizo práctica de alimentación infantil en proceso y 14,7%

práctica adecuada; del mismo modo, 20,6% de madres tienen mayor o igual a 5 hijos, de ellas, antes de las sesiones demostrativas, 17,6% sus prácticas se encontraban en proceso y 2,9% eran inadecuadas; después de las sesiones demostrativas, 14,7% realizó práctica de alimentación infantil en proceso y 5,9% en forma adecuada.

CAPITULO IV

DISCUSION

“Un programa educativo es un proceso sistemático, diseñado intencional y técnicamente, de recogida de información rigurosa, valiosa, válida y fiable; orientado a valorar la calidad y los logros de un programa, como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto del programa como del personal implicado y, de modo indirecto, del cuerpo social en que se encuentra inmerso” ⁽²¹⁾.

Los principales instrumentos de la prevención primaria son la educación para la salud que abarca aspectos tales como la promoción de una alimentación sana y equilibrada. La alimentación y consecuentemente la educación nutricional son pilares fundamentales de la salud individual y colectiva de la población ⁽²²⁾.

La desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones, entre las que destacan los impactos en la salud, la educación y la economía (costos y gastos públicos y privados, y menor productividad) que a su vez, estos agudizan los problemas de inserción social e incrementan o profundizan el flagelo de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la desnutrición.

Dichos impactos se presentan como incrementos de probabilidad y pueden presentarse de manera inmediata o a lo largo de la vida de las personas, los que se convierten en mayor riesgo de desnutrición posterior entre quienes la han sufrido, en las primeras etapas del ciclo vital, y mayor incidencia de otras consecuencias. Así, problemas de desnutrición intrauterina pueden generar dificultades desde el nacimiento hasta la adultez.

En el caso de la salud, distintos estudios demuestran que la desnutrición aumenta la probabilidad de presentación y/o intensidad de distintas patologías, así como de muerte en distintas etapas del ciclo de vida. La forma en que estas consecuencias se presentan depende del perfil epidemiológico de cada país.

A nivel educativo, la desnutrición afecta el desempeño escolar como resultante de los déficit que generan las enfermedades y por las limitaciones en la capacidad de aprendizaje asociadas a restricciones en el desarrollo cognitivo. Esto se traduce en mayores probabilidades de ingreso tardío, repitencia, deserción y, consecuentemente, bajo nivel educativo.

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.⁽⁶⁾

La sesión demostrativa metodología pedagógica denominada “aprender haciendo”, establece que los contenidos teóricos son necesarios para avanzar en el aprendizaje de cualquier área de conocimiento, pero para lograr retenerlos y dotarlos de utilidad es mejor experimentar con ellos, este proceso percibe en el tiempo, de acuerdo con la siguiente cita atribuida a Aristóteles: Lo que tenemos que aprender a hacer, lo aprendemos haciendo.

(23)

La consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas es una reunión educativa en la que las madres aprenden dialogando y practicando cómo hacer preparaciones nutritivas para los niños y niñas menores de 3 años, gestantes y madres que dan de lactar, utilizando alimentos variados de la comunidad.

En el cuadro N° 01 referente al nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación infantil, Du Gas (2000), menciona que los conocimientos son las nociones, experiencias y datos de naturaleza específica que la persona alcanza sobre determinado tema, aspectos que son adquiridos a través del tiempo por los seres humanos y que son utilizados para afrontar los problemas de la vida diaria⁽²⁴⁾.

De acuerdo al nivel de conocimiento que tenga la madre sobre nutricional infantil, ella brindará su cuidado al niño (a), el que puede ser modificada con la experiencia e información que reciba, pues a medida que

obtiene más conocimientos reforzará o cambiará su modo de actuar para satisfacer las necesidades de sus hijos (as), proporcionándole un cuidado de calidad ⁽²⁵⁾.

Asimismo, HUACHACA C; (2008) en su estudio encontró que antes de la aplicación de la sesión demostrativa fue de nivel medio predominantemente con 53.80%, seguido del 23.1% con conocimiento bajo. En la evaluación posterior, encontrándose que 19 (90.5%) incrementaron sus conocimientos pasando a presentar un nivel de conocimiento alto y sólo 2 (9.5%) se mantuvo con la estimación inicial ⁽⁹⁾; otra investigación realizada por Anton H. Carolina ⁽²⁴⁾, (2005), concluyeron que la educación fue un medio para mejorar el nivel de conocimiento de las madres. Igualmente; Morales Purizaca, Oscar D. ⁽²⁵⁾; en el 2006, en un estudio sobre la Eficacia de dos técnicas educativas: Informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental, concluyó que los padres presentaron un incremento significativo de conocimientos al recibir la educación con el uso de la técnica demostrativa.

Según los resultados encontrados en la investigación, se entiende que al realizar una consejería nutricional y sus sesiones demostrativas se busca el cambio de actitudes y hábitos, y cuyo resultado se refleja en la selección inteligente de la persona; donde las intervenciones educativas están determinadas por un proceso comunicacional concebido como dialogo participativo que busca ayudar a la madre o cuidador a entender los factores que influyen en la salud en este caso en el aspecto nutricional y buscar

alternativa de mejora del cuidado alimentario y el consumo de una dieta nutritiva para los niños, entendiendo que las sesiones demostrativas en preparación de alimentos tuvieron la finalidad de fomentar la práctica de preparaciones hechas con alimentos ricos en proteínas y minerales, especialmente destinadas a la alimentación de niños menores de 3 años.

De los que se concluye que el aprendizaje no es uniforme en todo el grupo de mujeres que forman la muestra, la característica común que los une es la de ser madre de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición. Consideramos que factores como la edad, estado civil, el grado de instrucción y el número de hijos son barreras para el aprendizaje, lo cual se evidencia en que algunas madres no logran el conocimiento y práctica óptima después de la aplicación del programa "Consejería y sesiones demostrativas sobre alimentación infantil".

CUADRO N° 02 referente al nivel de conocimiento según la edad de las madres de niños, estudios referente a la edad de la madre consideran que este 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 problemas nutricionales, 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 ⁽²⁶⁾

Referencias globales indican que "Las madres en estas edades por lo general, tienen buena salud, han logrado estabilidad económica si ha sido constantes y fiel con el trabajo. Han llegado al medio día de su vida. Son inteligentes y les interesa analizar situaciones para buscarles solución. Círculo de amistades amplio. Puede estar pasando problemas en el trabajo por los cambios que debe afrontar por la edad, dificultades con hijos. Son espiritualmente estables, son la espina dorsal de sus congregaciones. Agrega Saint que el mejor maestro de los adultos no es el que sabe más, sino el que los respeta como individuos ⁽²⁷⁾.

Nuestros resultados indican que buen porcentaje de la muestra en estudio, se encuentra en edad reproductiva lo cual indica que son mujeres que se encuentran preparadas para el cuidado de sus niños mientras dure esta edad, lo cual hace entender que el nivel de conocimientos va a estar traducido en aspectos relacionados a la mejora del estado de salud de su niño; conocimientos que permitirán que la madre pueda prevenir la desnutrición en su niño.

Se concluye que el mayor porcentaje de madres de todas las edades antes de las consejerías tenían conocimientos regulares y posterior a las consejerías alcanzaron un nivel bueno de conocimientos, deduciéndose que la edad no es un factor determinante sobre el conocimiento, ya que todos los grupos etarios alcanzaron el nivel de conocimiento bueno.

CUADRO 03, referente al nivel de conocimientos según el estado civil de las madres, estudios demuestran que el estado civil, viene a ser la condición de estar unido a una persona ya sea por lazo de matrimonio, civil o por convivencia, en los cuales se establecen deberes y derechos. Los padres que viven juntos en la misma casa las responsabilidades se comparten a diferencia de las madres que no viven con su pareja tienen más trabajo y responsabilidad con sus hijos (as) por ser ellas las únicas encargadas del cuidado ⁽²⁸⁾.

Los resultados de la investigación indican que el mayor porcentaje de madres tienen una unión de casadas o convivientes, lo que hace denotar que las madres carecen del apoyo de los hombres en las labores de cuidado dentro del hogar sobre todo del niño, postergando muchas dificultades entre ellas el conocimiento y/o su propia salud nutricional, participando como ente de ingreso económico para la familia hecho que le limita la adecuada participación en los servicios de salud para mejorar su capacidad de cuidado personal como del resto de la familia sobre todo para enfrentar los problemas de salud y nutrición del niño.

Se concluye que la totalidad de madres de los diferentes estados civiles antes de la consejería nutricional y sesión educativa obtuvieron conocimientos regulares y posterior a la consejería nutricional obtuvieron buen nivel de conocimiento, haciéndonos deducir que el estado civil no es un factor que influye en el conocimiento sobre alimentación infantil.

CUADRO 04 referente al nivel de conocimiento según el grado de instrucción de la madre, estudios indican que el grado de instrucción, es un factor que influye en el conocimiento y la calidad de cuidados en la nutrición infantil de las madres para con sus hijos (as), porque el estar más instruido ayuda captar con mayor facilidad la información que se les brinda y ponerlo en práctica, convirtiéndose en un elemento clave en la modificación de actitudes ⁽²⁸⁾.

A diferencia de las madres sin instrucción o con cierto déficit educacional, pueden influir en forma negativa o inadecuada en la salud de sus niños(as), poniendo a estos en un gran riesgo de padecer problemas nutricionales, no solo por no saber leer ni escribir, sino porque el analfabetismo es la expresión de un estilo de vida deficiente y de privación socioeconómica. ⁽²⁹⁾

Ciertamente el ser humano es el mejor capital que pueden tener los países, una situación más elevada de la mujer tiene un efectivo positivo significativo sobre la situación nutricional del niño, por ello es que cada país debe acogerlos brindándoles oportunidades y mecanismos eficientes como es la educación hecho que permitiría dar un salto al desarrollo, constituyéndose como una apuesta de los países en desarrollo; pero si no se acoge, no se apoya o brinda estas oportunidades es posible que nunca se alcance este desarrollo entendiendo que el desarrollo vendría desde el entorno familiar como es el hecho de que cuanto mas elevada sea la situación de la mujer mejor será su propio estado nutricional, mejor atención recibe, y mejor es la calidad de la atención que presta a sus hijos,

previniendo los problemas de salud desde el momento del embarazo, no solo observando que su niño nazca sano y sobreviva sino también que se desarrollen, porque la situación de la mujer ejerce influencia sobre la nutrición del niño.

