

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**“CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS (AS) DE 6 A 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, AYACUCHO. 2018”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

Bach. CORAS PEREZ, Monica.

Bach. GUTIERREZ LUNAZCO, Ruth Marcelina.

**ASESOR**

MORALES SILVESTRE, Arturo

**AYACUCHO – PERÚ**

**2018**

**“CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS (AS) DE 6 A 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, AYACUCHO. 2018”**

**AUTORAS:** CORAS PEREZ, Monica Y GUTIERREZ LUNAZCO, Ruth Marcelina

**RESUMEN**

El **Objetivo Principal** fue: determinar la relación de la calidad de la consejería nutricional con la alimentación complementaria en niños(as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018. **Materiales y Métodos:** Tipo de estudio no experimental – correlacional, siendo el área geográfica de investigación el “Centro Salud de Huamanguilla”, ubicado en el Distrito de Huamanguilla - Huanta; la muestra estuvo constituida por 30 niños (as) de 6 a 24 meses de edad con alimentación complementaria y diagnóstico de anemia. La recolección de datos fue mediante la técnica de observación directa (Guía de observación y ficha de cotejo). **Resultados:** El 70% de las Licenciadas (os) en Enfermería brindan una consejería nutricional “inadecuado” de las cuales el 90.5% de las madres o cuidadores brindan una alimentación complementaria “deficiente” y el 9.5% “buena”; mientras que del 30% de Licenciadas(os) que brindan una consejería nutricional “En proceso”, 88.9% (8) de las madres o cuidadores brindan una alimentación complementaria “deficiente” y el 11.1% “buena”. **Conclusión:** Existe relación significativa entre la calidad de la consejería nutricional y la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla; por ende manifestamos que cuando la consejería nutricional es “inadecuada” la alimentación complementaria es “deficiente”.

**Palabras clave:** Consejería nutricional, alimentación complementaria, anemia.

**"QUALITY OF THE NUTRITIONAL COUNSELING AND ITS RELATIONSHIP WITH SUPPLEMENTARY FOOD IN CHILDREN (AS) FROM 6 TO 24 MONTHS WITH DIAGNOSIS OF ANEMIA THAT COME TO THE HEALTH CENTER HUAMANGUILLA, AYACUCHO. 2018"**

**AUTHORS:** CORAS PEREZ, Monica and GUTIERREZ LUNAZCO, Ruth Marcelina

**SUMMARY**

**The main objective was to:** determine the Quality of Nutritional Counseling with Complementary Feeding in children from 6 to 24 months with a diagnosis of anemia who come to the Huamanguilla Health Center, Ayacucho. 2018. **Materials and Methods:** Type of non-experimental study - correlational, being the geographic area of research the "Health Center of Huamanguilla", located in the District of Huamanguilla - Huanta; the sample was constituted by 30 children (as) from 6 to 24 months of age with complementary feeding and diagnosis of anemia. The data collection was through the technique of direct observation (Observation Guide and Checksheet). **Results:** 70% of the Nursing Graduates provide an "Inadequate" Nutritional Counseling, of which 90.5% of the mothers or caregivers provide a "Poor" complementary food and 9.5% "Good"; while of 30% of graduates who provide Nutritional Counseling "In process", 88.9% (8) of the mothers or caregivers provide complementary feeding "Deficient" and 11.1% "Good". **Conclusion:** There is a significant relationship between the quality of nutritional counseling and the quality of complementary feeding in children between 6 and 24 months of age with a diagnosis of anemia who come to the Huamanguilla Health Center; therefore, we declare that when the Nutritional Counseling is "inadequate" the complementary food is "deficient".

**KEYWORDS:** Nutritional Counseling, Complementary Feeding, Anemia.

## DEDICATORIA

A mi virgencita de las Mercedes y a mi abuelito Aldo, quienes me guían e iluminan desde el cielo.

A mi Familia; Cirilo Coras y Elva Pérez (mis padres) por su apoyo emocional, económico y por confiar en mí. Sulema y Aldo (mis hermanos) por su apoyo incondicional.

Jhan Liam (mi sobrino favorito).

A mi pomposito por brindarme todo su apoyo en todo momento.

MONICA

A Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno más de mis propósitos.

A mis padres que han sido un gran ejemplo en mi vida, por su apoyo incondicional en toda mi formación académica y brindarme su cariño de manera desinteresada.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome día a día.

RUTH

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, Cirilo Coras Canales y Elva Perez Quispe (Monica Coras Perez); Indalicio Gutierrez Avendaño y Zenobia Lunazco Velazque (Ruth M. Gutierrez Lunazco), por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

A nuestra Alma Mater: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA, por acogernos en sus aulas y formarnos profesionales con valores y excelencia académica.

A la ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, a los docentes, al personal administrativo, por formarnos como líderes en salud con humanismo ético.

A nuestro asesor ARTURO MORALES SILVESTRE, por sus valiosas sugerencias y aportes durante el desarrollo del presente proyecto de tesis.

A cada una de las LICENCIADAS(OS) DE ENFERMERIA, padres de familia o cuidadores que fueron partícipes en la presente investigación.

## ÍNDICE

|   |            |
|---|------------|
| <b>RESUMEN.....</b>                               | <b>ii</b>  |
| <b>SUMARY.....</b>                                | <b>iii</b> |
| <b>DEDICATORIA.....</b>                           | <b>iv</b>  |
| <b>AGRADECIMIENTO.....</b>                        | <b>v</b>   |
| <b>ÍNDICE.....</b>                                | <b>vi</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>                          | <b>07</b>  |
| <b>CAPITULO I: REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b> | <b>16</b>  |
| ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....                      | 16         |
| BASE TEÓRICA.....                                 | 31         |
| VARIABLES DE ESTUDIO .....                        | 63         |
| <b>CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>     | <b>68</b>  |
| <b>CAPITULO III: RESULTADOS.....</b>              | <b>72</b>  |
| <b>CAPITULO IV: DISCUSIÓN.....</b>                | <b>79</b>  |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>                          | <b>93</b>  |
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>                       | <b>94</b>  |
| <b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>              | <b>96</b>  |
| <b>ANEXOS.....</b>                                | <b>106</b> |

## INTRODUCCIÓN

Dentro del extenso campo de la comunicación humana, la relación interpersonal y el contacto cara a cara son las expresiones más importantes cuando se trata de relacionarnos eficazmente; pero una consejería no es una conversación cualquiera. El personal de salud debe hablar convencido de que tiene una responsabilidad social y el usuario (gestante, madre, padre o cuidador) debe sentirlo así.

La consejería nutricional es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una gestante, madre, padre o cuidador. Esto requiere algunas condiciones concretas como confianza, privacidad, tiempo, familiaridad y teniendo un enfoque intercultural. 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; logrando promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña(o) desde el período de

gestación y para prevenir alteraciones tempranas. Por tanto la consejería nutricional se realiza durante la etapa del crecimiento y desarrollo normal de la niña o niño, durante el embarazo, durante la lactancia materna, en situaciones de riesgo nutricional o en procesos de enfermedades prevalentes de la infancia (Enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, entre otras).<sup>1</sup>

Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural pues el personal de salud del establecimiento deberá visitar periódicamente el hogar de la niña(o) o la gestante con la finalidad de apoyar en el usuario el proceso de mejora y adaptación de prácticas con relación al cuidado de la nutrición, la salud, la higiene, así como convivencia familiar.<sup>1</sup>

El “Proyecto Ventana de Oportunidad”, es un programa liderado por CARE-USA cuyo objetivo es promover, proteger y apoyar las prácticas óptimas de alimentación y nutrición materno-infantil, el cual se ejecuta desde el año 2008 en cinco países alrededor del mundo: Indonesia, Nicaragua, Bangladesh, Sierra León y Perú a través del Ministerio de Salud (MINSA). Uno de los ejes centrales de este proyecto fue la comunicación interpersonal mediante la consejería nutricional a las madres con niños y niñas menores de dos años, para el cambio de prácticas óptimas de alimentación y nutrición materno-infantil. Los principales contenidos fueron: Introducción a la alimentación del lactante y niño pequeño, lactancia materna, cómo escuchar y aprender, posiciones para amamantar, confianza y apoyo, higiene de los alimentos, la importancia de la alimentación complementaria, cantidad, frecuencia, etc.<sup>2</sup>

La implementación y desarrollo de las primeras sesiones de Consejería se inició en el año 2009 hasta el año 2011, durante el proceso pleno de la implementación el personal de salud consignó en un cuaderno: la fecha, nombre de la madre que participaba de la sesión de consejería, el problema detectado, el acuerdo y fecha de la siguiente visita.<sup>2</sup>



En el 2010, el Ministerio de Salud (MINSA) publicó el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el marco de la atención de Salud Materno Infantil” que se emplea en los establecimientos de salud, especialmente del primer nivel de atención de las Redes, Microredes de las Direcciones de Salud de Lima y de las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, además de otras entidades que brindan servicios de atención integral a gestantes, madres que dan de lactar y Niñas(os) menores de cinco años.<sup>1</sup>

Dicho documento cuenta con los siguientes aspectos a evaluar: Habilidades comunicacionales transversales, primer momento: Explicación de la situación encontrada, segundo momento: Análisis de factores causales o riesgos, tercer momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos, cuarto momento: Registro de acuerdos y el quinto momento: Seguimiento de acuerdos.<sup>1</sup>

En el Perú (Apurímac - 2013), se desarrolló un material “la propuesta de comunicación del proyecto IssAndes - CARE Perú”, en la cual se desarrolló diversos materiales de consejería nutricional compuesto por: “Guía de Consejería Nutricional”, cartilla “Compartiendo ideas para una buena consejería” y un afiche-calendario “Plato bien servido: variado y completo”; las cuales contienen información sobre la importancia de la alimentación y cuidados de la gestante, la lactancia materna, la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y Cuidado de la salud e higiene del niño, que vienen siendo difundidos en el ámbito de acción del proyecto a nivel de las redes de salud de Kishuará y Huancarama, que se encuentran en el ámbito de la Dirección Sub Regional de Salud Chanka (Gobierno Regional Apurímac).<sup>3</sup>

Por ello la Consejería Nutricional forma parte del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal y es parte del plan de beneficios del seguro integral de salud ofrecido en los establecimientos del sistema de salud.<sup>1</sup>

Los principales problemas de alimentación infantil en el Perú se inician a los 6 meses de edad. Los niños peruanos a esta edad reciben alimentos diluidos como sopas, jugos o caldos y el consumo de alimentos que contienen hierro es muy limitado. Además se les ofrece estos alimentos sólo 2 ó 3 veces al día.<sup>4</sup>

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad.<sup>5</sup>

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.<sup>6</sup>

Dicha alimentación debe cumplir con las características de la alimentación complementaria como es la calidad, cantidad, frecuencia y consistencia, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Ya que en este periodo es en el que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia, y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo.

A nivel nacional, Según Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, en cuanto a la alimentación complementaria; el 83,2% de niños (as) de seis a nueve meses de edad recibieron algún alimento sólido o semisólido, destacando los alimentos hechos a base de tubérculos/raíces (63,5%), seguido de hechos de carne/aves/pescado/huevo (61,2%), de grano, trigo o cereal (59,2%), hechos de frutas/vegetales

ricos en vitamina A (55,2%), de otras frutas y vegetales (46,5%) y hechos con aceite/grasas/mantequilla (49,5%). Con respecto al grupo de niños (as) de 12 a 17 meses, el 97,0% consumió carne/aves/pescado y el 95,3% alimentos hechos en base a grano, trigo o cereal.<sup>7</sup>

En cuanto a la frecuencia de comidas recibidas, el 68,0% de niños (as) que tenían entre seis a ocho meses de edad y que recibieron lactancia materna, consumió alimentos por lo menos dos veces al día. El 64,3% recibió tres y más grupos de alimentos y, el 58,7% cumplió con ambos criterios. El 95,8% de niños(as) lactantes de 9 a 11 meses de edad recibió tres y más grupos de alimentos, el 80,8% recibió tres o más veces al día y el 78,3% cumplió con ambos criterios. Respecto a los niños(as) que solo recibieron alimentos, el 64,7% niños (as) de seis a ocho meses de edad fueron alimentados con el mínimo estándar de dos veces. El 64,0% recibió tres o más tipos de alimentos.<sup>7</sup>

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) primer semestre 2018, el 46.6% de los niños (as) de 6 a 35 meses, sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.9% y a la urbana el 44.7%. La desnutrición crónica se encuentra en un 8,7%, según el Patrón Internacional de Referencia National Center for Health Statistics (NCHS) y 12,2% Con el Patrón de Referencia de Crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>8</sup>

Esta situación alarmante condujo al lanzamiento del Documento Técnico “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021”, el cual se ha impuesto como objetivo reducir al 19% este mal silencioso (anemia) entre niños menores de 3 años y la desnutrición crónica al 6.4%, entre niños menores a 5 años.<sup>9</sup>

Adicionalmente, “la Fundación Acción Contra el Hambre” realizó estudios específicos en Ayacucho (Provincia de Vilcas Huamán) donde mostraron que los niños (as), entre

los 6 y 23 meses, tienen un consumo reducido de hierro así como de zinc, calcio, niacina y energía, al punto que el 90% de los niños no alcanza a consumir los niveles recomendados de este nutriente.<sup>10</sup>

Por otro lado en el Distrito de Huamanguilla – Huanta (2018) , a través de programas multisectoriales se logró reducir en 10 años del 58% al 14% el índice de anemia en niños(as) menores de 5 años, esto se debe al compromiso multisectorial que emprendieron sus autoridades a fin de sensibilizar a la población de sus comunidades para que conozcan las “consecuencias de anemia en sus niños (as)” y “la importancia de la alimentación ricos en hierro” , adecuándose al espacio, tiempo que los padres o cuidadores disponen. Estas acciones mediante las sesiones educativas y demostrativas pretenden promover que los padres de familia o cuidadores incluyan en la alimentación de sus hijos hábitos saludables como la preparación de alimentos ricos en hierro: Mus de sangre, charqui de sangre, torrijas de sangre, papa rellena de sangre, etc.<sup>11</sup>

A fin de mejorar la accesibilidad en la adquisición de la “sangrecita”, los pobladores y autoridades han implementado una innovadora estrategia llamada Tienda Nutritiva “Huamanguilla Libre de Anemia”, ubicada en el “Tambo” o Local Comunal donde es procesada y congelada para que pueda ser consumida por las familias especialmente por los niños (as) menores de 5 años.<sup>12</sup>

Durante las prácticas pre profesionales que realizamos en el Centro de Salud Huamanguilla, observamos que en los consultorios de crecimiento y desarrollo las licenciadas en Enfermería presentan falencias y dificultades en el momento que brindan la consejería nutricional debido a la aplicación inadecuada del Documento técnico “Consejería nutricional en el marco de la atención de Salud Materno Infantil”, a pesar de que cuentan con el “Kit para el buen crecimiento”; ya sea por el factor de tiempo, demanda de usuarios, capacitaciones y seguimientos escasos a los

personales de salud , en algunas ocasiones también se observó que la interacción entre la enfermera y los padres o cuidadores es de manera vertical, ya que a veces no se toma en cuenta las características culturales, económicas y sociales lo cual influye en la comunicación, el trato y la captación de la información brindada ; por parte de las madres o cuidadores de niños (as) menores de 5 años se evidenció poca iniciativa e interés en el momento de la consejería nutricional, brechas o dificultades en la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, prácticas de alimentación de los cuidadores, estimulación activa y cuidados en la alimentación del niño(a); lo cual influye en la inadecuada preparación (cantidad, calidad, frecuencia y consistencia) y a la hora de brindar la alimentación complementaria; de esta manera la consejería nutricional resulta ambigua y sin resultados positivos en el crecimiento y desarrollo del niño(a) . Todo ello nos motivó a realizar el presente trabajo de investigación:

**CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS (AS) DE 6 A 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, AYACUCHO. 2018;** planteándose como problema de investigación **¿Cuál es la relación de la calidad de la consejería nutricional con la alimentación complementaria en niños(as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018?**

El **objetivo general** fue determinar la relación de la calidad de consejería nutricional con la alimentación complementaria en niños(as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018

**Objetivos específicos** fueron;

- a) Evaluar la calidad de la consejería nutricional de manera global en madres de niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.