Se concluye que de la totalidad de la muestra en estudio, antes de la consejería todas tenían conocimientos regulares y después de la consejería, 82,4% alcanzaron el nivel bueno y 17,6% regular conocimiento regular, por lo cual se infiere que el grado de instrucción no es una barrera para lograr un efecto positivo de la Consejería Nutricional.

CUADRO 05: referente al nivel de conocimiento según el número de hijos de las madres; en relación a la paridad, se dice que es el número de hijos (as) que una mujer concibe durante toda su vida, es un factor condicionante para los problemas nutricionales, ya que el exagerado número de hijos (as) o la falta de control de procreación impide que las madres no cuenten con las posibilidades para brindar un buen cuidado y satisfacer las necesidades básicas de salud de su niño (a), porque ellas tendrán mayor trabajo doméstico u otros y a la vez por el ingreso económico familiar que se ve ahogada por la necesidad de distribuirlo ⁽³⁰⁾.

Al respecto al número de hijos se tiene conocimiento que aquella madre que tiene mayor número de hijos y si a su vez estos son menores de edad, la madre adquiere un mejor conocimiento práctico, hecho que se

traduce en aspectos relacionados a la mejora del estado de salud de su niño; en tal sentido, la madre que desconoce de aspectos relacionados a la nutrición, predispone su capacidad para mejorar la salud nutricional, evitando aspectos que repercuten negativamente en su salud física y mental del niño.

Se concluye que antes de la consejería nutricional el 100% obtuvo un nivel de conocimiento regular y posterior a la consejería nutricional 82.4% presenta conocimientos bueno, y de ellas 23.5 tiene entre 3 a 4 hijos.

CUADRO N° 06 referente a la práctica de las madres de niños desnutridos, al respecto Huachaca C., en su investigación sobre “Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima 2008” cuyos resultados fueron: se encontró que después de la aplicación de la sesión demostrativa, el 92.3 % de las madres presenta practicas adecuadas y sólo el 7.7% presentaron practicas regulares; siendo estos resultados altamente significativos⁽⁹⁾.

Otros estudios también señalan que los modelos educativos son estrategias en educación seleccionadas y diseñadas a fin de facilitar el aprendizaje de las madres de familia y permitir adopción de conocimientos prácticas saludables.

Basados en los resultados encontrados en la investigación indican que el nivel de práctica de las madres en la alimentación infantil, antes y después de la consejería y sesiones demostrativas son efectivas, esto indica que las sesiones de consejería no sólo implican la presencia, sino es un involucramiento de la madre, el cual significa la motivación y confianza en un espacio para expresar sus dudas, buscando alternativas para mejorar la situación de salud de sus niños, para alcanzar tales resultados es indispensable el compromiso de la madre, también es importante remarcar el rol que desempeña la enfermera en su función educadora ya que debe ser ella quien brinde educación y orientación oportuna, considerando que la salud tiene una relación muy directa con la educación y la construcción de los conocimientos, actitudes, técnicas, se deben dar desde el enfoque del autoconocimiento basados en experiencias relacionados con la salud, el cual permite a la madre actuar como intermediaria para cambiar sus circunstancias de vida, modificar la situación sanitaria de su familia y la de su comunidad, las acciones practicas les faculta para descubrir e incrementar sus potencialidades creadoras.

Se concluye que las prácticas de alimentación infantil en las madres antes de las sesiones demostrativas el 0.0 % de madres tenía una práctica adecuada, pero luego de la sesión demostrativa el 47.1% de madres obtuvo una práctica adecuada. Lo que hace deducir que las sesiones cuando son demostrativas permite que las madres se interesen y puedan practicarla de manera más efectiva.

CUADRO N° 07, referente a las prácticas sobre alimentación infantil según la edad de las madres. Henríquez, Guillén ⁽²⁶⁾ refiere que la edad de la persona que cuida constituye un elemento clave para brindar cuidado, puesto que a mayor edad incrementa las capacidades que permiten tomar decisiones adecuadas para el bienestar de sus hijos (as).

La mujer conforme avanza la edad adquiere mayor madurez y mejor actitud permitiendo cumplir con su rol de madre en forma plena y responsable es decir atiende las necesidades del niño (a), en esta etapa la mujer posee mayor capacidad para adquirir nuevos conocimientos ⁽²⁴⁾.

Por otro lado sobre las madres menores de 19 años, Rice refiere que ellas especulan mucho con el futuro sin contar con la situación actual, real y sus sentimientos pueden regirse por principios lógicos más no por percepciones y experiencias. Así mismo considera que el desarrollo de la identidad en la adolescencia es tenso con periodos de confusión, decepción y desanimo; es decir que en esta etapa la madre más se preocupa por sí misma que por el cuidado de su niño. ⁽³¹⁾

Los resultados de la investigación nos indican que la edad de la madre cuanto más joven hay mayor posibilidad de que tenga un niño desnutrido por ello que el conocimiento de las madres sobre alimentación infantil es importante, improrrogable impostergable, puesto que solo los conocimientos permitirán reforzarse mucho más con las sesiones demostrativas teniendo como efecto la práctica de una alimentación suficiente, de calidad, equilibrada y adecuada.

Se concluye que de las madres con edades entre 20 – 24 años, antes de la consejería y sesiones demostrativas, 0.0% no presento una práctica de alimentación infantil adecuada; después de las sesiones demostrativas, 11,8% presento practica adecuada de alimentación infantil.

CUADRO N° 08, referente a la práctica sobre alimentación infantil según el estado civil de las madres, Waley (1995), menciona que en el caso de las madres que no cuentan con el apoyo de su pareja éstas se avocan totalmente a su familia siendo la única y directa protectora para su hijo (a), tratando así de reforzar aspectos educativos que le ayuden a comprender el crecimiento y desarrollo de su hijo (a), como es el caso de la presente investigación ⁽³²⁾.

Informe del MINSA (2000), refiere que para las madres es relativamente ventajoso el poder afrontar el cuidado de sus hijos (as) con el apoyo de su pareja, el estar juntos ambos padres las responsabilidades se comparten o uno de ellos se dedica especialmente al cuidado de los niños (as) que en el mayor de los casos es la madre, pero siempre contando con el apoyo de su pareja; dando prioridad a sus necesidades y buscando la mejor manera de satisfacerlo generando en ellos seguridad y bienestar ⁽²⁸⁾.

La investigación nos muestra que el mayor porcentaje de nuestra población en estudio tiene el estado civil de casada hecho que permite el apoyo de la pareja durante el cuidado del niño, donde ambos padres deben entender que la nutrición del niño es fundamental, por que el cerebro del

niño se forma en sus primeros años de vida y depende de una alimentación variada y nutritiva para que el niño pueda adquirir su capacidad de aprender más, comprender que los riesgos de la desnutrición debe ser tarea permanente en la familia para fomentar la protección de la salud del niño y gestante y la propia familia abordando aspectos de alimentación, cuidados en casa y prácticas de higiene.

Se concluye que del 47,1% de madres con estado civil casadas, antes de las sesiones demostrativas, ninguna tenía una práctica de alimentación infantil adecuada y luego de la sesión educativa el 23.5% realizaron práctica de alimentación infantil de forma adecuada, lo que hace deducir que el reforzamiento de las prácticas de alimentación infantil se refuerzan con las sesiones demostrativas considerando que si se emplea frecuentemente ésta sería la mejor estrategia para la disminución de la desnutrición infantil.

CUADRO N°9 referente a la práctica sobre alimentación infantil según grado de instrucción de las madres, Medellín, señala que el grado de instrucción es un aspecto vital en el ser humano que permite examinar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la vida, lo cual permite adoptar mejores actitudes y percibir con mejor precisión los problemas de sus niños ⁽³³⁾.

Estudio de Buyatti, C., en su estudio determinó que la prevalencia de mal nutrición fue de 44,32% para aquellas madres con primaria incompleta, 30,30% para aquellas con primaria completa y secundaria incompleta y 21,03% para las que completaron los estudios secundarios; donde el nivel

de educación parece influir en el estado nutricional de sus hijos, mostrando mayor tasa de mal nutrición en aquellos niños que tienen madres con bajo nivel de instrucción. Lo cual demuestra la importancia del acceso a la educación e información de quienes se encargan de aprovechar los recursos del hogar y a su vez crean el hábito dietético del hogar.⁽³⁴⁾

Resultados de la investigación, nos hacen ver que la educación de la madre es un factor que determina para mejorar la situación de salud de la familia, considerando que la mujer es una herramienta poderosa para mejorar la salud, la longevidad, la capacidad mental y física, y la productividad de la próxima generación por lo que se debe reducir las desigualdades entre mujeres y hombres, permitiendo que las mujeres tengan acceso a nuevos recursos, como la implementación de programas que promuevan la educación de las niñas y la atención de la salud; porque, los problemas de desnutrición en nuestro país ocurre fundamentalmente por el desconocimiento de los padres, el índice de madres con bajo porcentaje de educación se relaciona con la desnutrición ya que desconocen cómo alimentar o variar los platillos de manera adecuada, por ello para mejorar la calidad de nutrición de los niños menores de tres años se requiere de implementar estrategias que permitan implementar programas para mejorar la situación nutricional de los niños.

Se concluye que las madres con instrucción iletrada antes de las consejerías tenían una práctica inadecuada 2,9% y después de la consejería 8.9% presentaron una práctica en proceso, hecho que hace deducir que existe la necesidad de brindar información a las madres que

concurrer a las consultas con sus hijos acerca de la correcta alimentación, la sostenibilidad de estos programas podrían evitar los estados de mal nutrición y las patologías asociadas en la familia.

CUADRO N° 10, referente a la práctica de alimentación infantil según el número de hijos de las madres, MINSA 2000 refiere que mientras la madre tenga mayor cantidad de hijos (as) tendrá menos tiempo para dedicarse específicamente a cada uno de ellos (as). Por el número exagerado de miembros a los cuales es difícil satisfacer en sus necesidades básicas de salud y por lo que están más predispuestos a adquirir problemas nutricionales.⁽²⁸⁾

Asimismo, Rice señala que la paridad es un factor que influye en la prevalencia de desnutrición, esto se debe a que las multíparas y gran multíparas tienen una familia con muchos hijos (as), ocasionando un estado de desorganización debido a que la madre comparte su tiempo en cuidar muchos niños (as), porque a mayor número de hijos (as) menos capaz será la madre de ofrecer capacidad de atención a todos ellos, lo cual causa en el niño (a) la inseguridad, desconfianza y sobre todo no cumple con las medidas adecuadas para prevenir los problemas nutricionales.⁽³¹⁾

Medellín también afirma que la mujer en la sociedad actual cada vez va desempeñando múltiples roles dependiendo de la cantidad de miembros familiares a esto se añade las tareas domésticas y actividades sociales que conllevan a una sobrecarga tensional y preocupación que representa el

poder brindar atención directa a sus niños (as), a pesar de todo ello la madre trata de distribuir en lo posible su tiempo en los cuidados que cree que son esenciales para sus hijos.⁽³³⁾

Los resultados de la investigación nos indican que en nuestro país el número de hijos promedio en las familias es entre tres a cuatro hijos con un periodo intergenesico de uno o dos años, lo que indica que las prácticas de alimentación están afectadas de manera significativa en el crecimiento y desarrollo de sus niños, especialmente en menores de tres años, por ello se hace necesario promover en las familias las prácticas favorables a la alimentación infantil, considerando que los primeros tres años de vida es una etapa única e irrepetible para el desarrollo físico e intelectual de una persona y el garantizar una buena nutrición es responsabilidad del padre y la madre, el cual debe ir acompañado de una alimentación balanceada, controles de salud, higiene y afecto.

Se concluye que de la totalidad de la muestra en estudio 32,3% madres que tienen 3 a 4 hijos, antes de las sesiones demostrativas, ninguna presentaba una práctica adecuada de nutrición y después de las sesiones demostrativas el 14,7% presento práctica adecuada y 17,6% presento una práctica en proceso de alimentación infantil, lo que hace deducir que los programas educativos son efectivos en la adquisición del conocimiento de las madres, asimismo se cree que al mejorar el conocimiento de las madres se influye en las buenas prácticas alimentarias los que a su vez contribuirán en la disminución de la desnutrición infantil.

CONCLUSIONES

El presente estudio proporcionan una valiosa información de gran utilidad para la toma de decisiones en el campo de las intervenciones alimentario nutricionales orientadas al cambio de comportamientos en la población comunicación y educación en el tema alimentario nutricional, por ello requiere conocerse las características específicas de la problemática en cada ámbito con fines de diseñar intervenciones medibles y efectivas. A continuación presentamos un listado de conclusiones necesarias a tomar en consideración:

1. Los conocimientos sobre alimentación infantil, antes de la Consejería Nutricional más Sesiones Demostrativas fueron regulares en el 100,0%; y después de la aplicación de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas, estas cifras se modificaron favorablemente: en Bueno (82,3%) y regular (17,7%)
2. En la práctica de alimentación infantil, se encontró que antes de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas el 76,5% de madres tenían una práctica de alimentación infantil en proceso y 23,5% práctica inadecuada; después de la consejería y sesiones demostrativas, 47.1% de madres tuvieron una práctica de alimentación infantil adecuada y 52,9% práctica en proceso.

3. Se ha determinado que la Consejería Nutricional más Sesiones Demostrativas son efectivas en la optimización de los conocimientos y la practica de alimentación infantil en madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición que acudieron al Centro de Salud Socos. Ayacucho, 2013.

RECOMENDACIONES

1. Al sector Salud, para que extienda la aplicación del programa "Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas", en todas las comunidades alto andinas y en los lugares con altas tasas de desnutrición. Modifique la estrategia consejería nutricional con Sesiones Demostrativas en domicilio y con productos alimentarios existentes en el momento. Se gestione a la instancia respectiva a fin de que el set de preparación de alimentos (estímulo) sea entregado a las madres que aprueben la evaluación de la consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas.
2. Al sector Salud, para que el programa de "Consejería Nutricional", sea efectivo, se debe brindar como programa aparte del control de CRED, teniendo en cuenta los criterios según el marco normativo; las sesiones demostrativas deben realizarse con alimentos propios de la zona, en cada domicilio, con seguimiento y monitoreo permanente.
3. El personal de salud deberá obtener nuevas metodologías de enseñanza para facilitar la educación a la familia especialmente a las madres empleando un lenguaje adecuado teniendo en cuenta el grado educativo de la población.

4. A las madres para que pongan en práctica lo aprendido, además poner su creatividad para disminuir la desnutrición en su familia.

5. 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 la efectividad de las estrategias para la reducción de la desnutrición.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. UNICEF. informe "Progreso para la Infancia: un balance sobre nutrición" del Fondo para la Infancia de la ONU (UNICEF) de Mayo del 2006
2. World Health Organization. Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2002. (WHOWHA55/2002/REC/1 Annex 2).
3. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura FAO. «Mapa de desnutrición Crónica en el mundo». Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos93/desnutricion-cronica-peru/desnutricion-cronica-peru/>.
4. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Instituto Nacional de Salud Resultados del Programa Articulado de Nutrición según el MONIN (2008-2010)
5. REDESA. Sesiones demostrativas a tu alcance" - Guía metodológica para personal de salud sobre alimentación y nutrición de gestantes y niños menores de tres años Andahuaylas, ha sido producida por encargo del Programa Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria . 2006
6. Ministerio de Salud. MINSA 2009 "Consejería Nutricional en el Marco de La Atención de la Salud Materno Infantil".
7. Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Enero 2012

8. Rodríguez O., Lorena; Pizarro Q., Tito; Benavides M., Xenia; Atalah S., Eduardo. Evaluación del impacto de una intervención alimentario nutricional en niños chilenos con malnutrición por déficit / Impact evaluation of a nutritional intervention in Chilean children with malnutrition. Rev. chil. pediatr; 78 (4): 376-383, ago. 2007.
9. Huachaca Benites, Cynthia. "Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima 2008". Tesis para optar Licenciatura de Enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2008.
10. Luque Ruiz, Margareth y Cabrera Madueño, Karina. Efecto de la consejería nutricional con sesiones demostrativas en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años atendidos en el CLAS Luricocha, Agosto 2008- Marzo 2009 Huanta-Ayacucho, 2009. Tesis para optar Licenciatura de Enfermera, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho, 2009.
11. BUNGE, Mario; La ciencia, su método y filosofía. Ediciones. Siglo XX s/f. Buenos Aires.1971
12. SALAZAR B, Augusto; Introducción a la Filosofía.1971.
13. Kant, E. 1972). Kant, Emanuel. Kritik der reimen Vermunfi. Tadcuido por Pedro Ribas, ISBN: 84-306-0594-0. Dep.Legal: M-32.409-2005)

14. Ministerio de Salud. MINSA 2004." Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación y nutrición de la gestante y madre de niños menores de tres años".
15. Dirección Regional de Salud Ayacucho. DIRESA.2009. SESIÓN DEMOSTRATIVA. "Haciendo preparaciones nutritivas con productos locales".
16. Espinoza Hinojosa, García Osuna, J. K. y Rodríguez Castro, L. M., Uso de métodos antropométricos para determinar el estado nutricional de niños de familia indígenas migrantes de Pesqueira, Sonora, Tesis de Licenciatura, Departamento de Ciencias Químico Biológicas, Universidad de Sonora, 2007.
17. Organización Mundial de la Salud. OMS (27 DE ABRIL DE 2006). «La OMS difunde un nuevo patrón de crecimiento infantil», Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos93/desnutricion-cronica-peru/desnutricion-cronica-peru2.shtml#ixzz2Wlt3S1FX>.
18. RAMOS GALVAN, Rafael. Alimentación normal en niños y adolescentes. Edit. El Manual Moderno, S.A. México 1985.
19. SEGURA J. L., MONTES C., HILARIO M., ASENJO P., BALTAZAR G. Pobreza y Desnutrición Infantil PRISMA ONGD Primera edición: Setiembre, 2002 Lima – Perú Editorial Supergráfica EIRL
20. Ministerio de Salud. MINSA 2010. "Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años".

21. Medina Heredia, M^a T. (2008). Evaluación de programas educativos. Los materiales didácticos del Centro Nacional de Educación a Distancia. Tesis doctoral. Madrid: UNED.
22. Rivera M. La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en Mexico Rev.Cubana Salud Pública. Ene. 2007;33 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?864-466200700100015&script=sci_arttext
23. Documento Técnico 2013, "Sesiones demostrativas de preparaciones de alimentos para población materno infantil"
24. DUGAS (2000): Tratado de Enfermería Ed. 4ta. Edit. McGraw-Hill Interamericana - México.
25. ANTON HUIMAN, CAROLINA; y colaboradores. "Intervención educativa alimentaria nutricional para mejorar la ingesta de alimentos en las mujeres encargadas de la alimentación de niños de 12 a 59 meses, realizada en La Calle San Agustín en Surquillo" Escuela de Nutrición de la UNMSM. Lima 2005.
26. MORALES PURIZACA, OSCAR DAVID. "Eficacia de dos técnicas educativas: Informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental en el Centro Ann Sullivan del Perú". Lima 2006.
27. HENRIQUEZ, C; GUILLÉN, C y BENAVENTE, L (2002): Incidencia y Factores de Riesgo para adquirir problemas nutricionales. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&

28. RICE, J (1997): Desarrollo Humano. Estudio de ciclo vital. Edit. Prentice - Hall. Hispanoamericana – México.
29. REEDER, SH (1995): Enfermería Materno Infantil. 17ava ed. Edit. Interamericana. Mc. Graw-Hill - México.
30. Ministerio de Salud. MINSA (2000): Factores que Contribuyen a la Prevalencia de Enfermedades en la Infancia. Ministerio de Salud – Perú
31. ORTIZ, M (1999): La Salud Familiar. Med Gen Integr 1999 - Cuba.
32. Ministerio de Salud. MINSA (2006): Dirección de Epidemiología. Boletín Epidemiológico - Perú.
33. WALEY, T (1995): Tratado de Enfermería Pediátrica 4ta Edic. Mosby /Doyma - España.
34. MEDELLIN, M (1995): Atención Primaria de Salud, Crecimiento y Desarrollo del ser Humano. Edit. Guadalupe, Ltda – Colombia
35. Buyatti, Feuillede, Beltrán. "Como influye el nivel de instrucción y la situación laboral de los padres en el estado nutricional de sus hijos" Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 199 – Marzo 2010.

ANEXO

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

N°.....
Código:.....
Fecha.....

TEST DE CONOCIMIENTO

I. DATOS GENERALES:

- a. Edad:.....
- b. Estado civil:.....
- c. Grado de instrucción:.....
- d. N° de hijos;.....
- e. Edad del niño (a):.....