- b) Evaluar la calidad según los 5 momentos de la consejería nutricional en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.
- c) Evaluar la calidad de la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.
- d) Evaluar las características de la alimentación complementaria según edad en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.
- e) Evaluar la relación de la calidad de la consejería nutricional con la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.

El diseño Metodológico que se utilizó fue con un enfoque cuantitativo, corresponde a un estudio no experimental, correlacional, siendo el área geográfica de investigación el “Centro de Salud Huamanguilla”, ubicado en el Distrito de Huamanguilla, en la provincia de Huanta de la Región de Ayacucho; la población estará conformada por 50 niños(as) con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud de Huamanguilla. La muestra será representada por 30 niños (as) de 6 a 24 meses de edad con alimentación complementaria y diagnóstico de anemia.

La recolección de datos fue mediante la técnica de observación directa.

Los instrumentos que fueron empleados son los siguientes:

- ✚ Ficha de Cotejo que explora el desempeño o habilidades en la calidad de la consejería nutricional.
- ✚ Guía de observación que explora los conocimientos y prácticas sobre la calidad de la alimentación complementaria.

La **Hipótesis principal** de la Investigación fue; la calidad de la consejería nutricional está relacionada con la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses

con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018.

Los resultados de la Investigación describen que el 70% (21) de las Licenciadas (os) en Enfermería brindan una **consejería nutricional “inadecuado”** de las cuales el 90.5% (19) de las madres o cuidadores brindan una **alimentación complementaria “deficiente”** y el 9.5% (2) “Buena”; mientras que del 30% (9) de Licenciadas(os) que brindan una **consejería nutricional “en proceso”**, 88.9% (8) de las madres o cuidadores brindan una alimentación complementaria **“deficiente”** y el 11.1% (1) “buena”. Lo cual define la relación significativa entre la calidad de la consejería nutricional y la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla; por ende manifestamos que cuando la consejería nutricional es “inadecuada” la alimentación complementaria es “deficiente”.

El trabajo de investigación está constituido de la siguiente manera: Resumen, Sumary, dedicatoria, agradecimiento, índice, introducción, CAPITULO I: Revisión de la literatura, CAPITULO II: Materiales y métodos, CAPITULO III: Resultados, CAPITULO IV: Discusión; conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográfica, anexo.

## **CAPITULO I**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

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

Hecha la revisión de la literatura se encontraron algunos estudios similares al tema, las cuales se cita a continuación:

##### **INTERNACIONAL:**

Íñiguez, J. (Ecuador – 2017), realizó un estudio titulado: “Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Diciembre 2015-Septiembre 2016”. Cuyo objetivo fue determinar el manejo de la Alimentación Complementaria en los lactantes de 6 a 23 meses que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe de la ciudad de Loja. Materiales y métodos: Este estudio fue realizado a madres o personas encargadas del cuidado de los lactantes, es de tipo cualitativo, descriptivo, transversal. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta. Resultados: Se encontró que los lactantes tenían un estado nutricional normal, la alimentación complementaria se inició a los 6 meses de edad, los lactantes recibían alimentos que contienen gluten antes de los ocho meses de edad, consumo de frutas cítricas antes del año de edad, en la mayor parte de los lactantes se adiciona sal y



azúcar en sus alimentos y la cantidad de alimentos es menor a la recomendada por las guías del Ministerio de Salud Pública. En conclusión los lactantes no tienen un manejo adecuado de la alimentación complementaria.<sup>13</sup>

García de León, C. (Guatemala - 2011), realizó un estudio titulado: “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la Comunidad el Tablón del Municipio de Sololá”. Cuyo objetivo fue determinar las prácticas de Alimentación Complementaria en niños menores de un año de edad. Materiales y métodos: El estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Resultados: Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya (Incaparina). Se determinó que el tipo de alimentos ofrecidos va aumentando conforme la edad, aunque la consistencia y la preparación se realizan de manera uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación de alimentos fueron adecuadas.<sup>14</sup>

#### NACIONAL

Gonzales, D. (Huánuco - 2017), realizó un estudio titulado: “Consejería nutricional que brinda el personal de Enfermería y su relación con los conocimientos de las madres sobre alimentación saludable en niños menores de 5 años del Centro de Salud Perú Corea, Amarilis – Huánuco 2017”. Teniendo como objetivo determinar la relación que existe entre la consejería nutricional que brinda el personal de enfermería con los conocimientos sobre alimentación saludable de las madres de los

niños menores de 5 años. Métodos: Se realizó un estudio analítico relacional, realizado en 250 madres de niños menores de cinco años; utilizando una lista de cotejo y un cuestionario de conocimientos en la recolección de datos; en el análisis inferencial se utilizó el Chi Cuadrado con un valor de significancia  $p \leq 0,05$ . Resultados: Respecto a las consejerías nutricionales, el 73,6% fueron adecuadas y el 26,4% fueron inadecuadas; en cuanto a los conocimientos sobre alimentación saludable, el 72,0% tuvo conocimientos buenos y el 28,0% conocimientos deficientes. Al analizar la relación entre variables se identificó que la consejería que brinda el personal de Enfermería se relacionaron de manera estadísticamente significativa con el conocimiento general sobre alimentación saludable ( $p < 0,000$ ) y sus dimensiones generalidades de conocimientos ( $p < 0,000$ ), frecuencia de alimentos ( $p < 0,000$ ), consistencia de alimentos ( $p < 0,000$ ), cantidad de alimentos ( $p < 0,000$ ), y calidad de alimentos ( $p < 0,001$ ). Conclusiones: La consejería nutricional que brinda el personal de Enfermería se relaciona con los conocimientos sobre alimentación saludable en las madres de los niños menores de 5 años; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.<sup>15</sup>

Rivas, J. (Lima - 2017), realizó un trabajo titulado: "Impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de la salud en el desempeño de la atención en niños menores de dos años en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo". Cuyo objetivo fue determinar el impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de la salud en el desempeño de la atención en niños menores de dos años en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo. Materiales y métodos: Estudio cuasi experimental, prospectivo, longitudinal, con medición antes y después. Se aplicó los cuestionarios 3 y 4 a ocho profesionales de la salud y el cuestionario 5 a 264 madres y/o responsables de niños menores de dos años del documento técnico Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil, teniendo como variable de respuesta las puntuaciones: adecuada, en proceso e inadecuada de la

consejería. Resultados: En el grupo de profesionales de la salud, el desempeño de la consejería nutricional muestra que en el caso de los médicos fue de 20.5 siendo la puntuación en proceso, enfermeras 34 adecuada y nutricionistas 30 adecuada. Según la satisfacción del usuario, son significativos con  $p < 0.05$ ; para las madres y/o responsables de los niños los siguientes puntos: el tiempo de espera para la consulta, estar satisfecho por la consejería, la atención brindada, que regresarían nuevamente para la atención por el personal de salud y el tiempo destinado durante la consejería nutricional. Conclusiones: El impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de salud del Centro Materno Infantil Tambo Viejo ha tenido un impacto positivo, siendo adecuado en el profesional en nutrición y enfermería, quedando en proceso en los médicos, lo que hace necesario seguir fortaleciendo la sesión de la consejería nutricional en esta especialidad y también en la satisfacción de las madres y/o responsables de los niños.<sup>1</sup>

Llatas, A y Millones, D. (Chiclayo - 2017), realizaron un estudio titulado: "Educación nutricional que brinda el profesional de Enfermería a madres de niños menores de 2 años, Microred Reque - Lagunas, 2017". La presente investigación cualitativa, de abordaje estudio de caso, cuyos sujetos de estudio fueron 13 profesionales de enfermería a cargo de la atención integral del niño y 13 madres que acuden a los establecimientos de salud pertenecientes a la Microred Reque – Lagunas. El número de participantes se determinó por saturación y redundancia, y se eligieron por conveniencia. Para la recolección de datos se usó la entrevista semi estructurada y la observación no participante. El procesamiento de la información se realizó mediante cuatro categorías: Secuencia de la sesión de consejería que sigue el profesional de enfermería; Contenidos educativos que brinda el profesional de enfermería; Herramientas, métodos y técnicas educativas que usa el profesional de enfermería y Limitantes en el proceso educativo que brinda el profesional de enfermería. Llegando a la conclusión, que el profesional de enfermería que brinda

educación nutricional, no sigue la secuencia estipulada en la normatividad vigente, eligen contenidos diversos, e inadecuados a las necesidades educativas de las madres y a los requerimientos nutricionales de los niños, con predominio de la consejería personalizada unidireccional como método y la coexistencia de factores que limitan los procesos educativos que brindan.<sup>17</sup>

Alvarez, G., ET AL (Lima – 2017), realizaron un estudio titulado: “Prácticas de alimentación y su relación con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Puente Piedra, 2016”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre las prácticas de alimentación de las madres y la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad. Material y métodos: el estudio es correlacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra fue de 80 madres que tuviesen niños de 6 a 24 meses que acudieran al servicio CRED. Resultados: Del 100% (80) de las madres encuestas con niños de 6 a 24 meses se encontró que el 62,5% (50) presentan practicas alimentación inadecuadas con anemia ferropénica; mientras que el 43,7% (35) presentaban adecuadas prácticas de alimentación sin la presencia de anemia. Conclusiones: la relación entre las prácticas alimentarias y la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses presentan una correlación positiva y significativa, lo cual indica que al presentar las madres una adecuada práctica de alimentación se asocia a no presentar anemia y viceversa.<sup>18</sup>

Bravo, R y Carazas, L. (Cusco – 2016), realizaron un estudio titulado: “Anemia ferropénica y alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al Puesto de Salud de Colquepata – Cusco 2016”. Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la alimentación complementaria y la anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de salud Colquepata. Material y métodos: Es un estudio descriptivo, correlacional, transversal realizado en una población constituida por 30 niños con diagnóstico de anemia ferropénica entre

las edades de 6 a 12 meses, la técnica utilizada fue la entrevista, utilizando una encuesta validado por juicio de expertos, la confiabilidad de los ítems se midió por el coeficiente alfa de crombach siendo el resultado 0.645. Resultados: Se encontró que el 50% tiene entre 9 y 11 meses de edad, el 53.3% son de sexo femenino, el 65.7% tienen alimentación complementaria inadecuado, el 70% tiene anemia ferropénica leve. Conclusiones: Aplicando la prueba estadística no paramétrica del chi cuadrado donde el nivel de significancia fue  $p > 0.05$  existiendo relación significativa entre la alimentación complementaria y la anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de salud de colquepata.<sup>19</sup>

Puma, L y Quispe, T. ( Arequipa - 2016 ), realizaron un estudio titulado: “Efecto del programa de educación alimentaria nutricional sobre la anemia ferropénica en niños menores de 36 meses y los conocimientos y prácticas alimentarias de madres del Programa Vaso de Leche del Distrito de Cayma. Arequipa - 2016”.Teniendo como objetivo: Determinar el efecto del programa de educación alimentaria nutricional sobre la anemia ferropénica en niños y/o niñas menores de 36 meses y los conocimientos y prácticas alimentarias de madres del Programa Vaso de Leche del distrito de Cayma. Conclusiones: La anemia ferropénica en niños menores de 36 meses del Programa Vaso de Leche se presentó al inicio en un 60% del total de niños diagnosticados con anemia y después de la aplicación del programa de educación alimentaria nutricional la anemia se redujo a 13.3%. El nivel de conocimientos que poseen las madres de niños menores de 36 meses de Francisco Bolognesi y las madres de Buenos Aires es bajo con un 88.9% y 100% respectivamente al inicio del estudio. Asimismo las prácticas alimentarias que realizan son inadecuadas, con un 83.3% y 94.4%. Luego de aplicar el programa de educación alimentaria nutricional, el 72.2% de las madres de Francisco Bolognesi incrementaron sus conocimientos a un alto nivel y el 75% realizan prácticas alimentarias adecuadas.<sup>20</sup>

León, R. (Puno – 2016), realizó un estudio titulado: “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015”. Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre Conocimientos y Prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución, Juliaca 2015. Material y métodos: El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo no probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 63 madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución. Los resultados indican que 63 madres que representan el 100%, donde 18 madres que representa el 28.6% presentan un conocimiento bajo, seguido por 34 madres que representa el 54% que presentan un conocimiento medio y por ultimo 11 madres que representa el 17.5% que presentan un conocimiento alto, con respecto a las prácticas donde 47 madres que representan el 74.6% presentan prácticas desfavorables, seguido por 16 madres que representan el 25.4% presentan prácticas favorables, encontrándose correlación directa y significativa entre las variables de estudio ( $\text{sig}=.000$ ). Se llegó a la conclusión que existe relación entre conocimientos y prácticas con una correlación  $r = .845$ .<sup>21</sup>

Huayaney, D. (Lima - 2016), realizó un estudio titulado: “Conocimiento de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo – 2013”. Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo - 2013. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados del 100 % (80), 60% (48) conoce y 40% (32) no conoce. Los ítems que conocen 80%

(64) refieren que el problema que presenta el niño durante el tratamiento es náuseas y vómito, 81% (65) la frecuencia con que se le da el medicamento para tratar la anemia de su niño es interdiario y 79% (63) los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por piel pálida, no quiere comer y tiene mucho sueño; mientras que los ítems que no conocen 41% (33) cuando le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con jugo de fruta, naranja, limonada, 40% (32) la frecuencia en que da al niño hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es 3 a más veces por semana. Conclusiones: El mayor porcentaje de las madres conocen que la anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina de la sangre, en la prevención de la anemia ferropénica se debe dar al niño principalmente vísceras, carnes rojas y los alimentos de origen vegetal son las habas, lentejas y frijoles; seguido de un porcentaje considerable de madres que no conocen que durante el día el niño debe recibir 3 comidas al día, que los alimentos de origen animal son la sangrecita, bazo, bofe e hígado, la frecuencia en que le da a su niño alimentos como lentejas, pallares, frejoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana.<sup>22</sup>

Quispe, S. (Ica – 2015), realizó un estudio titulado: “Características del inicio de alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 meses que acuden al Puesto de Salud el Huarango, Ica - enero 2015”. Cuyo objetivo fue determinar las características del inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional en niños de 6 meses de edad que acuden al puesto de salud Huarango Ica enero 2015. Materiales y métodos: La población estuvo conformada por 40 madres con niños de 6 meses de edad. La muestra fue obtenida por un muestreo no probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, por lo que se obtuvo una muestra de 35 madres con niños de 6 meses de edad. Resultados: Respecto a las características de la alimentación complementaria fueron inadecuadas en cada una de sus dimensiones, según edad de inicio alcanzaron