II. DATOS ESPECIFICOS:

1. La Alimentación complementaria se Inicia
 - a) 4 meses
 - b) 8 meses
 - c) Entre 9 y 10 meses
 - d) 6 meses
2. ¿Para alimentar al niño de 6 meses a 1 año necesito?
 - a) Alimentos especiales
 - b) Preparado exclusivamente para el niño
 - c) Sacar de la olla familiar
 - d) Desconoce
3. ¿La consistencia del alimento para el niño de 6 a 8 meses debe ser?
 - a) Licuado (crema)
 - b) liquida
 - c) Espeso (sopa espesa)
 - d) Puré, papilla, mazamorra
4. A los niños de 9 a 11 meses se deben:
 - a) Ofrecer sopas espesas
 - b) Ofrecer alimentos picados
 - c) Ofrecer papilla
 - d) Ofrecer comidas de la olla familiar
5. A los niños de 12 a 36 meses se deben:
 - a) Ofrecer sopas espesas
 - b) Ofrecer alimentos picados
 - c) Ofrecer papilla
 - d) Ofrecer comidas de la olla familiar
6. Qué cantidad de comida debe de consumir el niño (a) de 6 mes a 8 meses en su almuerzo o cena
 - a) Mitad de un plato mediano
 - b) 3/4 de un plato mediano
 - c) Un plato mediano lleno
 - d) Un plato pequeño

7. Qué cantidad de comida debe de consumir el niño (a) de 9 a 11 meses en su almuerzo o cena
- Mitad de un plato mediano
 - 3/4 de un plato mediano
 - Un plato mediano
 - Un plato pequeño
8. Qué cantidad de comida debe de consumir el niño (a) de 12 a 36 meses en su almuerzo o cena
- Mitad de un plato mediano
 - 3/4 de un plato mediano
 - Un plato mediano
 - Un plato pequeño
9. La frecuencia de los alimentos que brinda al niño(a) de 6 a 8 meses es:
- 2 veces + L.M
 - 5 veces + L.M
 - 3 veces + L.M
 - 4 veces + L.M
10. La frecuencia de los alimentos que brinda al niño(a) de 9 a 11 meses es:
- 4 veces + L.M
 - 5 veces + L.M
 - 3 veces + L.M
 - 2 veces + L.M
11. La frecuencia de los alimentos que brinda al niño(a) de 12 a 23 meses es:
- 2 veces + L.M
 - 1 veces + L.M
 - 4 veces + L.M
 - 5 veces + L.M
12. La frecuencia de los alimentos que brinda al niño(a) de 24 a 36 meses es:
- 3 veces + L.M
 - 2 veces + L.M
 - 4 veces + L.M
 - 5 veces
13. Que alimentos cree Ud. que previenen la anemia
- Sangrecita y pescado
 - Maíz y trigo
 - Verduras y frutas
 - Desconoce
14. Los alimentos de origen animal: carnes y vísceras se deben comer:
- Tres veces a la semana
 - Todos los días
 - Cada 15 días
 - 1 vez a la semana
15. Los alimentos de origen animal: lácteos y derivados se deben comer:
- Tres veces a la semana
 - Todos los días
 - Cada 15 días
 - 1 vez a la semana
16. Las menestras (frijoles, lentejas, habas, arvejas) se deben comer:

- a) 1 vez a la semana
 - b) varias veces a la semana
 - c) Cada 15 días
 - d) 1 vez al mes
17. Las frutas y verduras, se deben comer:
- a) 1 vez al mes
 - b) 1 vez a la semana
 - c) Todos los días
 - d) Tres veces por semana
18. Los tubérculos y cereales, se deben comer:
- a) Todos los días
 - b) 1 vez al mes
 - c) 1 vez a la semana
 - d) Tres veces por semana
19. Una mezcla balanceada para niños de 06 meses a 3 años incluye:
- a) Carbohidratos 60% – grasas 25%
 - b) proteínas 15 % – grasas 25% - Carbohidratos 60%
 - c) Grasas 25% - proteínas 15 %
 - d) Carbohidratos 60% – proteínas 15 %
20. ¿Qué cantidad y qué tipo de alimento utiliza para mezclar la chispita?
- a) Adecuado
 - b) Inadecuado
21. ¿Utiliza aceites, margarinas en la preparación de sus alimentos?
- a) Adecuado
 - b) Inadecuado
22. El lavado de manos debe hacerse con:
- a) Solo con agua
 - b) Con agua y jabón
23. Las frutas, verduras y utensilios deben lavarse:
- a) A veces
 - b) Siempre
 - c) Casi siempre
 - d) Nunca

PUNTUACIÓN DEL TEST DE CONOCIMIENTO:

Bueno : > de 17 puntos
Regular : 11 – 17 puntos
Malo : < de 11 puntos

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Nº.....

Código:.....

Fecha.....

GUIA DE OBSERVACION

DATOS GENERALES:

NOMBRE DE LA MADRE:.....

DOMICILIO:.....

EDAD DEL NIÑO (A):

Nº	ACTIVIDADES	ADECUADA	EN PROCESO	INADECUADO
01	Brinda alimentación complementaria a > 6 meses			
02	Prepara alimentos especialmente para el niño < 1 año			
03	Saca de la olla familiar para alimentar al niño > 1 año y < 3 años			
04	Prepara la consistencia de los alimentos de acuerdo a la edad del niño (a)			
05	Brinda alimentos de acuerdo a la edad del niño (a) ½, 3/4, 1 plato mediano			
06	La frecuencia de los alimentos que brinda es de acuerdo a la edad del niño (a)			
07	Incluye alimentos de origen animal, fuentes de proteína como: carnes, pescado, huevos, sangrecita, leche, queso etc.			
08	Incluye verduras y frutas de distintos colores como: zanahoria, zapallo, acelga, naranjas, manzana, plátano etc.			
09	Incluye granos secos como menestras: lentejas, frejol, arveja, habas, etc.			
10	Incluye granos secos como cereales y tubérculos: quinua, maíz, arroz, papa, olluco, mazhua, etc.			
11	En la preparación de los alimentos realiza una mezcla balanceada Carbohidrato + proteína + grasas			
12	Incluye micronutrientes en la dieta del niño (a) como: chispita, sulfato ferroso.			
13	La preparación de la chispita en la comidas:			

14	A la pregunta sabe que alimentos previenen la anemia			
15	Utiliza aceites, grasas en la preparación de sus alimentos			
16	Mantiene ordenado y limpio los utensilios, frutas, verduras y demás en el hogar.			
17	Utiliza agua y jabón para lavarse las manos			
	TOTAL			

PUNTUACION:

ADECUADA : >13
EN PROCESO : 08 - 13
INADECUADA : < 08

ANEXO 3

PLAN DE CAPACITACION

1. ALCANCE

El presente Plan de Capacitación se implementará en el distrito de Socos, y se aplicará a las madres de niños de 6 a 36 meses con diagnóstico de desnutrición aguda.

2. VIGENCIA

El presente plan iniciará su ejecución durante el mes de Agosto hasta concluir con las sesiones educativas; asimismo por ser una herramienta dinámica estará sujeta a la disponibilidad de la población en estudio.

3. FINALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN

• *Lograr la participación de las madres de niños de 6 a 36 meses con diagnóstico de desnutrición aguda y como consiguiente la recuperación nutricional de sus niños.*

3 OBJETIVOS DEL PLAN DE CAPACITACIÓN

3.1 Objetivo General:

Contribuir al fortalecimiento de las capacidades de las madres de niños de 6 a 36 meses con diagnóstico de desnutrición aguda *para su proceso de recuperación.*

3.2 Objetivos Específicos:

- Brindar conocimientos a las madres con niños de 6 a 36 meses con diagnóstico de desnutrición aguda
- Modificar actitudes de las madres para contribuir en la recuperación nutricional de sus niños
- Desarrollar y fortalecer habilidades de las madres, para lograr el adecuado control nutricional de sus niños a fin de garantizar la sostenibilidad del programa.
- Sensibilizar a los Agentes comunitarios en la reducción de la desnutrición en niños menores de 36 meses.

4 JUSTIFICACIÓN

El Plan de Capacitación está orientado a contribuir con el desarrollo de conocimientos y habilidades de las madres y agentes comunitarios para realizar acciones recuperación y prevención de la desnutrición infantil en el distrito de Socos.

5. TEMAS DE CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y AGENTES COMUNITARIOS PARTICIPANTES

CONSEJERIAS

- Desnutrición y anemia.
- Alimentación y nutrición
- Higiene y afecto

SESIONES DEMOSTRATIVAS (Dinámicas)

- Prepare comidas espesas o segundos según la edad de la niña o niño

- El niño o niña conforme tiene más edad comerá mas cantidad y más veces al día
- Coma alimentos de origen animal todos los días
- Acompañe a sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro
- Coma menestra varias veces a la semana
- La suplementación alimentaria con multimicro nutrientes “Chispita”

5 RESPONSABILIDAD

El cumplimiento del presente Plan de Capacitación es responsabilidad de las investigadoras

6 RECURSOS HUMANOS

Está conformado por las investigadoras, con experiencia en la desnutrición y promoción y prevención de la desnutrición, participando como facilitadores y expositores especializados en la materia.

A

ENTREGA DE MATERIALES

A las madres y a Agentes Comunitarios del distrito de Socos, se hará entrega de los siguientes materiales:

_ Trípticos

_ Set de materiales y utensilios para las sesiones demostrativas (platos grandes y medianos, cucharas, cucharitas, tenedores, cuchillo de mesa, vasos de plástico, jarras, colador, tabla de picar, envases con tapa, bidón de plástico con caño, tina o batea con caño, mandiles, gorros, jabón, jabonera, escobilla de uñas, secador para vajilla, toallas de manos, bolsa de basura, juego educativo, bolsa porta set.

9. FINANCIAMIENTO

El monto de inversión de este Plan de Capacitación, será autofinanciado por las investigadoras.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El presente Plan de Capacitación se desarrollará entre los meses de agosto y Setiembre de acuerdo al siguiente cronograma:

PRE TEST									
Modalidad	Tema	Responsables	Comunidad	Cronograma					
				23 al 25-08	26-8-13	27-8-13	28-8-13	29-8-13	30-8-13
CONOCIMIENTO Y PRACTICA	Desnutrición y anemia Alimentación y nutrición Higiene y afecto	Bach. Jackelyn Bach. Denisse	YANAYACU	X					
			MAUKALLACCTA LARANPUQUIO		X				
			PUCALOMA ORCCOTA			X			
			SAN MARTIN ATURQUI				X		
			PAQPAPATA SAMANA					X	
			LLUMCHI						X

CRONOGRAMA DE CONSEJERIA NUTRICIONAL Y SESION DEMOSTRATIVA

Modalidad	Tema	Responsables	Comunidad	Cronograma						
				31-8 al 2-9-13	3 al 04-09	05 al 06- 09	07 al 08-09	09 al 10-09	11-09	14 Y 15- 09-13
CONSEJERIA NUTRICIONAL	Desnutrición y anemia Alimentación y nutrición Higiene y afecto	Bach. Jackelyn Bach. Denisse	YANAYACU	X						
			MAUKALLACCTA LARANPUQUIO		X					
			PUCALOMA ORCCOTA			X				
			SAN MARTIN ATURQUI				X			
			PAQPAPATA SAMANA					X		
			LLUMCHI						X	
SESION DEMOSTRATIVA	Desnutrición y anemia Higiene y afecto Alimentación y nutrición	Bach. Jackelyn Bach. Denisse							X	

POS TEST

Modalidad	Tema	Responsables	Comunidad	Cronograma					
				21 al 23-09	24 al 25-09	26 -09-13	27-09-13	28-09-13	29-09-13
CONOCIMIENTO Y PRACTICA	<i>Desnutrición y anemia</i>	Bach. Jackelyn	YANAYACU	X					
			MAUKALLACCTA LARANPUQUIO		X				
	Bach. Denisse	PUCALOMA ORCCOTA			X				
		SAN MARTIN ATURQUI				X			
		PAQPAPATA SAMANA					X		
		LLUMCHI						X	

POST TEST

SESION DEMOSTRATIVA CON TODAS LAS MADRES DE LAS DISTINTAS COMUNIDADES

Tema	Eje temático	Responsables	Comunidad	Cronograma
<p>Desnutrición y anemia</p> <p>Higiene y afecto</p> <p>Alimentación y nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare comidas espesas o segundos según la edad de la niña o niño. • El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día • Coma alimentos de origen animal todos los días • Acompañe a sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro • Coma menestra varias veces a la semana. • La suplementación alimentaria con multimicro nutriente "Chispita" 	<p>Bach. Jackelyn</p> <p>Bach. Denisse</p>	<p>YANAYACU</p> <p>MAUKALLACCTA</p> <p>LARANPUQUIO</p> <p>PUCALOMA</p> <p>ORCCOTA</p> <p>SAN MARTIN</p> <p>ATURQUI</p> <p>PAQPAPATA</p> <p>SAMANA</p> <p>LLUMCHI</p>	<p>14 - 15 DE SETIEMBRE DEL 2013</p>

PLAN DE CAPACITACIÓN

Taller	Tema	Contenidos	Acciones	Técnicas	Dirigido a	H C
Consejerí a N° 01	Desnutrición y anemia	Definición, causas, consecuencias, diagnóstico, tratamiento	Presentación y exposición de rotafolio: "Haciendo preparaciones nutritivas con productos locales"	Presentación y tormenta de ideas		10 min
Consejerí a N° 02	Alimentación y nutrición	Lactancia materna y alimentación complementaria				10 min
Consejerí a N° 03	Higiene y afecto	Lavado de manos, utensilios y alimentos				10 min
						05 min
Sesión N° 01	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare comidas espesas o segundos según la edad de la niña o niño • El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día. • Coma alimentos de origen animal todos los días • Acompañe a sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro • Coma menestra varias veces a la semana. • Suplemento alimentario con multimicro nutrientes "Chispita" 	<p>Calidad y consistencia de la preparación de alimentos según edad: Frecuencia y cantidad de la preparación de alimentos según edad: Alimentos ricos en hierro; prevención de la anemia</p> <p>Alimentos ricos en vitaminas; prevención de déficit de micronutrientes. Alimentos ricos en vitaminas; prevención de déficit de Vit B12, Calcio, Fosforo.</p> <p>Prevención de la anemia</p> <p>6 – 8 meses</p>	Muestra de platos preparados para el niño (a) según edad.	Observación, demostración y redemonstración	<p>-Madres con niños desnutridos menores de 36 meses</p> <p>-Promotores de salud</p>	40 min
Sesión N° 02	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare comidas espesas o segundos según la edad de la niña o niño • El niño o niña conforme tiene más edad comerá más 	Calidad y consistencia de la preparación de alimentos según edad: Frecuencia y cantidad de la preparación de alimentos según edad:	Muestra de platos preparados para el niño (a) según edad.	Observación, demostración y redemonstración	<p>-Madres con niños desnutridos menores de 36 meses</p> <p>-Promotores de salud</p>	40 min

	<p>cantidad y más veces al día</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coma alimentos de origen animal todos los días • Acompañe a sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro • Coma menestra varias veces a la semana. • Suplemento alimentario con multimicro nutrientes "Chispita" 	<p>Alimentos ricos en hierro; prevención de la anemia Alimentos ricos en vitaminas; prevención de déficit de micronutrientes. Alimentos ricos en vitaminas; prevención de déficit de Vit B12, Calcio, Fosforo. Prevención de la anemia</p> <p>9 a 12 meses</p>			<p>-Madres con niños desnutridos menores de 36 meses</p>	
<p>Sesión N° 03</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare comidas espesas o segundos según la edad de la niña o niño • El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día • Coma alimentos de origen animal todos los días • Acompañe a sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro • Coma menestra varias veces a la semana. • Suplemento alimentario con multimicro nutrientes "Chispita" 	<p>Calidad y consistencia de la preparación de alimentos según edad: Frecuencia y cantidad de la preparación de alimentos según edad: Alimentos ricos en hierro; prevención de la anemia Alimentos ricos en vitaminas; prevención de déficit de micronutrientes. Alimentos ricos en vitaminas; prevención de déficit de Vit B12, Calcio, Fosforo. Prevención de la anemia</p> <p>> de 1 año</p>	<p>Muestra de platos preparados para el niño (a) según edad.</p>	<p>Observación, demostración y redemostración</p>	<p>-Promotores de salud</p>	<p>40 min</p>

ANEXO 4

PROGRAMA DE CONSEJERIA NUTRICIONAL

TEMA: Desnutrición y anemia

FECHA:

DURACIÓN: 10 min.

POBLACIÓN OBJETIVO: 01 Madre de niño de 6 a 36 meses con desnutrición aguda.

II OBJETIVOS:

- 1.-Sensibilizar a la madre en la prevención de la desnutrición y anemia
- 2.-Dar a conocer la importancia de la alimentación nutritiva.

III METODOLOGIA:

Constructivista - Interactiva.

IV JUSTIFICACIÓN

Este programa de consejería nutricional se realiza con la finalidad de mejorar la calidad de alimentación, priorizando a los niños con desnutrición aguda

V CONTENIDO TEMATICO

HOR A	ACTIVIDAD	METODOLOG IA	MATERIAL ES
1 min	Coordinar y buscar la aceptación de la madre para la consejería nutricional.	Presentación de la consejera (investigadora)	Rotafolio
6 min	Desarrollo del tema. Definición de la desnutrición aguda Causas de la desnutrición aguda, Consecuencias de la desnutrición Diagnostico nutricional Tratamiento de la desnutrición aguda Definición de la anemia Causas de la anemia Consecuencias Tratamiento de la anemia. Alternativas de solución: Sesión demostrativa	expositiva	Rotafolio
2 min	Registro de acuerdos: Compromiso de la madre de participar en las sesiones		
1 min	Cierre y seguimiento	participativa	Rotafolio

VI BIBLIOGRAFIA

1. Guías de consejería alimentaria MINSA. CONSEJERIA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCION DE LA SALUD MATERNO INFANTIL. 2009

VII RECURSOS A UTILIZAR

HUMANOS:

- Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Madres de familia de los niños de 6 a 36 meses, que acuden al Centro de Salud de Socos 2013.
-

ANEXO 5

PROGRAMA DE CONSEJERIA NUTRICIONAL

TEMA: Alimentación y Nutrición

FECHA:

DURACIÓN: 10 min.

POBLACIÓN OBJETIVO: 01 Madre de niño de 6 a 36 meses con desnutrición aguda.

II OBJETIVOS:

- 1.-Sensibilizar a la madre en la adecuada alimentación para su niño
- 2.-Dar a conocer la importancia de la alimentación nutritiva.

III METODOLOGIA:

Constructivista - Interactiva.

IV JUSTIFICACIÓN

Este programa de consejería nutricional se realiza con la finalidad de mejorar la calidad de alimentación, priorizando a los niños con desnutrición aguda

V CONTENIDO TEMATICO

HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	MATERIALES
1 min	<i>Alimentación y nutrición</i> Lactancia materna y alimentación complementaria	Expositiva	Rotafolio
6 min	Desarrollo del tema. Definición e importancia de la lactancia materna Definición Alimentación complementaria Alimentos nutritivos. Frecuencia, consistencia, cantidad.. Definición e importancia de los micronutrientes (chispita)	expositiva	Rotafolio tríptico
	Alternativas de solución: Sesión demostrativa		
2 min	Registro de acuerdos: Compromiso de la madre de participar en las sesiones		
1 min	Cierre y seguimiento	participativa	Rotafolio

VI BIBLIOGRAFIA

Guías de consejería alimentaria MINSA. CONSEJERIA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCION DE LA SALUD MATERNO INFANTIL. 2009

VII RECURSOS A UTILIZAR

HUMANOS:

- Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Madres de familia de los niños de 6 a 36 meses, que acuden al Centro de Salud de Socos 2013.

ANEXO 6

PROGRAMA DE CONSEJERIA NUTRICIONAL

TEMA: Higiene y afecto.

FECHA:

DURACIÓN: 10 min.

POBLACIÓN OBJETIVO: 01 Madre de niño de 6 a 36 meses con desnutrición aguda.

II OBJETIVOS:

- 1.-Sensibilizar a la madre en la higiene y afecto.
- 2.-Dar a conocer la importancia de la higiene y afecto durante la alimentación del niño(a).

III METODOLOGIA:

Constructivista - Interactiva.

IV JUSTIFICACIÓN

Este programa de consejería nutricional se realiza con la finalidad de mejorar la calidad de alimentación, priorizando a los niños con desnutrición aguda

V CONTENIDO TEMATICO

HOR A	ACTIVIDAD	METODOLOG IA	MATERIAL ES
1 min	<i>Presentación del tema</i> <i>Higiene y afecto</i>		Rotafolio
6 min	Desarrollo del tema. Definición de lavado de manos. Importancia de lavado de manos. Definición de lavado de utensilios. Importancia de lavado de utensilios. Definición de lavado de los alimentos. Importancia de lavado de los alimentos. Definición del afecto. Importancia de brindar afecto al niño.	Expositiva	Rotafolio triptico
	Alternativas de solución: Sesión demostrativa		
2 min	Registro de acuerdos: Compromiso de la madre de participar en las sesiones		
1 min	Cierre y seguimiento	Participativa	Rotafolio

VI BIBLIOGRAFIA

Guías de consejería alimentaria MINSA. CONSEJERIA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCION DE LA SALUD MATERNO INFANTIL. 2009

VII RECURSOS A UTILIZAR

HUMANOS:

- Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Madres de familia de los niños de 6 a 36 meses, que acuden al Centro de Salud de Socos 2013.