63%(22), según la frecuencia de los alimentos 63%(22), según la cantidad de los alimentos el 51%(18), según consistencia 83%(29), según alimentos de mayor consumo 77%(27), según la higiene de los alimentos el 51%(18) son inadecuadas; Respecto al estado nutricional según P/E fue normal, según T/E fue talla baja y según P/T fue desnutrición aguda. Conclusiones: las características de la alimentación complementaria fueron inadecuadas y el estado nutricional fue de riesgo.<sup>23</sup>

Cisneros, E. y vallejos, Y. (Chiclayo - 2015), realizaron un trabajo titulado: "Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre Alimentación Complementaria de madres con niños 6-24 meses. Chicealizolayo - 2014". Teniendo como objetivo: Determinar la efectividad del programa educativo en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. Materiales y métodos: Tipo cuantitativo – cuasiexperimental. La muestra fue constituida por 30 madres; en la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos: un cuestionario de 15 items, una escala de lickert con 11 items y una lista de cotejo, para el procesamiento de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 15 y la prueba de la T de student de muestras relacionadas. Los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada y el 24 % practicas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas y 93.3 % actitudes adecuadas.<sup>24</sup>

Aramburú, A. (Lima - 2014), realizó un estudio titulado: "Diversidad Alimentaria y su asociación con el retraso del crecimiento en niños de 6 -23 meses". Cuyo objetivo fue: Analizar la situación de la diversidad alimentaria (DA) en niños de 6-23 meses y su relación con el crecimiento infantil y factores sociodemográficos asociados. Obteniendo los siguientes resultados: El 81.1% de niños alcanzó la diversidad alimentaria mínima adecuada. El retraso de crecimiento estuvo presente en un



18.2%. La diversidad alimentaria mínima adecuada fue menor en el grupo de 6-11 meses (61.1%) y en hijos de madres con menos años de escolaridad (0-3 años) (64.2%). La situación de pobreza no mostró diferencias significativas. Los niños con retraso de crecimiento tuvieron menor consumo de lácteos, carnes, legumbres y nueces. Los principales factores de riesgo para no lograr una diversidad alimentaria mínima adecuada fueron: tener entre 6-11 meses de edad, ser hijo de madres con menos años de escolaridad y vivir en áreas rurales. Alcanzar una diversidad alimentaria mínima adecuada supone disminuir en 25% el riesgo de retraso de crecimiento. Concluyendo que la alimentación del niño de 6-23 meses en Perú es monótona, con un bajo consumo generalizado de alimentos de origen animal. Mejorar la ingesta de micronutrientes y las prácticas de alimentación complementaria, especialmente a través de la diversificación de la dieta son aspectos cruciales para prevenir el retraso de crecimiento.<sup>25</sup>

Yucra, R. (Puno - 2014), realizó un estudio titulado: “Alimentación Complementaria y su relación con niveles de hemoglobina en niños de 6 a 12 meses de edad en establecimiento de salud I-3 CLAS Atuncolla - Puno 2013”.Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la alimentación complementaria y los niveles de hemoglobina en niños de 6 a 12 meses de edad en establecimiento de salud I-3 CLAS Atuncolla; Materiales y métodos: La población estuvo conformada por 5 niños de 6 a 12 meses de edad con sus respectivas madres. Se utilizó como instrumento, guía de entrevista y observación. Los resultados muestran que el 60% de los niños de 6 a 11 meses de edad presentan hemoglobina baja y el 40 % hemoglobina normal. El 28.6% de niños de 6 meses que iniciaron la alimentación complementaria antes de esa edad presenta hemoglobina baja. El 35.3% de niños de 7 a 8 meses de edad que inician la alimentación después de los 6 meses presentan hemoglobina baja. El 42.9% de niños de 6 meses y el 47.1% de niños de 7 a 8 meses reciben alimento con consistencia inadecuada y presentan hemoglobina baja, a diferencia de los niños de

9 a 11 meses que recibe en forma adecuada presenta hemoglobina baja . El 42.9% de niños de 6 meses de edad, 64.7% de 8 a 9 meses y 42.3% de niños de 9 a 11 meses que consumen alimentos en cantidad inadecuada presentan hemoglobina baja. El 28.6% de niños de 6 meses, 58.8% de 7 a 8 meses y 38.5% que recibieron alimentos con frecuencia inadecuada presentan hemoglobina baja. Se concluye que la alimentación complementaria que recibe el niño de 6 meses, 7 a 8 meses y los de 9 a 11 meses tiene relación significativa con el nivel de hemoglobina.<sup>26</sup>

Guerrero, D. (Lima - 2014), realizó un estudio titulado: “Características de la Consejería Nutricional que brinda la Enfermera a las madres de niños entre 6 y 12 meses, desde la perspectiva transcultural en la Microred los Olivos, 2013”. Teniendo como objetivo determinar las características de la consejería nutricional que brinda la enfermera desde la perspectiva transcultural, el cual estuvo apoyado en la Teoría de Madeleine Leininger. Materiales y métodos: El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo, el método es de tipo descriptivo y de corte transversal; la población está constituida por el personal profesional de enfermería del servicio de CRED teniendo como unidad de análisis a las consejerías nutricionales, el muestreo es por conveniencia, en el que se observó 50 de ellas. La técnica para la recolección de datos se dio mediante tres instrumentos, una lista de chequeo, un estudio de opinión y una entrevista no estructurada. Los resultados obtenidos evidencian que, en todas las consejerías nutricionales no hay una indagación previa sobre los patrones culturales nutricionales de la madre; pero si se menciona las características estipuladas en la norma que se dan de manera general a todas las madres indistintamente de sus patrones culturales y nos estamos refiriendo a: consumo de micronutrientes, tipos de alimentos, consistencia, frecuencia, cantidad y los alimentos que no puede consumir. Dentro de la norma existen aspectos que se tratan con menor frecuencia como: la introducción de una cucharadita de aceite o mantequilla en las comidas y la importancia de la lactancia materna. En conclusión, las

consejerías evidencian una ausencia del componente cultural, que impide que se valoren los patrones culturales nutricionales de la madre y no se aplica los modos de acción que propone Leininger.<sup>27</sup>

Rodríguez, D. y Sánchez, Y. (Cajamarca - 2013), realizaron un estudio titulado: “Características Socioeconómicas de la familia y Alimentación Complementaria en niños menores de 2 años. Puesto de Salud Chuyabamba – Chota”. Cuyo objetivo fue determinar y analizar las características socioeconómicas de la familia y su relación con la alimentación complementaria. Materiales y métodos: El diseño de investigación es descriptivo, correlacional y transversal, constituido por una población de 60 familias de niños menores de 2 años del Puesto de salud Chuyabamba - Chota. Se utilizó como instrumento: una encuesta para describir las características socioeconómicas de la familia y la alimentación complementaria de los niños menores de 2 años. Resultados: Del total de la población encuestada, el 50% de las madres tienen una edad entre 24 y 31 años, el 38,3% no tienen instrucción, el 53,3% son convivientes, el 88,3% son amas de casa, el 60% de los padres se dedican a la agricultura, el 78,3% de las familias tienen un ingreso mínimo vital (menos de 750 nuevos soles), el 50% de familias gastan mensualmente en alimentos más de 200 nuevos soles, el 53,3% de las familias cuentan con vivienda propia, el 45% consumen agua de pozo. En cuanto a la alimentación complementaria, el 63,3% brindan una alimentación complementaria inadecuada, y el 36,7% proporcionan alimentación complementaria adecuada. Conclusiones: Las características socioeconómicas de la familia guardan relación significativa con la alimentación complementaria, tales como la edad de la madre ( $P = 0,034$ ), nivel educativo de la madre ( $P = 0,019$ ), ingreso económico familiar ( $P = 0,018$ ), tenencia de vivienda ( $P = 0,005$ ), abastecimiento de agua ( $P = 0,000$ ).<sup>28</sup>

Chafloque, G. (Lima - 2013), realizó un estudio titulado: "Relación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja 2010". Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes. Materiales y métodos : Se utilizó un cuestionario, validado por jueces expertos (Coeficiente de Validez de 0.8616) el cual fue aplicado a través de visitas domiciliarias a una población de 30 madres cuyos niños lactantes presentaron anemia y que acuden al Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Los resultados más relevantes fueron: la inadecuada cantidad de alimentos que brinda la madre por comida al niño según su edad (80%); con el agravante que el niño no consume en su totalidad la ración brindada (73.3%); así también la frecuencia con la que se brinda dichos alimentos no es la correcta (60%). Por lo que se concluye que la persistencia de anemia en lactantes estaría relacionada con prácticas alimentarias inadecuadas que implementan las madres.<sup>29</sup>

Galindo, D. (Lima – 2012), realizó un estudio titulado: "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza, 2011". Cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. Material y Métodos: El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Resultados: Del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.<sup>30</sup>

Velásquez, A y Zavala, R. (Lima -2010), realizó un estudio titulado: “Revisión sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años”. Cuyo objetivo fue actualizar la situación actual de la evidencia sobre el impacto de las consejerías en la reducción de la desnutrición de niños menores de dos años en países en desarrollo y en poblaciones de escasos recursos. Materiales y métodos: La búsqueda se realizó en las bases de datos Medline y Cochrane Library. Resultados: Se seleccionaron 6 artículos los cuales sirvieron para la meta-análisis y conclusiones de esta revisión. La meta-análisis de la eficacia de las consejerías en los puntajes Z de peso para la edad y puntajes Z de peso para la talla muestra que las consejerías nutricionales incrementan el peso correspondiente a cada edad y a cada talla más que en los niños de los grupos control. Tres de los estudios seleccionados mostraron impacto de las consejerías nutricionales en la ganancia de la talla de los niños (as). Conclusiones: Las consejerías tienen un impacto positivo en el crecimiento de los niños(as), en la cual influyen las estrategias de los servicios de salud o de la comunidad así como las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) son útiles para estos programas adaptándolas a los patrones culturales y nivel educativo de las madres.<sup>31</sup>

Cárdenas, L.( Lima - 2010), realizó un estudio titulado: “Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud materno infantil santa Anita Lima - 2009”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses. Materiales y métodos: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 55 madres. La técnica utilizada es la encuesta y el instrumento el cuestionario. Los resultados más

significativos fueron: las madres primíparas tienen en su mayoría un nivel de conocimientos medio y realizan prácticas desfavorables sobre la alimentación complementaria, donde existe relación en mayor porcentaje en la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos ferropénicos.<sup>32</sup>

Barba, H. (Lima - 2008), realizó un estudio titulado: "Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2008". Cuyo objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal. Teniendo como resultados: que el 68,3% las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño y un 31,7 % es inadecuada, los que se encuentran la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño".<sup>33</sup>

## LOCAL

Sandoval, N y Janampa, H. (Ayacucho - 2014), realizaron un estudio titulado: "Efecto de la Consejería Nutricional y sesiones Demostrativas en el Estado Nutricional de niños de 1 a 3 años atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre-2013". Cuyo Objetivo fue determinar el Efecto de la Consejería Nutricional y Sesiones Demostrativas en niños de 1 a 3 años. Materiales y Métodos: La investigación fue cuantitativa, descriptiva, aplicativo, ex post facto, retrospectiva; la población estuvo constituido por 61 (100%) madres con niños de 1 a 3 años que acudieron al control de CRED y recibieron consejería nutricional y sesiones demostrativas durante el primer semestre del 2013. La técnica

de recolección de datos fue la observación y el instrumento la guía de observación y revisión documental. Resultados: Se ha determinado que la consejería nutricional más sesiones demostrativas tiene un efecto positivo en la disminución de la desnutrición de niños de 1 - 3 años que acudieron al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Pokras, del Distrito de Carmen Alto. Pues el 28,2% presento desnutrición, antes de la aplicación de la consejería nutricional y sesiones demostrativas. Luego de la aplicación se redujo a 13,1%. Conclusión: La aplicación de consejería nutricional y sesiones demostrativas fue efectiva.<sup>34</sup>

Díaz, A y Escriba De la Cruz, N. (Ayacucho - 2011), realizaron un estudio titulado: “Influencia de la practicas de alimentación complementaria en el estado nutricional de los niños de 6 – 12 meses de edad en el Puesto de Salud de Ñahuinpuquio, setiembre a diciembre 2010”. Teniendo como objetivo determinar la influencia de las prácticas de alimentación complementaria en el estado nutricional de los niños de 6 – 12 meses de edad. Materiales y métodos: El estudio es de tipo descriptivo – prospectivo – transversal, en una muestra de 58 niños de 6 a 12 meses de edad. Resultados: se determinó que el 69% (40) recibieron practicas inadecuadas de alimentación complementaria; de los cuales el 69% (40) presentaron desnutrición, el 74.1% (43) iniciaron precozmente con la alimentación complementaria, la inadecuada consistencia, composición, frecuencia, cantidad en la preparación de los alimentos y las practicas inadecuadas de higiene en la manipulación de los alimentos, influyen negativamente en el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad.<sup>35</sup>

## **1.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA**

### **1.2.1. CALIDAD**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del

paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente”.<sup>36</sup>

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es “Hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda.<sup>36</sup>

La calidad es dependiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo es mensurable a través de métodos cuantitativos y cualitativos, la evaluación de la calidad según el enfoque sistémico de salud comprende:

- **Estructura:** Referido a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.
- **Proceso:** Corresponde al contenido de la atención, es decir los servicios de salud que se ejecutan y la forma como se ejecutan.
- **Resultado:** Representa el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.<sup>36</sup>

### 1.2.2. CONSEJERÍA NUTRICIONAL

La consejería es un proceso educativo, comunicacional concebido como un diálogo participativo, que busca ayudar a la madre, padre o cuidador a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del embarazo o del crecimiento o desarrollo de la niña o niño y a encontrar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos. Esto requiere algunas condiciones concretas como confianza, privacidad, tiempo y familiaridad. Ya que en el intercambio dialógico no sólo se intercambian ideas, sino que se busca el punto de equilibrio entre marcos de referencias culturales diferentes.<sup>1</sup>



El propósito de la consejería nutricional es guiar y ayudar a tomar decisiones sobre una situación identificada a partir de la evaluación nutricional y análisis de prácticas, fortaleciendo las adecuadas y corrigiendo las de riesgo (situaciones de riesgo nutricional o en procesos de enfermedades prevalentes de la infancia como enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, entre otras), para asegurar un adecuado estado nutricional. Este proceso educativo puede desarrollarse a nivel intramural y extramural (visitas domiciliarias) 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.<sup>1</sup>

## **A. PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL**

### **A.1. LA OPORTUNIDAD**

Cada momento en la vida de la niña y el niño, durante la gestación y los tres primeros años, representa una oportunidad para la óptima formación del desarrollo del cerebro. Cada uno de los momentos es diferente, es decir, lo que sucede en el cerebro en un momento dado no se repite en otro. Es por esto que es importante tener presente que si no existen condiciones favorables en todo los momentos la niña o el niño habrá perdido estas oportunidades. Este principio debe considerar en el diálogo, los conocimientos previos y las costumbres de la madre, padre o cuidador y a partir de ello orientar la consejería nutricional.<sup>1</sup>

### **A.2. LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LA NIÑA Y EL NIÑO**

La responsabilidad final del cuidado de la niña o niño está en los padres por lo tanto, es importante que ellos lo entiendan así y será mejor asumida en la medida en que se fortalezcan sus capacidades. La responsabilidad implica buscar o movilizar nuevos esfuerzos y recursos para atender las necesidades de la niña o el niño.<sup>1</sup>

### **A.3. LA PARTICIPACIÓN**

Permite que la madre, padre o cuidador participen en la consejería, lo cual significa darles confianza, motivarlos y generar el espacio para que se exprese en sus propias palabras lo que sienten y piensan sobre la situación de la niña y el niño, buscar conjuntamente las alternativas para mejorarla.<sup>1</sup>

## **B. ELEMENTOS CLAVES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL**

### **B.1. LA CONVERSACIÓN**

En el entendido que la responsabilidad social es la identificación con las necesidades de la madre, padre o cuidador de los niños(as) que acuden al Establecimiento de salud, es preciso esforzarse por conocer y entender el contexto cultural local y adoptar actitudes coherentes con este sentimiento que sean evidentes para el usuario. Se trata de establecer una vinculación entre texto (lo que se dice) y contexto, distinguiendo tres dimensiones: el personal de salud que realiza consejería, el mensaje y el usuario.<sup>1</sup>

### **B.2. CONDICIONES DEL PERSONAL DE SALUD QUE REALIZA CONSEJERÍA**

El personal de salud deberá tener en cuenta:

**B.2.1. La relación que establece con la otra persona:** Ésta va a marcar “el estilo” de toda la conversación. No es lo mismo un diálogo donde el personal de salud se encuentra sola(o) con el usuario, que una situación en la que éste llega acompañado con otra persona de su entorno. Tampoco es lo mismo dialogar con alguien a quien se conoce de largo tiempo, que tratar por primera vez con una persona. Por ello es importante que la relación sea simétrica (igualitaria), no especializada (por muy técnica que sea la conversación), se debe mantener una relación fluida y cotidiana dentro de marcos no rígidamente marcados.