ANEXO 7

PROGRAMA DE SESION DEMOSTRATIVA

TEMA: "HACIENDO PREPARACIONES NUTRITIVAS CON PRODUCTOS LOCALES"

FECHA:

DURACIÓN: 3 horas

POBLACIÓN OBJETIVO: Madres de los niños de 6 a 36 meses con desnutrición

II OBJETIVOS:

1.- Enseñar a las madres la preparación de alimentos con calidad, cantidad, frecuencia y consistencia según edad, con los productos de la zona.

III METODOLOGIA:

Demostración y redemostración.

IV JUSTIFICACIÓN

Este programa de sesión demostrativa se realiza con la finalidad de mejorar las prácticas de alimentación infantil con calidad, cantidad, frecuencia y consistencia según edad. Priorizando a los niños con desnutrición.

V CONTENIDO TEMATICO

HRS.	CONTENIDO	MATERIALES DIDACTICOS
	SESIÓN DEMOSTRATIVA	
9.00	Antes de la sesión (Organización)	Socio drama
9.10	- Las responsabilidades, la fecha, el local, la convocatoria, set para la S.D, preparación de material educativo de apoyo, elección de los alimentos, ambientación y preparación, preparación modelo.	Rota folios
9:40	Durante la sesión (desarrollo y práctica de las preparaciones)	Sillas, mesas, alimentos
	- Recepción y registro de las participantes, presentación de los participantes, presentación y objetivos del taller, motivación, desarrollo de los contenidos a través de mensajes importantes, lavado de manos con agua y jabón, preparación de alimentos, la presentación y evaluación de las preparaciones.	Kits
	Después de la sesión (Evaluación y reforzamiento)	videos
	- Verificación de aprendizaje, compromisos, devolución de kits	

VI BIBLIOGRAFIA

- Guías de sesión demostrativa "haciendo preparaciones nutritivas con productos locales" MINSA 2008.

VII RECURSOS A UTILIZAR

HUMANOS:

- Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Madres de familia de los niños de 6 a 36 meses, que acuden al Centro de Salud de Socos 2013.

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SESION DEMOSTRATIVA

1º SESION

TEMA: "Haciendo preparaciones nutritivas con productos locales"

FECHA:

DURACIÓN: 40 min.

POBLACIÓN OBJETIVO: Madres de los niños de 6 a 8 meses con desnutrición

II OBJETIVOS:

1.- Enseñar a las madres la preparación de comidas nutritivas de calidad, cantidad, consistencia y frecuencia según edad.

III METODOLOGIA:

Demostración y redemostración.

IV JUSTIFICACIÓN

Este programa de sesión demostrativa se realiza con la finalidad de mejorar las prácticas de alimentación en calidad y consistencia priorizando a los niños con desnutrición.

HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	MATERIALES
5 min	Registro de participantes e identificación Entrega de kits		Hojas de registros
	Evaluación de conocimiento previo	Evaluación	Pre test
5 min	Presentación de participantes y facilitadores (Motivación) Objetivos del taller	Registros	Hojas de registros
23 min	Desarrollo del contenido: Lavado de manos con agua y jabón Preparación de los alimentos. <ul style="list-style-type: none"> • Prepare comidas espesas o segundos según la edad de la niña o niño • El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día • Coma alimentos de origen animal todos los días • Acompañe a sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro • Coma menestra varias veces a la semana. Suplemento alimentario con multimicro nutrientes "Chispita" Presentación de las preparaciones.	Demostración	Muestras de alimentos
5 min	Evaluación del aprendizaje	Evaluación	Post test
5 min	Compromisos		cuaderno de compromiso

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SESION DEMOSTRATIVA

2º SESIÓN

TEMA: "Haciendo preparaciones nutritivas con productos locales"

FECHA:

DURACIÓN: 40 min.

POBLACIÓN OBJETIVO: Madres de los niños de 9 a 11 meses con desnutrición

II OBJETIVOS:

1.- Enseñar a las madres la preparación de comidas nutritivas de calidad, cantidad, consistencia y frecuencia según edad.

III METODOLOGIA:

Demostración y redemostración.

IV JUSTIFICACIÓN

Este programa de sesión demostrativa se realiza con la finalidad de mejorar las prácticas de alimentación en calidad y consistencia priorizando a los niños con desnutrición.

V CONTENIDO TEMATICO

HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	MATERIALES
5 min	Registro de participantes e identificación Entrega de kits	Explicativa	Hojas de registros
	Evaluación de conocimiento previo	Evaluación	Pre test
5 min	Presentación de participantes y facilitadores (Motivación) Objetivos del taller	Registros	Hojas de registros
23 min	Desarrollo del contenido: Lavado de manos con agua y jabón Preparación de los alimentos Presentación de las preparaciones.	Demostración	Muestras de alimentos
5 min	Evaluación del aprendizaje	Evaluación	Post test
5 min	Compromisos		cuaderno de compromiso

VI BIBLIOGRAFIA

- Guías de sesión demostrativa "haciendo preparaciones nutritivas con productos locales" MINSA 2008.

VII RECURSOS A UTILIZAR

HUMANOS:

- Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Madres de familia de los niños de 6 a 36 meses, que acuden al Centro de Salud de Socos 2013.

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SESION DEMOSTRATIVA

3° SESIÓN

TEMA: "Haciendo preparaciones nutritivas con productos locales"

FECHA:

DURACIÓN: 40 min.

POBLACIÓN OBJETIVO: Madres de los niños de 12 a 36 meses con desnutrición

II OBJETIVOS:

1.- Enseñar a las madres la preparación de comidas nutritivas de calidad, consistencia y frecuencia según edad.

III METODOLOGIA:

Demostración y redemostración.

IV JUSTIFICACIÓN

Este programa de sesión demostrativa se realiza con la finalidad de mejorar las prácticas de alimentación en calidad y consistencia priorizando a los niños con desnutrición.

V CONTENIDO TEMATICO

HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	MATERIALES
5 min	Registro de participantes e identificación Entrega de kits	Explicativa	Hojas de registros
	Evaluación de conocimiento previo	Evaluación	Pre test
5 min	Presentación de participantes y facilitadores (Motivación) Objetivos del taller	Registros	Hojas de registros
23 min	Desarrollo del contenido: Lavado de manos con agua y jabón Preparación de los alimentos Presentación de las preparaciones.	Demostración	Muestras de alimentos
5 min	Evaluación del aprendizaje	Evaluación	Post test
5 min	Compromisos		cuaderno de compromiso

VI BIBLIOGRAFIA

- Guías de sesión demostrativa "haciendo preparaciones nutritivas con productos locales" MINSA 2008.

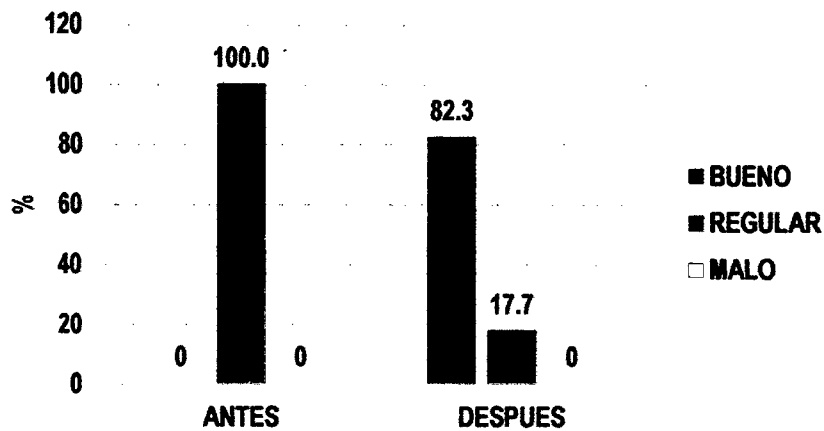
VII RECURSOS A UTILIZAR

HUMANOS:

- Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Madres de familia de los niños de 6 a 36 meses, que acuden al Centro de Salud de Socos 2013.

GRAFICO N° 01

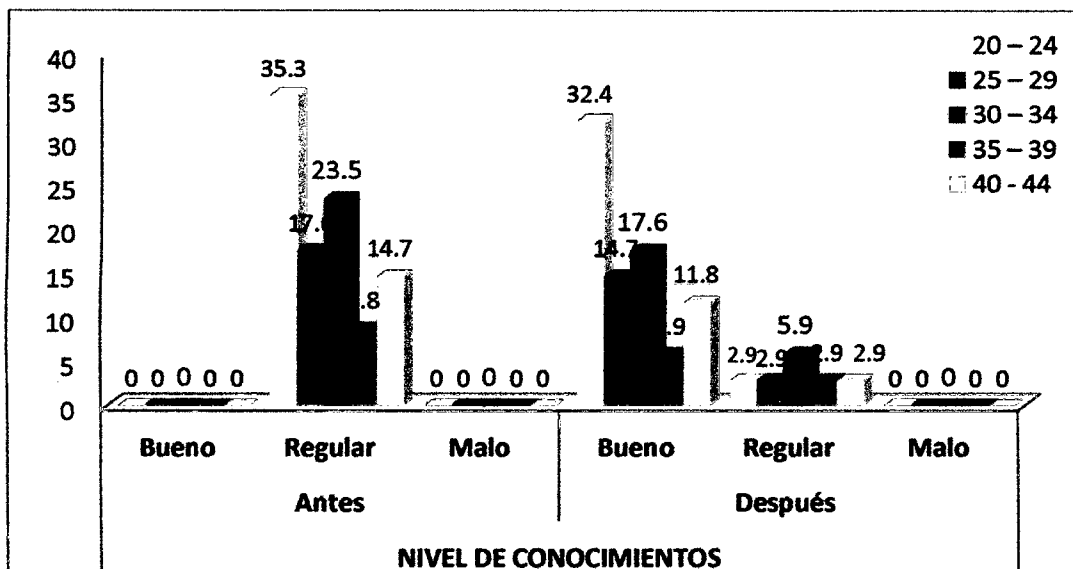
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES SOBRE ALIMENTACION INFANTIL ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, 2013.



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

GRAFICO N° 02

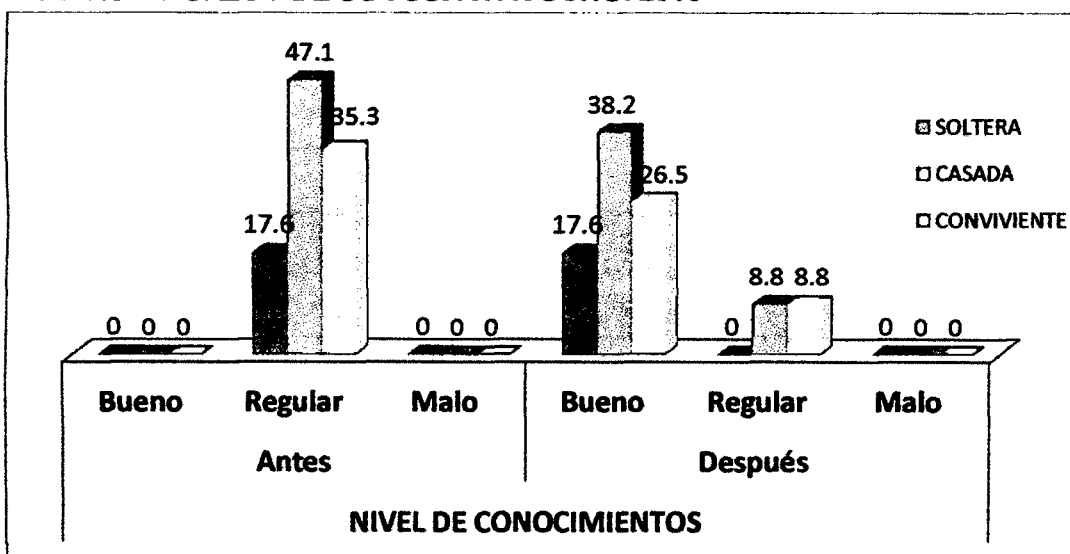
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION INFANTIL SEGÚN EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS. AYACUCHO. 2013



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

GRAFICO N° 03

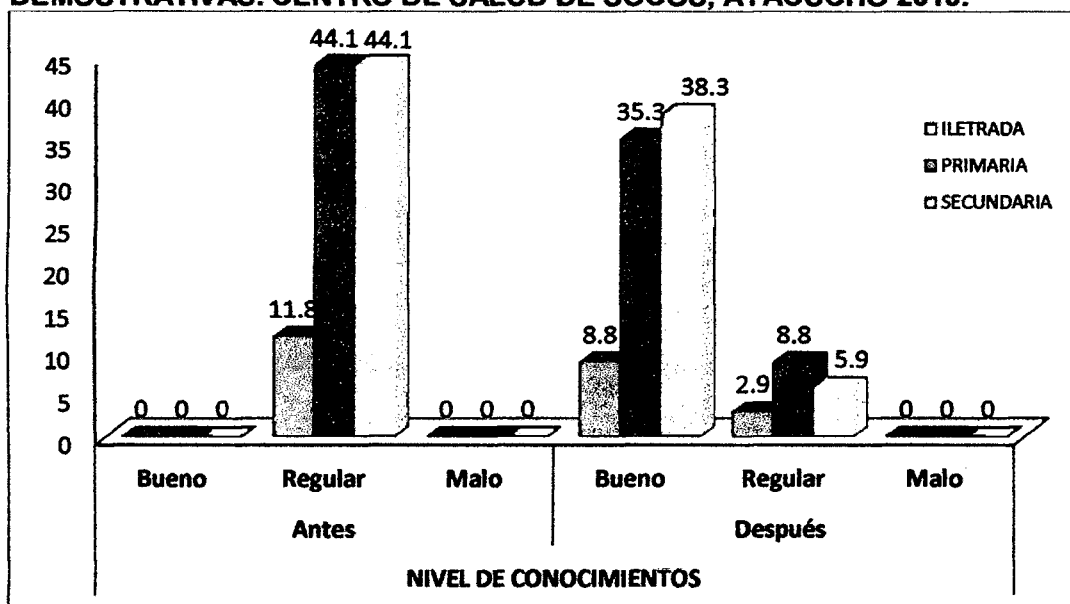
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION INFANTIL SEGÚN ESTADO CIVIL DE MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS. AYACUCHO. 2013



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición

GRAFICO N° 04

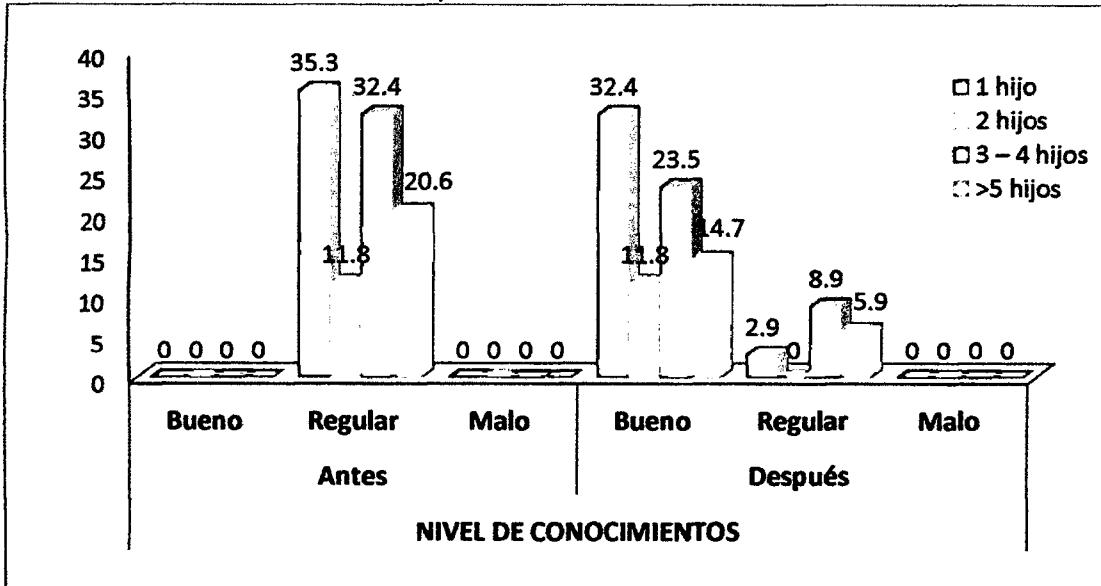
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION INFANTIL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, AYACUCHO 2013.



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición

GRAFICO N° 05

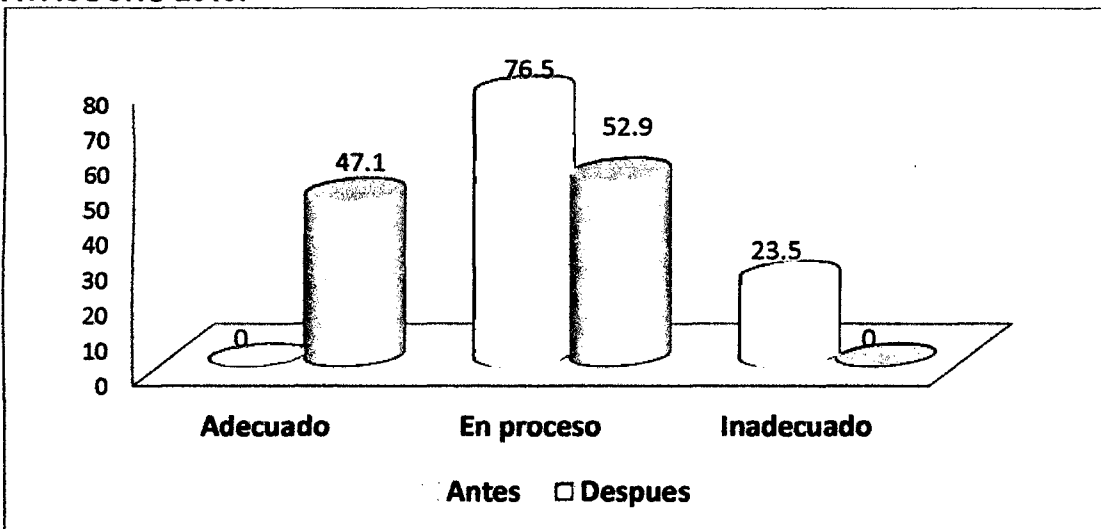
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION INFANTIL SEGÚN NUMERO DE HIJOS DE MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, AYACUCHO 2013.



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

GRAFICO N° 06

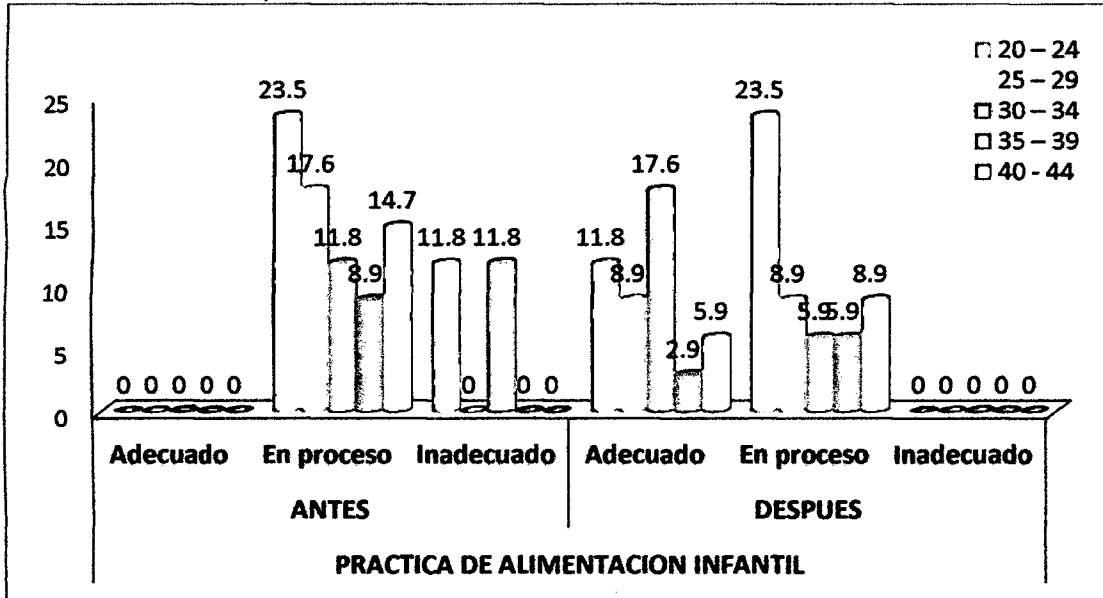
PRÁCTICA SOBRE ALIMENTACION INFANTIL DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERIA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, AYACUCHO 2013.