**B.2.2. Limitaciones temáticas:** La relación que se establece con el usuario guarda relación con las limitaciones temáticas. Cuanto menos información tenga sobre el tema a tratar o sobre el contexto cultural del usuario, más pobre será la conversación. Es importante comprender que dichas limitaciones no sólo las tiene el personal de salud, también las tiene el interlocutor, obviamente de una forma y en un grado diferente. Usar un lenguaje sencillo, claro y evitar el uso de términos técnicos, contribuirá a lograr acuerdos exitosos. Es preciso abordar lo complejo desde lo simple, analizar con el usuario la situación y ofrecer información que permita identificar soluciones apropiadas para mejorar las prácticas de cuidado.

**B.2.3. Propósito de la conversación:** Debe establecerse desde el inicio y no perderlo de vista en ningún momento, de lo contrario el esfuerzo será inútil. Si en medio de la conversación surge un tema secundario que pareciera relevante para el usuario, atender el punto sin perderse en él.

**B.2.4. Grado de formalidad:** Implica mostrarse abierto, simple, cálido y humano. Interesarse por el otro, mirar a los ojos, sin perder profesionalismo. El personal de salud debe convertir una dificultad en una nueva oportunidad; es decir, comprender y respetar la complejidad en la que se dan las prácticas cotidianas de cada persona o familia, pero a la vez ayudar en la búsqueda de alternativas simples y factibles.

**B.2.5. Turnos en el diálogo o conversación:** Los turnos (quién habla primero o después, quién introduce un cambio de tema y en qué momento), la duración y el contenido de lo que se dice en cada turno; el número de participantes en la conversación y la construcción misma turno por turno para poder escucharse, son claves para conseguir una atmósfera de confianza y participación, con resultados positivos para ambas partes. La conversación humana se apoya sobre reglas tácticas que permiten planificar según una estrategia previa el logro de resultados y acuerdos exitosos para las dos partes. En el curso de la conversación, estas reglas tácticas se manifiestan a través de rutinas y fórmulas estereotipadas pero debe ser consciente

de eso para manejarlo positivamente. De la alternancia de los turnos se derivan cuatro reglas estratégicas:

- **Saber escuchar:** Hay que demostrar que se está escuchando apelando al nivel verbal y no verbal.
- **Saber tomar la palabra:** Puede efectuarse de dos modos, mediante un encadenamiento natural cuando el otro se calla o de manera competitiva cuando el otro no cede el turno y se hace necesario intervenir. Algunas veces, el curso natural de la conversación fuerza a interrumpir para no perder la oportunidad de mencionar algo que más adelante no podrá decirse de la misma manera, porque el contexto de la conversación va cambiando. Esto hace que la interrupción sea aceptada. Como en las estrategias de escucha, las señales pueden ser verbales o no verbales (miradas, gestos). Las llamadas son las señales que atraen la atención de uno de los participantes para pedir su turno.
- **Saber mantener el uso de la palabra:** Se hace a base de repeticiones o de pausas oralizadas o vocales arrastradas sin significado (ehh, umm).
- **Saber ceder la palabra:** Mediante preguntas, pausas sonrientes o silencios. Una de las claves para el éxito de la conversación es mantener siempre la atención puesta en el usuario (madre, el padre o cuidadores), para lo cual es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:
  - **La finalidad:** El propósito de la conversación debe estar claro para que el personal de salud pueda saber qué es lo que va a negociar. Eso significa buscar e identificar las ideas o argumentos que se van a tratar.
  - **La relevancia:** Lo que se dice debe ser importante para que el usuario se mantenga activo e interesado.
  - **La pertinencia:** El argumento del personal de salud debe ser coherente con el tema a tratar y con el contexto cultural donde éste trabaja y el usuario vive. Escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a toda información que

contribuya a entender mejor la situación, para orientar al usuario, teniendo en cuenta sus condiciones específicas de vida.

- **La suficiencia:** Se refiere a la cantidad de información que el usuario puede asimilar en condiciones de calidad en términos de atención y reflexión. No hablar demás, ni brindar más de dos (2) o tres (3) mensajes por sesión ya que el personal de salud puede confundirse o confundir al usuario.
- **La veracidad:** El usuario debe experimentar la veracidad y confiabilidad del argumento que refiera el personal de salud. Tener cuidado de no caer en contradicciones.<sup>1</sup>

### **B.3. CONDICIONES DEL MENSAJE**

En cuanto a la forma de manejar el mensaje, el personal de salud debe tener presente:

**B.3.1. Predictibilidad:** Las preguntas, respuestas, silencios o gestos del usuario, proveen a su vez elementos para poder reaccionar, callar, saber qué respuesta tener o esperar el momento oportuno para decir algo o no decirlo. A esta propiedad del lenguaje humano se le llama predictibilidad y puede ser muy útil en la consejería para orientar la conversación hacia toma de acuerdos sin imponer nada.

**B.3.2. Refuerzo formal:** Son las señales con las que una persona cierra o reafirma las ideas que el usuario está transmitiendo. Reforzar las intervenciones del usuario con enlaces y conectores discursivos, continuadores o turnos “colaborativos” (por ejemplo: ummm, claro, y que pasó, etc.). Estos elementos no son necesarios informativamente, sin embargo transmiten un clima de atención. Elogiar y alentar cuando el usuario refiera una práctica adecuada. Preguntar más y profundizar cuando se perciba que hay bloqueo o desánimo, evitando ser imprudente.

**B.3.3. Sentido amplio:** Debe evitarse presuposiciones o sobreentendidos. Esto es frecuente en contextos donde los hablantes provienen de culturas diferentes y no hay

un adecuado manejo del enfoque intercultural. Explorar aspectos culturales, religiosos, sociales, entre otros, que guarden relación con el tema tratado.

**B.3.4. Imagen social (principio de prioridad):** Se refiere a la imagen social de los usuarios: actitudes, presentación personal, costumbres sociales, preferencias, entre otros. En los contextos donde el personal de salud trabaja, este principio de carácter general, puede llegar a determinar la construcción (la forma y el contenido) de las intervenciones: atender o dejar hablar primero al hombre o a quien parece más pudiente, hábil o poderoso es frecuente y vulnera los derechos básicos de la persona. Es necesario adoptar actitudes coherentes con responsabilidad, esto implica estar siempre dispuesto a dar el mejor trato a cada persona que viene buscando ayuda, actuando con el respeto y la consideración que todos merecemos por igual.<sup>1</sup>

#### **B.4. EL VALOR Y EL SENTIDO CULTURAL DEL SILENCIO**

La conversación funciona con base en la relación entre sonidos (palabras) y silencios. En toda conversación no hay sólo palabras, también hay un tránsito o espacio entre lo que dice el personal de salud y el usuario responde, que comúnmente llamamos “silencio”. El silencio se define como la falta de actividad que delimita la conversación entre las personas, señalando su comienzo, duración y final, marcando un ritmo entre ellos. Esta falta de actividad puede ser:

- ❖ Cuando los hablantes se callan al mismo tiempo.
- ❖ Cuando fracasa la petición o el cambio de turno.
- ❖ Por vacilaciones o titubeos.
- ❖ Entre la introducción y el inicio del punto central de la conversación.
- ❖ Porque el hablante se da cuenta que el oyente está distraído y se queda callado para obligarlo a reaccionar.
- ❖ Al final del turno.

El silencio puede tener distintas valoraciones culturales y usos dependiendo del contexto en que se actúa. No es lo mismo el silencio en el mundo rural que en el contexto urbano, ni tiene el mismo significado para todas las culturas, llegando incluso a ser más intenso que la palabra, sobre todo si el personal de salud trabaja en un contexto donde el idioma predominante no es el que él habla habitualmente.<sup>1</sup>

### **C. METODOLOGIA DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL**

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). En ese sentido, como todo acto comunicativo, tiene una secuencia de entrada y de cierre:<sup>1</sup>

#### **C.1. PRIMER MOMENTO: Explicación y análisis de la situación encontrada junto con los padres o cuidadores.**

El primer momento incluye la primera instancia de apertura de la consejería nutricional; para ello, el consejero debe tener en cuenta algunos aspectos claves antes de iniciar el diálogo:

- Establecer una relación cordial con la madre o cuidadora.
- Ambiente donde se realiza la consejería nutricional.
- Situación actual.
- Disponibilidad de equipos y materiales.
- Tiempo transcurrido desde la última cita.
- Profesional que la atendió en su última cita.
- Tiempo de espera de los usuarios antes de pasar a consejería nutricional.

Como parte de la apertura es importante tener en consideración lo siguiente:

- a. Iniciar el diálogo, saludando y recibiendo amablemente a los padres o cuidadores.

- b. Presentándose correctamente, e indicando su nombre y profesión.
- c. Crear un ambiente de confianza, comodidad y adecuado culturalmente para abrir la conversación y lograr la participación de los padres o cuidador en la consejería nutricional.
- d. Verificar el registro de medidas antropométricas, antecedentes en salud y nutrición en la historia clínica del niño(a).
- e. Verificar el cumplimiento de los acuerdos anteriores en consejería nutricional, preguntando a los padres o cuidadores que recomendaciones de alimentación y nutrición le brindaron la última vez y si las ha cumplido. En caso no las haya cumplido, indagar las razones por las que no lo hizo.
- f. Realizar la valoración nutricional antropométrica del niño (a), la ganancia de peso según estado nutricional y transmitir el diagnóstico nutricional con lenguaje sencillo, asegurar su comprensión y utilizar las gráficas de ganancia de peso y talla según la edad del niño(a).
- g. Ofrecer argumentos y ejemplos que aseguran el interés por el tema a tratar. Se debe explicar los efectos a corto, mediano y largo plazo de un inadecuado estado nutricional (delgadez, sobrepeso, obesidad, anemia, entre otros); que permita captar el interés de los padres o cuidadores, también sensibilizarlos e involucrarlos en la solución de su situación actual.
- h. Analizar junto con la madre o cuidadores los factores de éxito, hábitos o acciones asertivas y positivas que favorecen su embarazo y elogiarlas.<sup>1</sup>

## **C.2. SEGUNDO MOMENTO: Análisis de factores causales o riesgos.**

El segundo momento es aquel en el que el personal de salud, 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 Nutricional del niño o el Crecimiento (a partir de la evaluación nutricional antropométrica) y el 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.

Para ello, será necesario el uso de la ficha de Evaluación de la Alimentación de la Niña y Niño de la Historia Clínica (Anexo N.º 01), cada vez que acuda al establecimiento de salud para sus controles o en seguimiento respectivos.<sup>1</sup>

Para el análisis de los factores causales o riesgos se debe tener en cuenta lo siguiente:

a. Analizar causas o riesgos potenciales relacionados a la presencia de enfermedades, identificando posibles enfermedades como anemia, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas y otras; según sea el caso, deberá ser referida para su descarte final y tratamiento.

b. Preguntar sobre los factores culturales en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejemplo: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres, entre otros).

c. Preguntar sobre los factores económicos en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejemplo: actividad de los miembros del hogar, ingresos, entre otros).

d. Preguntar sobre los factores emocionales que puedan estar afectando en el momento el estado de salud y nutrición del niño (a).

e. Preguntar sobre los factores sociales en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejemplo: participación en programas sociales, programas de apoyo alimentario, programa del vaso de leche, entre otros), a fin de brindar alternativas de alimentación en base a los alimentos que disponen.

f. Preguntar sobre los factores alimentarios, utilizando y registrando correctamente la ficha de Evaluación de la Alimentación de la Niña y Niño de la Historia Clínica (Anexo N.º 01).

g. Hacer preguntas que le permiten conocer y analizar con la madre, padre o cuidador la situación y las posibilidades para llevar a cabo nuevos comportamientos propuestos o afianzar los existentes.

h. Dejar espacios para la reflexión, dado en que toda conversación no hay solo palabras, también hay espacios entre lo que dice el profesional de salud y lo que responde la madre, padre o cuidador.

i. Hacer preguntas amables para que la madre, padre o cuidador explique su situación y sus preocupaciones y analizar la situación junto con ellos: ¿con quién vive el niño(a)?, etc., son cuestiones que no se pueden soslayar ni omitir, pues contribuyen a darle tranquilidad y seguridad en la fase de espera.<sup>1</sup>

### **C.3. TERCER MOMENTO: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos.**

El tercer momento es aquel en el que el personal de salud, madre, padre o cuidador buscan y priorizan alternativas de solución a los factores causales identificados. Recordar que la decisión sobre qué alternativas son las más convenientes debe ser tomada finalmente por la madre, padre o cuidador, quienes son los que conocen mejor sus recursos y posibilidades.<sup>1</sup>

Los acuerdos negociados con la madre, padre o cuidador deben ser concretos y factibles de realizar hasta la próxima cita, para ello se debe considerar:

a. Evaluar con la madre, padre o cuidador lo que es práctico de hacer con el apoyo familiar.

b. Buscar y proponer alternativas de solución, junto con la madre, padre o cuidador que respondan a la situación encontrada.