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

GRAFICO N° 07

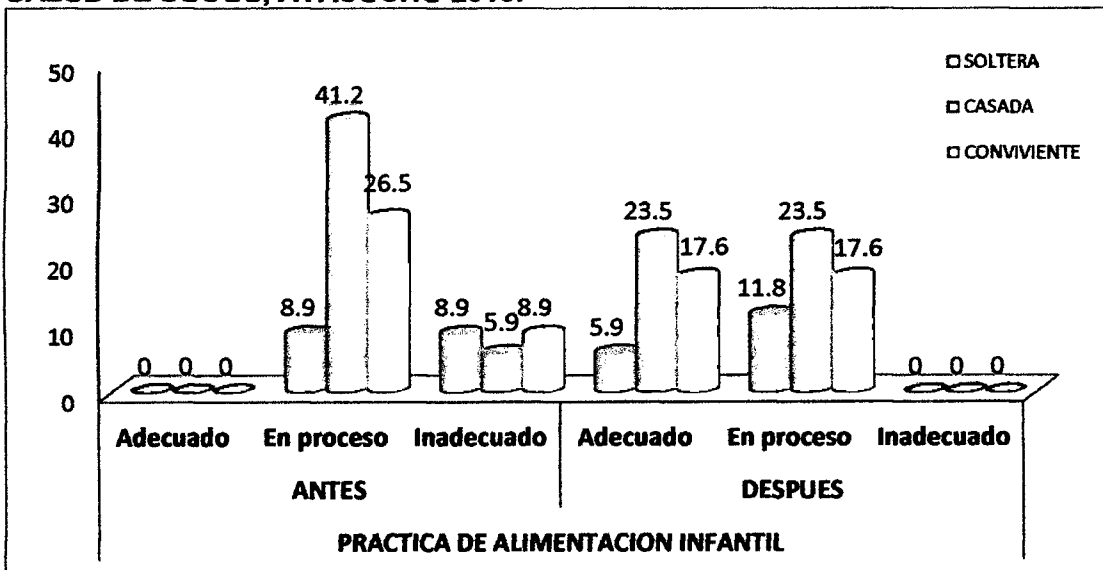
PRÁCTICA SOBRE ALIMENTACION INFANTIL SEGÚN EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, AYACUCHO 2013.



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

GRAFICO N° 08

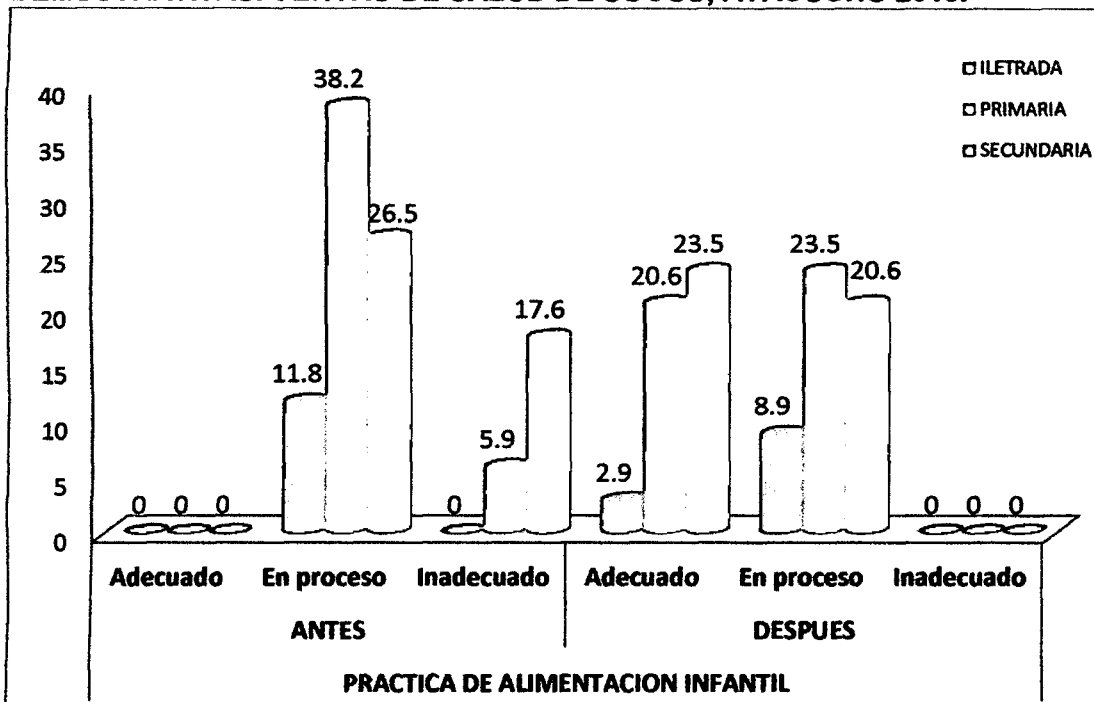
PRÁCTICA SOBRE ALIMENTACION INFANTIL SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, AYACUCHO 2013.



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

GRAFICO N° 09

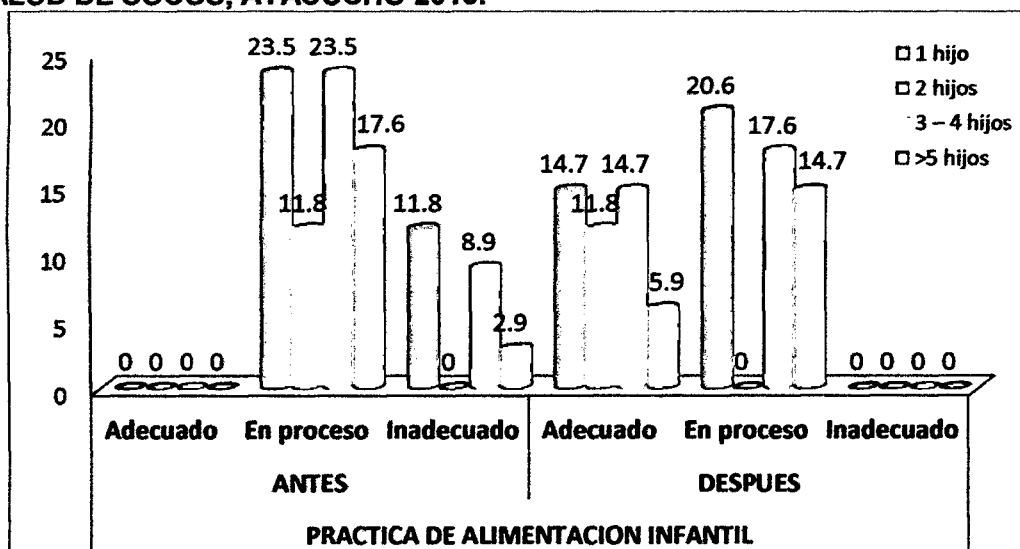
PRACTICA SOBRE ALIMENTACION INFANTIL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, AYACUCHO 2013.



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

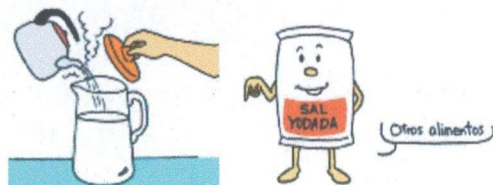
GRAFICO N° 10

PRACTICA SOBRE ALIMENTACION INFANTIL SEGÚN NUMERO DE HIJOS DE MADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS DE 06 -36 MESES ANTES Y DESPUES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS. CENTRO DE SALUD DE SOCOS, AYACUCHO 2013.



FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario a las madres de niños de 06 a 36 meses de edad con desnutrición.

Consumir sal yodada y agua hervida



Es importante el lavado de manos, los utensilios, las frutas y verduras y mantener cubierto los alimentos.



Mantener tapado y alejado la basura y no permitir que ingresen animales a la cocina.



Brindar afecto durante la alimentación del niño(a), ayuda en su deseo de comer y crecer saludablemente.



CONSEJERIA NUTRICIONAL



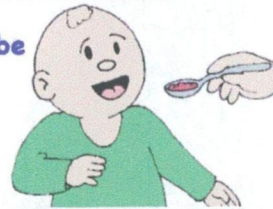
EFFECTO DE LA CONSEJERIA NUTRICIONAL Y SESIONES DEMOSTRATIVAS EN EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN MADRES DE NIÑOS CON DESNUTRICION ATENDIDOS EN EL C.S SOCOS. AYACUCHO 2013

DENISSE DE LA CRUZ PONTE Y JACKELYN HUAMAN MENDOZA

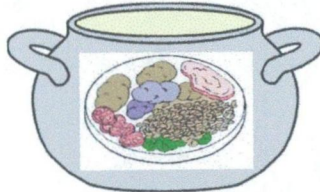
¿La Alimentación Complementaria se Inicia?

Al cumplir los 6 meses tú bebe

Ya está listo para comer



Para alimentar al niño de 6 meses a 3 años necesito alimentos Especialmente preparado, Sacados de la olla familiar.



Consistencia de los alimentos de 6 a 8 meses

2 a 3 cucharadas



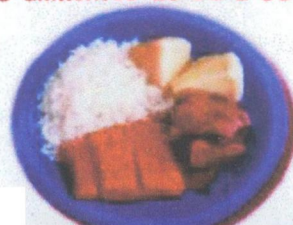
Consistencia de los alimentos de 9 a 11 meses

3 a 5 cucharadas



Consistencia de los alimentos de 12 a 36 meses

5 a 7 cucharadas



La frecuencia de alimentos para los niños de 6 meses a 3 años debe ser?

<p>6 a 8 meses 2 comidas más leche materna</p>	<p>9 a 11 meses 3 comidas más leche materna</p>	<p>1 a 2 años 4 comidas 3 principales 1 adicionales</p>	<p>1 a 3 años 5 comidas 3 principales 2 adicionales</p>
---	--	--	--

¿Qué alimentos previenen la anemia?



Una alimentación balanceada es cuando incluimos alimentos de origen animal todos los días, menestras tres veces por semana, frutas y verduras todos los días, tubérculos y cereales todos los días.



La cantidad de aceite a utilizar es 1 cucharita en una comida del día, y la chispita mezclar en 2 cucharas de comida espesa (segundos).