- c. Priorizar y brindar la cantidad de información requerida o mensajes claves que puede ser recordada y seguida (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada).
- d. Verificar el entendimiento de los acuerdos negociados (retroalimentación).
- e. Explicar que son acuerdos o compromisos y que no solo son recomendaciones o mensajes.
- f. Establecer acuerdos o compromisos concretos y factibles con la madre, padre o cuidador.
- g. Establecer acuerdos en función al análisis de la información dada por la madre, padre o cuidador.<sup>1</sup>

#### **C.4. CUARTO MOMENTO: Registro de acuerdos tomados.**

El profesional de salud responsable de la consejería nutricional deberá:

- a. Registrar en la historia clínica los acuerdos o compromisos (máximo tres) tomados con la madre, padre o cuidador.
- b. Registrar los acuerdos en una hoja para que la madre, padre o cuidador se lo lleve por escrito.
- c. Motivar a la madre, padre o cuidador a ponerlos en práctica con el apoyo de su familia.<sup>1</sup>

#### **C.5. QUINTO MOMENTO: cierre y seguimiento de acuerdos tomados.**

Este momento corresponde al seguimiento de los acuerdos tomados, los cuales se realizarán en las citas posteriores, pudiendo ser incluso intramural y extramural. Es importante despedirse afectuosamente para crear un vínculo positivo que motive a la madre, padre o cuidador a regresar a su siguiente control. En tal sentido, se debe considerar lo siguiente:

- a. Realizar el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías.

- b. Concretar con la madre, padre o cuidador la fecha para la próxima cita.
- c. Insistir en la ventaja del cumplimiento de los acuerdos tomados con la madre, padre o cuidador antes de despedirse.<sup>1</sup>

#### **D. INSTRUCTIVO KIT DEL BUEN CRECIMIENTO INFANTIL, EN EL MARCO DE LA CONSEJERÍA CRED Y ATENCIÓN INFANTIL**

El objetivo de la herramienta es contribuir a mejorar la nutrición de los niños con énfasis en el primer año de vida, para el establecimiento de compromisos familiares en la consejería nutricional en el CRED y atención infantil promoviendo cambio de comportamientos.<sup>37</sup>

##### **D.1. KIT DEL BUEN CRECIMIENTO**

Es un material educativo comunicacional diseñado para guiar el personal de la Salud, y facilitar la consejería en el espacio CRED, que busca:

- Identificar visualmente y de forma concreta la tendencia en el crecimiento de la niña (o). de esta forma la madre lo comprenderá con mayor facilidad.
- Dar a conocer el diagnóstico de las prácticas de alimentación infantil y poder explicar a la madre o cuidador como se relacionan estas con la tendencia encontrada en relación al crecimiento de la niña (o).
- Seleccionar o priorizar dos prácticas (según el ámbito sierra o selva), que mejoren o mantengan el buen crecimiento, para negociar con la madre el cambio de comportamiento.
- Realizar una negociación de en forma interactiva y didáctica que termine con compromisos factibles, teniendo en cuenta su contexto sociocultural, sus saberes emociones y prácticas socioculturales.
- Facilitar la activa participación de la madre o cuidador en realizar y recordar sus compromisos.

- Favorecer la interacción horizontal entre el personal de salud y las madres.<sup>37</sup>

## **D.2. COMPONENTES DEL KIT PARA EL BUEN CRECIMIENTO INFANTIL**

El paquete está conformado por:

- ❖ Un pliego educativo para el establecimiento de compromisos familiares; consta de 3 partes: curva de ganancia de peso de niño (a) de 0 a 2 años, preguntas sobre las diferentes prácticas de alimentación y cuidado del niño (a), un espacio donde la madre pega sus compromisos.
- ❖ Juego de tarjetas de alimentos locales y prácticas priorizadas.
- ❖ Cartilla de compromiso “mis acuerdos y compromisos”.

## **D.3. ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA REALIZAR LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL UTILIZANDO EL KIT PARA EL BUEN CRECIMIENTO INFANTIL**

Es necesario tomar en cuenta que se requiere contar con destrezas en tres aspectos fundamentales:

- ✓ Conocer las prácticas saludables esperadas.
- ✓ Manejar el procedimiento para el uso del Kit del Buen Crecimiento.
- ✓ Desarrollar una actitud favorable de escucha, confianza y sensibilidad cultural con la madre o cuidador del niño (a).<sup>37</sup>

## D. 4. RUTA METODOLOGICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ACUERDOS Y COMPROMISOS

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <b>MOMENTO 1</b><br>Explicación de la situación encontrada | <b>MOMENTO 2</b><br>Análisis de los factores causales o riesgos | <b>MOMENTO 3</b><br>Búsqueda de alternativas y soluciones de mutuo acuerdo | <b>MOMENTO 4</b><br>Registro de acuerdos             | <b>MOMENTO 5</b><br>Seguimiento de acuerdos                 |
| ↓  | ↓   | ↓  | ↓  | ↓   |
| <b>Parte 1</b><br>¿Cómo está creciendo mi hija?            | <b>Parte 2</b><br>¿Cómo la estoy alimentando y cuidando?        | <b>Parte 3</b><br>Mis acuerdos y compromisos                               | <b>Parte 4</b><br>Registro de acuerdos y compromisos | <b>Parte 5</b><br>Seguimiento de mis acuerdos y compromisos |
| <b>GRAFICAR<br/>UBICAR</b>                                 | <b>PREGUNTAR<br/>PRIORIZAR</b>                                  | <b>FELICITAR<br/>NEGOCIAR<br/>COMPROMETE<br/>R PEGAR<br/>CHEQUEAR</b>      | <b>REGISTRAR</b>                                     | <b>SEGUIMIENTO</b>  |
| <b>PLIEGO, FIGURAS</b>                                     |   |  | <b>CARTILLA DE COMPROMISOS<br/>HISTORIA CLINICA</b>  |   |

FUENTE: Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. Lima - Perú: MINSA; 2017.

### 1.2.3. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la alimentación complementaria como “el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche, durante el tiempo que el lactante está recibiendo leche materna o fórmula infantil”.<sup>38</sup>

La alimentación complementaria también consiste en dar al lactante a partir de los 6 meses de edad otros alimentos y líquidos diferentes a la leche materna, pero complementarios a ésta. Es decir, que se mantiene la lactancia materna pero se inicia la introducción de otros alimentos y líquidos. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia

adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.<sup>39</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 a 8 meses; 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.<sup>39</sup>

La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa.<sup>39</sup>

#### **1.2.3.1. OBJETIVOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

La alimentación complementaria persigue varios objetivos, entre ellos:

- Contribuir con el desarrollo del aparato digestivo.
- Suplementar nutrientes insuficientes.
- Enseñar a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.
- Colaborar con la conformación de hábitos de alimentación saludable.
- Estimular el desarrollo psicosocial.<sup>38</sup>

#### **1.2.3.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

La alimentación complementaria debe cumplir con las siguientes características:

- ❖ **CALIDAD:** La alimentación deberá ser completa en su composición para mantener el correcto funcionamiento de órganos y sistemas. En toda dieta deberán estar presentes: hidratos de carbono, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales y agua. De acuerdo a esta ley, las dietas se clasifican en completas (variadas) e incompletas (monótonas).

- ❖ **CANTIDAD:** La cantidad de alimentos debe ser suficiente para cubrir las necesidades calóricas y nutricionales de nuestro organismo y mantener el equilibrio interno.
- ❖ **FRECUENCIA:** Se define como el número de veces o número de tiempo que se debe ingerir los alimentos para cubrir los requerimientos necesarios del organismo.
- ❖ **CONSISTENCIA:** Son las características de la preparación de los alimentos (alimentos aplastados tipo puré, alimentos picados y de la olla familiar) que se van a ingerir.<sup>40</sup>

### **1.2.3.3. PRINCIPIOS PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Los principios básicos para desarrollar una alimentación complementaria exitosa son:

#### **1.2.3.3.1. Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad (180 días)**

La lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses es el primer paso para una alimentación complementaria exitosa porque:

- ❖ Protege al lactante de infecciones gastrointestinales y enfermedades transmitidas por alimentos durante los primeros 6 meses de vida.
- ❖ Aporta la cantidad necesaria de nutrientes para un crecimiento adecuado del lactante, lo que favorece la maduración del sistema digestivo para poder asimilar los alimentos complementarios.
- ❖ La introducción temprana de alimentos diferentes a la leche materna tiene varias desventajas, de manera que antes de los 6 meses de vida no se recomienda iniciar la alimentación complementaria porque:
  - Existe el riesgo de que la alimentación complementaria temprana pueda reemplazar a la lactancia materna.



- Si se reduce la lactancia materna puede ser que no se cubran adecuadamente los requerimientos nutricionales del lactante.
- La dieta suele ser deficiente en nutrientes, especialmente cuando se ofrecen alimentos diluidos con pobre contenido nutricional como sopas, caldos y papillas, debido a que son fáciles de comer y tragar para el lactante.
- Incrementa el riesgo de diarreas e infecciones gastrointestinales por alimentos contaminados o higiénicamente mal manipulados.
- Incrementa el riesgo de intolerancias y alergias alimentarias si se ofrecen alimentos de difícil digestión.
- Incrementa el riesgo de un segundo embarazo en la madre si la lactancia materna es menos frecuente.<sup>41</sup>

#### **1.2.3.3.2. Iniciar a los 6 meses de edad la introducción de alimentos en cantidades pequeñas**

- ✚ Debido al crecimiento del lactante, a partir de los 6 meses de edad se genera un déficit de energía que la leche materna no logra cubrir, este déficit se conoce como Brecha de Energía (BE).
- ✚ A mayor edad, mayor deberá ser el aporte energético de la alimentación complementaria, mientras que se hace menor el aporte energético de la lactancia materna.
- ✚ Al introducir la alimentación complementaria en la dieta del lactante, éste tiende a disminuir la ingesta de leche materna, hasta que progresiva y gradualmente la alimentación complementaria desplaza a la lactancia materna.<sup>41</sup>

#### **1.2.3.3.3. Continuar la lactancia materna mientras se inicia la alimentación complementaria:**

En el lactante de 6 a 12 meses de edad se debe continuar la lactancia materna al mismo tiempo que se introduce la alimentación complementaria porque:

- ❖ La lactancia materna aporta el 50% o más de los requerimientos de energía y nutrientes del lactante entre los 6 a 12 meses de edad y aproximadamente el 30% de ellos entre los 12 a 24 meses de edad.
- ❖ La lactancia materna sigue aportando energía y nutrientes de buena calidad (aunque sea en menor cantidad) mientras el lactante comienza a recibir alimentos complementarios, los cuales le darán un aporte adicional de energía y nutrientes.
- ❖ La lactancia materna es una fuente importante de alimentación cuando el lactante de 6 a 12 meses presenta alguna enfermedad.
- ❖ La lactancia materna es un factor protector de la desnutrición en el lactante de 6 a 12 meses de edad.<sup>41</sup>

**1.2.3.3.4. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el lactante, adaptándose a sus habilidades:**

- ✓ Iniciar con alimentos de consistencia blanda como papilla o puré.
- ✓ De acuerdo con el desarrollo neuromuscular del lactante ofrecer alimentos semisólidos y luego sólidos.
- ✓ En esta etapa se deben evitar los alimentos muy líquidos o aguados, los cuales generalmente tienen poco valor nutritivo y se deben preferir los alimentos más espesos que no escurran en una cuchara.
- ✓ La cantidad, frecuencia y textura de los alimentos complementarios varía según la edad.<sup>41</sup>

**1.2.3.3.5. Aumentar gradualmente el número de tiempos de comida del lactante:**

Al iniciar la alimentación complementaria se debe incluir un alimento nuevo a la vez, dar ese mismo alimento por tres días y continuar así con cada alimento nuevo, con el fin de que se pueda identificar si algún alimento le causó malestar al niño o la niña.

Por ejemplo el día que introduzcan papa, se da ese alimento por tres días y al día 4 se introduce un nuevo alimento, esto ayudará a identificar intolerancias y alergias alimentarias.<sup>41</sup>

#### **1.2.3.3.6. Practicar la alimentación perceptiva:**

La alimentación complementaria óptima no solamente depende de qué alimentos complementarios se ofrezcan al lactante, sino que también es importante el cómo, dónde, cuándo y quién lo alimenta. A este concepto se le llama alimentación perceptiva y es el conjunto de principios que los padres o cuidadores del niño le brindan al lactante en su cuidado físico y psicosocial.

Los principios de la Alimentación Perceptiva son:

- ✚ Alimentar al lactante directamente respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- ✚ Alimentar despacio, pacientemente y animar al lactante a comer, pero sin obligarlo.
- ✚ Experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para evitar el rechazo a los alimentos complementarios.
- ✚ Ofrecer los alimentos con utensilios (platos, cucharas, tenedores, etc...) apropiados para el tamaño de la boca del lactante.
- ✚ Reducir las distracciones durante las horas de comida para evitar que el lactante pierda interés en los alimentos.
- ✚ Los tiempos de alimentación son períodos de aprendizaje y amor, hay que hablar con el lactante y mantener el contacto.<sup>41</sup>

#### **1.2.3.3.7. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos**

- Al introducir en la dieta del lactante alimentos complementarios a la leche materna, el principal riesgo es la enfermedad diarreica, causada por la contaminación microbiana de esos alimentos.

- La preparación, la manipulación y almacenamiento seguro de los alimentos que se ofrecen al lactante es clave para reducir el riesgo de diarrea.

Las medidas recomendadas para el manejo de los alimentos complementarios son:

- Preferir el uso de tazas o beberitos para dar los líquidos.
- Evitar el uso de tetinas, chupetas y chupones para dar líquidos.
- Que los utensilios de alimentación como vasos, cucharas y platos sean de uso exclusivo del lactante.
- Lavar exhaustivamente los utensilios de alimentación del lactante.
- Lavar las manos del lactante antes de ofrecer los alimentos.
- Almacenar los alimentos del lactante en refrigeración, si no pueden refrigerarse deberán ser consumidos antes de 2 horas después de haber sido preparados para evitar el crecimiento bacteriano.
- Mantener la higiene en el área de preparación de los alimentos del lactante.
- Separar los alimentos cocinados de los crudos.
- Cocinar adecuada y completamente los alimentos.
- Usar agua y alimentos seguros (que eviten que el niño se enferme) en buen estado de conservación.<sup>41</sup>

#### **1.2.3.4. CONTENIDOS BÁSICOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Considerando que los determinantes del estado nutricional son multifactoriales, las prácticas que deben promoverse incluyen principalmente aspectos vinculados con la alimentación, salud, higiene y apoyo psicoafectivo.<sup>1</sup>

##### **1.2.3.4.1. NIÑA Y NIÑO DE 6 A 8 MESES ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

- ✓ **LECHE MATERNA:** Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.

- ✓ **CONSISTENCIA:** Iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona.
- ✓ **CANTIDAD:** Servir la mitad de un plato mediano tendido de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer (iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco).
- ✓ **CALIDAD:** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, “sangrecita”, pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.
- ✓ **FRECUENCIA:** Dar tres comidas al día más leche materna.
- ✓ **SUPLEMENTOS DE HIERRO Y VITAMINA A USO DE SAL YODADA:**
  - Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes.
  - En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A.
  - Promover el consumo de sal yodada.
- ✓ **OTROS:**
  - Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos, menestras, carnes, huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo.
  - Adicionar una cucharadita de aceite vegetal a la comida principal para mejorar la densidad energética.
  - Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).
  - Cada niña o niño debe tener su propio plato, taza y cubierto.
  - Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).

- Lavado de manos, con agua segura y jabón o detergente de la niña o niño, madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.
- Lavar con agua segura platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer.
- Eliminar las excretas de la niña o niño fuera del hogar.
- Mantenga los animales fuera del hogar.
- Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cuentos, cantos y juegos. Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer y ofrecerle la comida con afecto.
- Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo de la niña o niño.<sup>1</sup>

#### **1.2.3.4.2. NIÑA Y NIÑO DE 9 A 11 MESES ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

- ❖ **LECHE MATERNA:** Continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.
- ❖ **CONSISTENCIA:** Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.
- ❖ **CANTIDAD:** Servir casi completo (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete cucharadas), en un plato mediano tendido.
- ❖ **CALIDAD:** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.
- ❖ **FRECUENCIA:** Dar tres comidas al día más un refrigerio.
- ❖ **SUPLEMENTOS DE HIERRO Y VITAMINA A. USO DE SAL YODADA:**
  - Consumo del suplemento de hierro.

- En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A.
- Promover el consumo de sal yodada.

❖ **OTROS:**

- Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos, menestras, carnes, huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo.
- Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética.
- Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).
- Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño.
- Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).
- Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.
- Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura.
- Consumo de agua hervida en taza. Disposición de las excretas de la niña o niño, y mantener los animales fuera del hogar.
- Consumo del suplemento de hierro. Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos, etc.
- Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de las comidas y brindar la comida con afecto.

- Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo.<sup>1</sup>

#### **1.2.3.4.3. NIÑA Y NIÑO DE 1 A MENOS DE 2 AÑOS - ALIMENTACIÓN INFANTIL**

✚ **LECHE MATERNA:** Continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas.

✚ **CONSISTENCIA:** Dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.

✚ **CANTIDAD:** Servir un plato mediano tendido de comida (siete a diez cucharadas).

✚ **CALIDAD:** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, “sangrecita”, pollo, etc.

✚ **FRECUENCIA:** Dar tres comidas al día más dos refrigerios.

✚ **SUPLEMENTOS DE HIERRO Y VITAMINA A. USO DE SAL YODADA:**

- Consumo del suplemento de hierro.
- En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A.
- Promover el consumo de sal yodada.

✚ **OTROS**

- Incluir todos los días, alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos, menestras, carnes, huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo (una unidad).
- Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética.
- Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).



- Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño. Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).
- Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.
- Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura.
- Consumo de agua hervida en taza. Disposición de las excretas de la niña o niño y mantener los animales fuera del hogar.
- Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos.
- Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de las comidas y brindar la comida con afecto.
- Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo.<sup>1</sup>

#### **1.2.4. LA ANEMIA**

La anemia es un problema de salud pública, que se define como la concentración de hemoglobina por debajo de los valores límite establecidos (por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre), lo cual es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo, pero pueden causarla otras carencias nutricionales (entre ellas, las de folato, vitamina B12 y vitamina A), la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos.<sup>42</sup>

La anemia en niños e infantes está asociada con retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, así como con una resistencia disminuida a las infecciones. La deficiencia de hierro inhibe la habilidad de regular la temperatura cuando hace frío y altera la producción hormonal y el metabolismo, afectando los neurotransmisores y las hormonas tiroideas asociadas con las funciones musculares y neurológicas, reguladoras de la temperatura. Por lo tanto los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles, aún después de un tratamiento. Por ello se estima que al cumplir su primer año de vida, los niños (as) sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor, y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente.

### **Causas de la anemia**

- ❖ Bajo consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal en la población infantil, en las gestantes y en la población en general.
- ❖ Altas necesidades de hierro en la gestación e ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo y en las etapas de mayor crecimiento, como en los primeros 2 años de edad.
- ❖ Altas necesidades nutricionales en niños de 6- 24 meses y déficit en ingesta de hierro de buena biodisponibilidad - heminico (vísceras oscuras y carnes rojas).
- ❖ Embarazos múltiples y corto espacio intergenésico.
- ❖ Corte tardío de cordón umbilical que disminuye la transferencia de hierro durante el parto.
- ❖ Bajas reservas de hierro en niños prematuros y con bajo peso al nacer.
- ❖ Alta morbilidad por infecciones y diarreas, disminuyen la absorción, almacenamiento y utilización de hierro.
- ❖ Parásitos que originan pérdidas de sangre en el tracto digestivo.

- ❖ Reducción de la lactancia materna exclusiva e ingesta de leche de vaca en menores de 1 año.
- ❖ Malaria e infecciones crónicas.
- ❖ Pérdida de sangre (menstruación, enteroparasitosis, gastritis entre otros).<sup>43</sup>

### **Síntomas:**

Las personas con anemia presentan las siguientes características:

- Palidez en la cara o en las palmas de mano y ojos hundidos
- Mareos, desmayos y cefalea.
- Desgano
- Hiporexia (falta de apetito)
- Cansancio y fatiga
- Sueño incrementado.
- Irritabilidad.
- Rendimiento físico disminuido.
- Alteraciones en el crecimiento.
- Caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniopia).
- Alteraciones de conducta alimentaria Pica: tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
- Síntomas cardiopulmonares: taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo.
- Alteraciones digestivas: queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
- Alteraciones inmunológicas.
- Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención.
- Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.<sup>44</sup>

## HIERRO

El hierro es un micronutriente esencial para la vida. Es el componente fundamental de la hemoglobina, que tiene como función el transporte de oxígeno a través de la sangre a todos los tejidos.

También se encuentra en la mioglobina que es la proteína del músculo que almacena oxígeno necesario para realizar actividad física (caminar, trabajar, hacer ejercicios, etc.) y también se encuentra en las enzimas y neurotransmisores para cumplir funciones en el desarrollo y los circuitos de aprendizaje.<sup>43</sup>

### Alimentos que tienen mayor cantidad de Hierro

La principal fuente alimentaria de hierro de alta absorción proviene de los alimentos de origen animal.<sup>43</sup>

| ALIMENTOS              | CANTIDAD DE HIERRO EN MG POR RACIÓN DE 2 CUCHARADAS (30 GRAMOS) |
|------------------------|---|
| Sangre de pollo cocida | 8.9   |
| Bazo de res            | 8.6   |
| Riñón de res           | 3.4   |
| Hígado de pollo        | 2.6   |
| Charqui de res         | 2.0   |
| Pulmón(bofe)           | 2.0   |
| Hígado de res          | 1.6   |
| Carne seca de llama    | 1.2   |
| Corazón de res         | 1.1.  |
| Carne de carnero       | 1.1   |
| Pavo                   | 1.1.  |
| Carne de res           | 1.0   |
| Pescado                | 0.9   |
| Carne de pollo         | 0.5   |

**Fuente:** CENAN/INS/MINSA. Tabla peruana de composición de alimentos 7ma. Edición. Lima - Perú; 2009.

## **CONSECUENCIAS DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO**

### **a) En niños pequeños**

- Deficiente sistema inmunitario.
- Retraso en el desarrollo intelectual.
- Disminución del desarrollo motor.
- Disminución del apetito aumentando el riesgo a enfermarse, perjudicando su crecimiento y desarrollo.

### **b) En escolares y adolescentes**

- Menor rendimiento escolar.
- Disminuye la capacidad para realizar ejercicio.
- Afecta la atención.
- Disminuye la resistencia a las infecciones.

### **c) En embarazadas**

- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Niños con bajo peso al nacer.
- Aumento de la morbilidad materna y hemorragias.

### **d) En adultos**

- Menor resistencia al esfuerzo físico.
- Disminución de la productividad laboral.<sup>43</sup>

## **TÉCNICAS PARA DETERMINAR LA ANEMIA**

- ❖ Para determinar el valor de la hemoglobina en niños, adolescentes, mujeres gestantes o puérperas se utilizan métodos directos como: cianometahemoglobina (espectrofotómetro) y azidametahemoglobina (hemoglobinómetro), o los diferentes métodos empleados por contadores hematológicos (analizador automatizado y semiautomatizado) para procesar hemograma.
- ❖ De no contar con ningún método de medición de hemoglobina, se determinará el nivel de anemia según la medición del hematocrito.<sup>44</sup>

## VALORES DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA

| ANEMIA           | NORMAL            |
|------------------|-------------------|
| Menor de 11mg/dl | Mayor de 11 mg/dl |

| VALORES DE ANEMIA | PUNTO DE CORTE ( NIVEL DE HEMOGLOBINA g/dl) |
|-------------------|---|
| Anemia severa     | Menor 7.0 g/dl                              |
| Anemia moderada   | 7.0 – 9.9 g/dl                              |
| Anemia leve       | 10.0 – 10.9 g/dl                            |

Fuente: OMS. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. WHO/NHD/MN/11.1.VMNIS. Sistema de información nutricional sobre vitaminas y minerales.

### MEDIDAS PARA EVITAR LA ANEMIA

#### Desde la gestación

- Alimentación variada y balanceada que consiste en la incorporación diaria de alimentos de origen animal de color rojo, ricos en hierro, desde la preparación de la olla familiar.
- Suplementación de la gestante y puérpera con hierro y ácido fólico a partir del cuarto mes de embarazo hasta el primer mes post parto.<sup>30</sup>

#### Desde el nacimiento

- Corte tardío del cordón umbilical, a los 2-3 minutos después del nacimiento.
- Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacida de la niña o niño y de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los dos años de edad.
- Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad que incluya diariamente alimentos de origen animal de color rojo ricos en hierro como carnes rojas, sangrecita, bazo, hígado y otras vísceras.
- Suplementación preventiva con hierro en niños y niñas a partir de los 4 meses de edad y hasta los 36 meses con suplementación de hierro en gotas, jarabe y/o micronutrientes en polvo(fortificación casera), constituyen el refuerzo de la alimentación.<sup>43</sup>

## Otras medidas

- Control del parasitosis intestinal, en zonas endémicas de parasitosis, las niñas y niños deberán recibir tratamiento de acuerdo a la normatividad establecida.
- Promoción de la producción de crianza para la disponibilidad de alimentos de origen animal en las familias.
- Promover acciones de saneamiento básico para disminuir las enfermedades parasitarias de la población.
- Promover la participación activa de la población en el desarrollo de las intervenciones para reducir la anemia.
- Incentivar la fortificación de alimentos ricos con hierro y nutrientes.<sup>43</sup>

### 1.3. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLE

#### a) Variable independiente

Calidad de la consejería nutricional.

#### b) Variable dependiente

Alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia.

#### 1.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE IDENTIFICADA  | DEFINICIÓN CONCEPTUAL  | DEFINICIÓN OPERACIÓN  | INDICADORES  | VALOR FINAL   |
|--|--|---|--|---|
| <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p>CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL.</p> | <p>Es un proceso educativo comunicacional interpersonal participativo, entre un personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una ciudadana o ciudadano. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones sobre una situación identificada a partir de la evaluación nutricional y análisis de prácticas, fortaleciendo las adecuadas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional.</p> | <p>La calidad de la consejería nutricional se determinará a través del cumplimiento adecuado de los 5 momentos de la consejería nutricional. Se evaluará mediante la Ficha de Cotejo.</p> | <p><b>PRIMER MOMENTO:</b> Explicación de la situación encontrada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bueno</li> <li>➤ Necesita mejorar</li> </ul> <p><b>SEGUNDO MOMENTO:</b> Análisis de los factores causales o riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bueno</li> <li>➤ Necesita mejorar.</li> </ul> <p><b>TERCER MOMENTO:</b> Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bueno</li> <li>➤ Necesita mejorar</li> </ul> <p><b>CUARTO MOMENTO:</b> Registro de acuerdos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sí.</li> <li>➤ No.</li> </ul> <p><b>QUINTO MOMENTO:</b> Seguimiento de acuerdos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sí.</li> <li>➤ No.</li> </ul> | <p>ESCALA ORDINAL</p> <p><b>TOTAL:</b> Suma de la puntuación obtenida en cada uno de los ítems (puntaje máximo: 34 puntos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>De 30 a 34 puntos:</b> consejería nutricional “adecuada”.</li> <li>❖ <b>De 20 a 29 puntos:</b> consejería nutricional “en proceso”.</li> <li>❖ <b>Menos de 20 puntos:</b> consejería nutricional “inadecuada”.</li> </ul> |



|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b></p> <p>ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA.</p> | <p>La alimentación complementaria consiste en dar al lactante a partir de los 6 meses de edad otros alimentos y líquidos diferentes a la leche materna, pero complementarios a ésta. Es en este periodo que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo.</p> | <p>La calidad de la alimentación complementaria se determinará a través de la preparación de los alimentos teniendo en cuenta las características de la alimentación complementaria. Se evaluará mediante la guía de observación.</p> | <p><b><u>6 – 8 MESES</u></b></p> <p><b>Calidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alimentos de origen animal: 2 cucharadas.</li> <li>➤ Menestras – tubérculos - cereales: 2 cucharadas.</li> <li>➤ Verduras: 1 cucharada.</li> <li>➤ Frutas.</li> </ul> <p><b>Consistencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aplastado tipo puré.</li> </ul> <p><b>Cantidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 3 – 5 cucharadas (1/2 plato mediano tendido).</li> </ul> <p><b>Frecuencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 3 comidas al día más leche materna.</li> </ul> <p><b><u>9 – 11 MESES</u></b></p> <p><b>Calidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alimentos de origen animal: 2 cucharadas.</li> <li>➤ Tubérculos: 2 cucharadas.</li> <li>➤ Menestras - cereales: 2 cucharadas.</li> <li>➤ Verduras: 1 cucharada.</li> <li>➤ Frutas.</li> </ul> <p><b>Consistencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alimentos picados.</li> </ul> | <p>ESCALA ORDINAL</p> <p>TOTAL: Suma de la puntuación obtenida en cada uno de los ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>≥ 24 puntos:</b> Alimentación complementaria “buena”.</li> <li>➤ <b>&lt; 24 puntos:</b> Alimentación complementaria “deficiente”.</li> </ul> |
|--|--|---|--|---|

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p><b>Cantidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 5 – 7 cucharadas (3/4 plato mediano tendido).</li> </ul> <p><b>Frecuencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 3 comidas al día más un refrigerio.</li> </ul> <p><b><u>12 – 24 MESES</u></b></p> <p><b>Calidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alimentos de origen animal: 2 cucharadas.</li> <li>➤ Tubérculos: 2 cucharadas.</li> <li>➤ Menestras - cereales: 4 cucharadas.</li> <li>➤ Verduras: 2 cucharadas.</li> <li>➤ Frutas.</li> </ul> <p><b>Consistencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De la olla familiar.</li> </ul> <p><b>Cantidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 7 – 10 cucharadas (1 plato mediano tendido).</li> </ul> <p><b>Frecuencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 5 veces al día (tres alimentos principales y dos refrigerios a media tarde y media mañana).</li> </ul> |  |
|--|--|--|---|--|

## **CAPITULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:**

El presente estudio está enmarcado en el enfoque cuantitativo. Hernández, R., ET AL., (2010), sostiene que “el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer con exactitud los resultados de los patrones de comportamiento en una población”.<sup>45</sup>

#### **2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

De acuerdo a su finalidad, el presente estudio pertenece a una investigación aplicada. Vargas, z. conocimientos teóricos. (2009), citado por Murillo, sostiene que “se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ellas se deriven”.<sup>46</sup>

#### **2.3. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

Según el periodo en que se capta la información, pertenece a un estudio prospectivo. Canales, F., ET AL. (1994), sostiene que “el estudio prospectivo registra la información según van ocurriendo los fenómenos”. Se dice que

pertenece a este estudio, porque suele resolver cualquier ambigüedad relativa a la sucesión cronológica de los fenómenos.<sup>47</sup>

Según al periodo y secuencia del estudio, pertenece a un estudio transversal. Canales, F., ET AL. (1994), sostiene que el estudio es transversal, cuando se estudia las variables simultáneamente en determinado momento.<sup>47</sup>

De acuerdo a la manipulación de las variables, corresponde a un estudio no experimental, correlacional. Hernandez, R., ET AL. (2010), sostiene que “en el estudio no experimental se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en lo que se observa los fenómenos en su ambiente natural para después evaluar la correlación entre la variable independiente y dependiente”.<sup>45</sup>

#### **2.4. ÁREA DE ESTUDIO**

La presente investigación se realizó en el “Centro de Salud de Huamanguilla”, ubicado en el Distrito de Huamanguilla, en la provincia de Huanta de la región de Ayacucho, en las coordenadas geográficas de 13°44’33” de latitud sur y 72°21’15” longitud oeste, del meridiano de Greenwich. La altura de la capital del distrito es de 3276 m.s.n.m. y tiene una superficie de 88.08 Km<sup>2</sup>, con una densidad de población de 54.70 Hab. /Km<sup>2</sup>. La temperatura varía de acuerdo a las estaciones del año, oscilando entre los 27°C el máximo y 4°C el mínimo. La precipitación pluvial anual supera los 550 mm.

#### **2.5. POBLACIÓN:**

La población fue conformada por 50 niños (as) con diagnóstico de anemia que acuden a los consultorios de CRED del Centro de Salud de Huamanguilla, obtenidos del SIEN (Sistema de Estado Nutricional) de abril – agosto. 2018.

**Criterios de inclusión:** Madres o cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden a los consultorios de CRED del Centro de Salud de Huamanguilla, 2018.

**Criterios de exclusión:** En el criterio de exclusión se considera a los niños (as) menores de 6 meses de edad, mayores de 24 meses de edad, niños (as) sin diagnóstico de anemia y madres o cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses de edad que no acuden a los consultorios de CRED del Centro de Salud de Huamanguilla.

## **2.6. MUESTRA**

La muestra fue representada por 30 niños (as) de 6 a 24 meses de edad con alimentación complementaria y diagnóstico de anemia, obtenidos del SIEN (Sistema de Estado Nutricional) de abril – agosto. 2018, quienes fueron un elemento principal para la ejecución del presente trabajo de investigación.

**2.6.1. TIPO DE MUESTREO:** No probabilístico intencional por conveniencia.

**2.6.2. UNIDAD DE ANÁLISIS:** Madre o cuidador.

## **2.7. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos fue mediante la técnica de observación directa tanto a las licenciadas (os) en Enfermería y a las madres de niños (as) de 6 – 24 meses de edad con diagnóstico de anemia.

Los instrumentos que fueron empleados son los siguientes:

- ✚ Ficha de cotejo que explora el desempeño o habilidades en la calidad de la consejería nutricional brindada por las licenciadas (os) de Enfermería en los consultorios de CRED.
- ✚ Guía de observación que explora los conocimientos y prácticas sobre la calidad de la alimentación complementaria en las madres o cuidadores de niños (as) de 6 a 24 meses, mediante las visitas domiciliarias.

## **2.8. RECOLECCIÓN DE DATOS**

**ETAPA I: Consentimiento:** Se obtuvo el consentimiento del jefe del Centro de Salud de Huamanguilla, a través de un oficio y una carta de presentación del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### **ETAPA II:**

#### **A. PERSONAL DE ENFERMERÍA**

- La recolección de datos fue mediante la ficha de cotejo, la cual se aplicó de manera imprevista, para así no alterar los resultados de la investigación.
- Se procedió a ingresar al consultorio de CRED, nos ubicamos en un lugar adecuado de tal manera de no interferir en la atención del personal de Enfermería.
- Luego, por cada padres o cuidador de niños de 6 a 24 meses que acuden al control de CRED se procedió a evaluar al personal de Enfermería de turno la calidad de la consejería nutricional de acuerdo los 5 momentos, mediante una ficha de cotejo.

#### **B. PADRES O CUIDADORES**

- La evaluación de la calidad de la alimentación complementaria fue mediante la visita domiciliaria a través de la observación a los padres o cuidadores de niñas(os) de 6 a 24 meses que hayan asistido a los controles de CRED y hayan recibido consejería nutricional.
- Luego se realizó la visita domiciliaria de manera imprevista, en la cual se observó y evaluó la alimentación complementaria, teniendo en cuenta las características de la preparación de los alimentos y la manera como se brinda la alimentación complementaria a niños(as) de 6 a 24 meses de edad.
- ❖ Una vez recolectados los datos de la investigación se verificó si los ítems y las preguntas estén completamente llenas.

- ❖ Concluida esta fase se procedió al ordenamiento y codificación de los instrumentos de la recolección de datos para su posterior procesamiento y vaciamiento de los datos a un programa de software estadístico, para obtener los datos destacados y comenzar con la tabulación.

**ETAPA III:** Finalmente se almacenó toda la información obtenida producto de la aplicación del proyecto de investigación.

## **2.9. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Previamente se realizó el control de calidad de los resultados. Luego se construyó el libro de códigos y con ellos la matriz tripartita en el programa Spss versión 21 y Excel para elaborar cuadros simples y dobles, las que fueron presentadas para su análisis y discusión.

## **2.10. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE DATOS**

Una vez procesado la información los datos se presentaron en tablas de simple y doble entrada, luego se procedió a la interpretación y análisis mediante el uso de pruebas estadísticas (CHI CUADRADO).

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**



**TABLA N° 01**

**CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS (AS) DE 6 – 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA; CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA - 2018.**

| CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL | ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA |      |       |      | TOTAL |     |
|--------------------------------------|-----------------------------|------|-------|------|-------|-----|
|                                      | DEFICIENTE                  |      | BUENA |      | N     | %   |
|                                      | N                           | %    | N     | %    |       |     |
| <b>INADECUADO</b>                    | 19                          | 90.5 | 2     | 9.5  | 21    | 70  |
| <b>EN PROCESO</b>                    | 8                           | 88.9 | 1     | 11.1 | 9     | 30  |
| <b>TOTAL</b>                         | 27                          | 90   | 3     | 10   | 30    | 100 |

FUENTE: Ficha de evaluación del desempeño o habilidades en la consejería nutricional aplicada en las licenciadas (os) de Enfermería – Guía de observación sobre la calidad de la alimentación complementaria aplicada en madres o cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia.

$X^2 = 0,000$  con un nivel de significancia de  $P < 0.05$ .

En la tabla N° 01, se observa que del total de la muestra estudiada, el 70% (21) de las licenciadas (os) en Enfermería brindan una consejería nutricional “inadecuado” de las cuales el 90.5% (19) de las madres o cuidadores brindan una alimentación complementaria “deficiente” y el 9.5% (2) “buena”; mientras que del 30%(9) de licenciadas(os) que brindan una consejería nutricional “en proceso”, 88.9% (8) de las madres o cuidadores brindan una alimentación complementaria “deficiente” y el 11.1% (1) “buena”.

Aplicado la prueba estadística del CHI CUADRADO ( $P < 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula, por consiguiente existe suficiente evidencia estadística para afirmar que la calidad de la consejería nutricional está relacionado significativamente con la alimentación complementaria; por ende manifestamos que cuando la consejería nutricional es “inadecuada” la alimentación complementaria es “deficiente”.

**TABLA N° 02**

**CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL DE MANERA GLOBAL EN MADRES DE NIÑOS (AS) DE 6 – 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA; CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA - 2018.**

| <b>CONSEJERÍA NUTRICIONAL</b> | <b>N°</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|-----------|----------|
| <b>INADECUADA</b>             | 21        | 70       |
| <b>EN PROCESO</b>             | 9         | 30       |
| <b>TOTAL</b>                  | 30        | 100      |

FUENTE: Ficha de evaluación del desempeño o habilidades en la consejería nutricional aplicada en las licenciadas (os) de Enfermería.

En la tabla N° 02, con respecto a la calidad de la consejería nutricional, se observa que del 100 % de la población en estudio conformada por las licenciadas(os) en Enfermería que brindan Atención Integral en el Consultorio Niño (a), el 70 % (21) realizan una consejería nutricional “inadecuada” y el 30 % (9) consejería nutricional “en proceso”.

**TABLA N° 03**

**CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN LOS DIFERENTES MOMENTOS EN MADRES DE NIÑOS (AS) DE 6 - 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA; CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA - 2018.**

| CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL | MOMENTOS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL |     |            |     |             |      |            |      |           |      |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----|------------|-----|-------------|------|------------|------|-----------|------|
|                                      | MOMENTO I                             |     | MOMENTO II |     | MOMENTO III |      | MOMENTO IV |      | MOMENTO V |      |
|                                      | N°                                    | %   | N°         | %   | N°          | %    | N°         | %    | N°        | %    |
| INADECUADA                           | 15                                    | 50  | 15         | 50  | 10          | 33.3 | 20         | 66.7 | 25        | 83.3 |
| PROCESO                              | 12                                    | 40  | 12         | 40  | 9           | 30   | 7          | 23.3 | 5         | 16.7 |
| ADECUADA                             | 3                                     | 10  | 3          | 10  | 11          | 36.7 | 3          | 10   | 0         | 0.0  |
| TOTAL                                | 30                                    | 100 | 30         | 100 | 30          | 100  | 30         | 100  | 30        | 100  |

FUENTE: Ficha de evaluación del desempeño o habilidades en la consejería nutricional aplicada en las licenciadas (os) de Enfermería.

En la tabla N° 03, con respecto a la calidad de la consejería nutricional según los momentos; del 100% de la muestra estudiada, en el momento I y II respectivamente el 50% realiza una consejería nutricional “inadecuada”, 40% “en proceso” y el 10% “adecuada”; en el momento III el 36.7% realiza una consejería nutricional “adecuada”, el 33.3% “inadecuada” y 30% “en proceso”; así mismo en el momento IV el 66.7% realiza una consejería nutricional “inadecuada”, 23.3% “en proceso” y el 10% “adecuada”; finalmente en el momento V el 83.3% realiza una consejería nutricional “inadecuada” y el 16.7% “en proceso”.

**TABLA N° 04**

**CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS (AS) DE 6 – 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA; CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA - 2018.**

| <b>ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b> | <b>N°</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------|-----------|----------|
| <b>DEFICIENTE</b>                  | 27        | 90       |
| <b>BUENA</b>                       | 3         | 10       |
| <b>TOTAL</b>                       | 30        | 100      |

FUENTE: Guía de observación sobre la calidad de la alimentación complementaria aplicada en madres o cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia.

En la tabla N° 04, se observa que del 100 % de la alimentación complementaria brindada por las madres o cuidadores de niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia, respecto a la calidad el 90% (27) es “deficiente” y el 10% (3) “buena”.

**TABLA N° 05**

**CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN EDAD EN NIÑOS (AS) DE 6 – 24 MESES CON  
DIAGNÓSTICO DE ANEMIA; CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA - 2018.**

| CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA | 6 – 8 MESES |      |       |      |       |     | 9 – 11 MESES |     |       |    |       |     | 12 – 24 MESES |      |       |      |       |     |
|---|-------------|------|-------|------|-------|-----|--------------|-----|-------|----|-------|-----|---------------|------|-------|------|-------|-----|
|   | DEFICIENTE  |      | BUENA |      | TOTAL |     | DEFICIENTE   |     | BUENA |    | TOTAL |     | DEFICIENTE    |      | BUENA |      | TOTAL |     |
|   | N           | %    | N     | %    | N     | %   | N            | %   | N     | %  | N     | %   | N             | %    | N     | %    | N     | %   |
| <b>CALIDAD</b>                                    | 5           | 71.4 | 2     | 28.6 | 7     | 100 | 1            | 50  | 1     | 50 | 2     | 100 | 17            | 81   | 4     | 19   | 21    | 100 |
| <b>CONSISTENCIA</b>                               | 0           | 0    | 7     | 100  | 7     | 100 | 1            | 50  | 1     | 50 | 2     | 100 | 0             | 0    | 21    | 100  | 21    | 100 |
| <b>CANTIDAD</b>                                   | 0           | 0    | 7     | 100  | 7     | 100 | 2            | 100 | 0     | 0  | 2     | 100 | 18            | 85.7 | 3     | 14.3 | 21    | 100 |
| <b>FRECUENCIA</b>                                 | 5           | 71.4 | 2     | 28.6 | 7     | 100 | 2            | 100 | 0     | 0  | 2     | 100 | 17            | 81   | 4     | 19   | 21    | 100 |

FUENTE: Guía de observación sobre la calidad de la alimentación complementaria aplicada en madres o cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia.

En la tabla N° 05, según las características de la alimentación complementaria, del 100% de los niños(as) de 6 – 8 meses con diagnóstico de anemia, en cuanto a la consistencia y cantidad 100% (7) es “buena” respectivamente; respecto a la calidad y frecuencia el 71.4% es “deficiente” y el 28.6% (2) es “buena” respectivamente. Así mismo en niños(as) de 9 – 11 meses con diagnóstico de anemia, se observa que del total de la muestra estudiada, en cuanto a la cantidad y frecuencia el 100% (2) es “deficiente” respectivamente; respecto a la calidad y consistencia el 50% (1) es “buena” y 50%(1) “deficiente” respectivamente.

Finalmente del 100% de niños(as) de 12 – 24 meses con Diagnostico de anemia, respecto a la consistencia el 100%(21) es “buena”, seguido de la cantidad el 85.7% (18) es “deficiente” y el 14.3% (3) es “buena”; en cuanto a la calidad y frecuencia el 81% (17) es “deficiente” y el 19%(4) es “buena” respectivamente

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

La consejería nutricional forma parte del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal y es parte del plan de beneficios del seguro integral de salud ofrecido en los establecimientos del sistema de salud. Por tanto la consejería nutricional nos ayuda al 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 que dan de lactar y niñas(os) menores de cinco años mediante intervenciones preventivo-promocionales de alimentación y nutrición en el marco de la atención integral de salud.<sup>1</sup>

La consejería nutricional, es un proceso educativo comunicacional interpersonal participativo, entre un personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una ciudadana o ciudadano. Así mismo, 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 proactivo, libre y consciente para buscar una solución.

Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural y debe ser complementado con las visitas domiciliarias, las cuales 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.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) (Comité de Lactancia) recomiendan ofrecer leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los 6 meses e introducir la alimentación complementaria a partir de entonces (6 meses o 26 semanas) mientras se continúa el amamantamiento frecuente y a demanda hasta los 2 años o más.<sup>48</sup>

El inicio de la alimentación complementaria supone para los lactantes la entrada en un mundo de sabores, olores y consistencias nuevos.

Según Hernández, M.(Madrid - 2006), la alimentación complementaria es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño para la Región Europea, de la OMS/UNICEF, los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.<sup>48</sup>

Según nuestros hallazgos, para determinar la Calidad de la consejería nutricional con la alimentación complementaria en niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia (**Tabla N° 01**), se obtuvieron los siguientes resultados, el 70% (21) de las licenciadas (os) en Enfermería brindan una consejería nutricional “inadecuado” de las cuales el 90.5% (19) de las madres o cuidadores brindan una alimentación complementaria “deficiente” y el 9.5% (2) “buena”; mientras que del 30%(9) de licenciadas(os) que brindan una consejería nutricional “en proceso”, 88.9% (8) de las



madres o cuidadores brindan una alimentación complementaria “deficiente” y el 11.1% (1) “buena”.

Según Gonzales, D. (Huánuco -2017), en su tesis : “Consejería Nutricional que brinda el personal de Enfermería y su relación con los conocimientos de las madres sobre alimentación saludable en niños menores de 5 años del Centro de Salud Perú Corea, Amarilis – Huánuco 2017”, muestra los siguientes resultados: Respecto a las consejerías nutricionales, el 73,6% fueron adecuadas y el 26,4% fueron inadecuadas; en cuanto a los conocimientos sobre alimentación saludable, el 72,0% tuvo conocimientos buenos y el 28,0% conocimientos deficientes. Al analizar la relación entre variables se identificó que la consejería que brinda el personal de Enfermería se relacionaron de manera estadísticamente significativa con el conocimiento general sobre alimentación saludable ( $p<0,000$ ) y sus dimensiones generalidades de conocimientos ( $p<0,000$ ), frecuencia de alimentos ( $p<0,000$ ), consistencia de alimentos ( $p<0,000$ ), cantidad de alimentos ( $p<0,000$ ), y calidad de alimentos ( $p<0,001$ ).<sup>15</sup>

Sandoval, N y Janampa, H. (Ayacucho - 2014), en su investigación: “Efecto de la Consejería Nutricional y sesiones Demostrativas en el Estado Nutricional de niños de 1 a 3 años atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre -2013”, se determinó que la consejería nutricional más sesiones demostrativas tiene un efecto positivo en la disminución de la desnutrición de niños de 1 - 3 años que acudieron al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Pokras, del Distrito de Carmen Alto. Pues el 28,2% presento desnutrición, antes de la aplicación de la consejería nutricional y sesiones demostrativas. Luego de la aplicación se redujo a 13,1%.<sup>34</sup>

Podemos inferir que con nuestros hallazgos en relación a la Calidad de la consejería nutricional con la alimentación complementaria en niños (as) de 6 – 24 meses con

diagnóstico de anemia; se contraponen con el resultado de Gonzales, D. y Sandoval, N y Janampa, H.

Se concluye que cuando el personal de Enfermería brinda una consejería nutricional “inadecuada” y “en proceso” conlleva a que las madres o cuidadores de niños(as) de 6 – 24 meses brinden una alimentación complementaria “deficiente”. Por ello se debe trabajar con más énfasis en el desarrollo adecuado de las habilidades comunicacionales transversales y los 5 momentos de la consejería nutricional.

En relación a la calidad de la consejería nutricional en las licenciadas en Enfermería que brindan Atención Integral en el Consultorio Niño (a) (**tabla N°02**), se encontró que el 70 % (21) realizan una consejería nutricional “inadecuada” y el 30 % (9) consejería nutricional “en proceso”.

Según Gonzales, D. (Huánuco -2017), muestra los siguientes resultados, con respecto a las consejerías nutricionales el 73,6% fueron adecuadas y el 26,4% fueron inadecuadas.<sup>15</sup>

Así mismo Rivas, J. (Lima - 2017), en su investigación cuasi experimental: “Impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de la salud en el desempeño de la atención en niños menores de dos años en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo”, muestra lo siguiente: En el grupo de profesionales de la salud, el desempeño de la consejería nutricional muestra que en el caso de los médicos fue de 20.5% siendo la puntuación en proceso, enfermeras 34% adecuada y nutricionistas 30% adecuada.<sup>16</sup>

Podemos inferir que nuestros hallazgos en relación a la calidad de la consejería nutricional en las licenciadas en Enfermería que brindan Atención Integral en el Consultorio Niño (a); se contraponen con los resultados de Gonzales, D., debido a la aplicación del instrumento “lista de cotejo de la consejería nutricional” y a la

asignación de puntajes (consejería nutricional adecuada = 24 a 46 puntos; y consejería nutricional inadecuada = 0 a 23 puntos); y Rivas, J.

Se concluye que la consejería nutricional realizada por las licenciadas(os) en Enfermería que brindan Atención Integral en el Consultorio Niño(a) con respecto a la calidad es “inadecuada” y “en proceso” debido a la aplicación inadecuada del Documento Técnico de “Consejería nutricional en el marco de la atención de Salud Materno Infantil”, teniendo más debilidades y dificultades en los 5 momentos de la consejería nutricional; también se evidenció que tanto el factor tiempo e idioma influyen en los resultados obtenidos.

En relación a la calidad de los 5 momentos en la consejería nutricional en las licenciadas en Enfermería que brindan atención Integral en el Consultorio Niño (a) (**tabla N°03**), se obtuvieron los siguientes resultados, en el momento I y II respectivamente el 50% realiza una consejería nutricional “inadecuada”, 40% “en proceso” y el 10% “adecuada”; en el momento III el 36.7% realiza una consejería nutricional “adecuada”, el 33.3% “inadecuada” y 30% “en proceso”; así mismo en el momento IV el 66.7% realiza una consejería nutricional “inadecuada”, 23.3% “en proceso” y el 10% “adecuada”; finalmente en el momento V el 83.3% realiza una consejería nutricional “inadecuada” y el 16.7% “en proceso”.

Llatas, A. y Millones, D. (Chiclayo - 2017) , en su tesis “Educación nutricional que brinda el profesional de Enfermería a madres de niños menores de 2 años, Microred Reque - Lagunas, 2017”, Llegan a la consideración final, que el profesional de enfermería que brinda educación nutricional, no sigue la secuencia estipulada en la normatividad vigente, eligen contenidos diversos, e inadecuados a las necesidades educativas de las madres y a los requerimientos nutricionales de los niños, con predominio de la consejería personalizada unidireccional como método y la coexistencia de factores que limitan los procesos educativos que brindan.<sup>17</sup>

Guerrero, D. (Lima - 2014), en su investigación: “Características de la Consejería Nutricional que brinda la Enfermera a las madres de niños entre 6 y 12 meses, desde la perspectiva transcultural en la Microred los Olivos, 2013”, Se evidencian que, en todas las consejerías nutricionales no hay una indagación previa sobre los patrones culturales nutricionales de la madre; pero si se menciona las características estipuladas en la norma que se dan de manera general a todas las madres indistintamente de sus patrones culturales y nos estamos refiriendo a: consumo de micronutrientes, tipos de alimentos, consistencia, frecuencia, cantidad y los alimentos que no puede consumir. Dentro de la norma existen aspectos que se tratan con menor frecuencia como: la introducción de una cucharadita de aceite o mantequilla en las comidas y la importancia de la lactancia materna. En conclusión, las consejerías evidencian una ausencia del componente cultural, que impide que se valoren los patrones culturales nutricionales de la madre y no se aplica los modos de acción que propone Leininger.<sup>27</sup>

Por otro lado Velásquez, A y Zavala, R. (Lima -2010), en su investigación: “Revisión sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años”, concluye que las consejerías tienen un impacto positivo en el crecimiento de los niños. Las estrategias de consejería a través de los servicios de salud o por acción de personas de la comunidad o pares de madres con hijos son igualmente efectivas. Los mensajes de las consejerías basados en guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) son útiles para estos programas adaptándolas a los patrones culturales y nivel educativo de las madres.<sup>31</sup>

En definitiva podemos inferir que nuestros hallazgos en relación a la calidad de los 5 momentos en la consejería nutricional en las licenciadas en Enfermería que brindan

Atención Integral en el Consultorio Niño (a); concuerdan con las investigaciones de Llatas, A. y Millones, D., Guerrero, D. y Velásquez, A y Zavala, R.

Se concluye que efectivamente la consejería nutricional es un proceso de comunicación transversal educativo hacia las madres o cuidadores de niños (as), pero existen dificultades o aspectos que mejorar ya que se observó con mayor predominio una consejería nutricional “inadecuada” durante los 5 momentos, con mayor énfasis en el V momento (seguimiento de acuerdos), IV momento (registro de acuerdos) y II momento (análisis de factores causales o riesgos). Dificultades como en la indagación sobre los factores culturales, económicos y sociales de la familia; no registran en los formatos de la Historia Alimentaria; registro inadecuado de los acuerdos en la Historia Clínica tampoco en la hoja para que se lleve el usuario; no realizan el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías; así como también no insisten en las ventajas del cumplimiento de dichos acuerdos tomados con el usuario antes de despedirse.

En el Centro de Salud Huamanguilla si bien es cierto se está aplicando la nueva Norma técnica de consejería nutricional, implementando y equipando el Consultorio de Atención Integral del niño(a) y con las licenciadas en Enfermería utilizando el material didáctico denominado “El buen crecimiento”; a pesar de ello existen falencias o cosas que mejorar lo cual conllevan a un resultado de una consejería nutricional “inadecuada”.

En relación a la calidad de la alimentación complementaria en niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia (**Tabla N° 04**), se encontró que el 90% (27) de las madres o cuidadores brindan una alimentación complementaria “deficiente” y el 10% (3) “buena”.

Alvarez, G., ET AL (Lima – 2017), en su tesis: “Prácticas de alimentación y su relación con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Puente Piedra, 2016”, se llegó

a los siguientes resultados: Del 100% (80) de las madres encuestadas con niños de 6 a 24 meses se encontró que el 62,5% (50) presentan practicas alimentación “inadecuadas” con anemia ferropenica; mientras que el 43,7% (35) presentaban “adecuadas” prácticas de alimentación sin la presencia de anemia.<sup>18</sup>

Bravo, R. y Carazas, L. (Cusco – 2016), en su investigación: “Anemia ferropenica y alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al Puesto de Salud de Colquepata – Cusco. 2016”, se encontró que el 50% tiene entre 9 y 11 meses de edad, el 53.3% son de sexo femenino, el 65.7% tienen alimentación complementaria inadecuado, el 70% tiene anemia ferropenica leve.<sup>19</sup>

Según León, R. (Puno – 2016), en su tesis: “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015”, muestran los siguientes resultados de 63 madres que representan el 100%, donde 18 madres que representa el 28.6% presentan un conocimiento bajo, seguido por 34 madres que representa el 54% que presentan un conocimiento medio y por ultimo 11 madres que representa el 17.5% que presentan un conocimiento alto, con respecto a las prácticas donde 47 madres que representan el 74.6% presentan “prácticas desfavorables”, seguido por 16 madres que representan el 25.4% presentan “prácticas favorables”.<sup>21</sup>

Cisneros, E. y vallejos, Y. (Chiclayo – 2015), en su tesis: “Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014”, los resultados muestran que en el pos test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % practicas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas.<sup>24</sup>

Rodríguez, D. y Sánchez, Y. (Cajamarca - 2013), en su investigación “Características socioeconómicas de la familia y alimentación complementaria en niños menores de 2 años. Puesto de Salud Chuyabamba - Chota 2013”, determinaron que el 63,3% brindan una alimentación complementaria “inadecuada” y el 36,7% proporcionan alimentación complementaria “adecuada”. También se encontró que algunas características socioeconómicas de la familia guardan relación significativa con la alimentación complementaria, tales como la edad de la madre, nivel educativo de la madre, ingreso económico familiar, tenencia de vivienda, abastecimiento de agua.<sup>28</sup>

Así mismo Galindo, D. (Lima – 2012), en su trabajo de investigación: “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2011”, los resultados muestran que del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas “adecuadas”; mientras que 39% (15) tienen prácticas “inadecuadas”.<sup>30</sup>

Díaz, A. y Escriba De la Cruz, N. (Ayacucho - 2011), en su investigación: “Influencia de la practicas de alimentación complementaria en el estado nutricional de los niños de 6 – 12 meses de edad en el Puesto de Salud de Ñahuinpuquio, setiembre a diciembre Ayacucho - 2010”, se muestra que el 69% (40) recibieron practicas inadecuadas de alimentación complementaria; de los cuales el 69% (40) presentaron desnutrición, el 74.1% (43) iniciaron precozmente con la alimentación complementaria, la inadecuada consistencia, composición, frecuencia, cantidad en la preparación de los alimentos y las practicas inadecuadas de higiene en la manipulación de los alimentos, influyen negativamente en el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad.<sup>35</sup>

Podemos inferir con nuestros hallazgos en relación a la calidad de la alimentación complementaria en niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia; concuerdan con las investigaciones de Alvarez, G., ET AL; Bravo, R y Carazas, L.; León, R.; Rodríguez, D y Sánchez, Y.; Díaz, A. y Escriba De la Cruz, N. y se contraponen con los resultados de Cisneros, E. y Vallejos, Y. y Galindo, D.

Se concluye que el momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica; durante las visitas domiciliarias que realizamos las madres o cuidadores presentaron deficiencias o aspectos que mejorar en cuanto a la preparación de los alimentos ya sea por las debilidades en el cumplimiento de las características de la alimentación, inadecuado almacenamiento de los alimentos, características socioeconómicas, convivencia familiar, deficiencia de toma de conciencia y voluntad.

En relación a las características de la alimentación complementaria según edad en niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia (**Tabla N° 05**), se encontró los siguientes resultados: que del 100% de los niños(as) de 6 – 8 meses con diagnóstico de anemia, en cuanto a la consistencia y cantidad 100% (7) es “buena” respectivamente; respecto a la calidad y frecuencia el 28.6% (2) es “buena” y el 71.4% es “deficiente” respectivamente. Así mismo en niños(as) de 9 – 11 meses con diagnóstico de anemia, se observa que del total de la muestra estudiada, en cuanto a la cantidad y frecuencia el 100% (2) es “deficiente” respectivamente; respecto a la calidad y consistencia el 50% (1) es “buena” y 50%(1) “deficiente” respectivamente. Finalmente del 100% de niños(as) de 12 – 24 meses con diagnóstico de anemia, respecto a la consistencia el 100%(21) es “buena”, seguido de la cantidad el 85.7%



(18) es “deficiente” y el 14.3% (3) es “buena”; en cuanto a la calidad y frecuencia el 81% (17) es “deficiente” y el 19%(4) es “buena” respectivamente.

Iñiguez, J. (Ecuador – 2017), en su estudio titulado: “Manejo de alimentación complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Diciembre 2015-Septiembre 2016”. Se encontró que los lactantes tenían un estado nutricional normal, la alimentación complementaria se inició a los 6 meses de edad, los lactantes recibían alimentos que contienen gluten antes de los ocho meses de edad, consumo de frutas cítricas antes del año de edad, en la mayor parte de los lactantes se adiciona sal y azúcar en sus alimentos y la cantidad de alimentos es menor a la recomendada por las Guías del Ministerio de Salud Pública. En conclusión los lactantes no tienen un manejo adecuado de la alimentación adecuada.<sup>13</sup>

Huayaney, D. (Lima - 2016), en su tesis: “Conocimiento de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo – 2013”, teniendo las siguientes conclusiones: El mayor porcentaje de las madres conocen que la anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina de la sangre, en la prevención de la anemia ferropénica se debe dar al niño principalmente vísceras, carnes rojas y los alimentos de origen vegetal son las habas, lentejas y frijoles; seguido de un porcentaje considerable de madres que no conocen que durante el día el niño debe recibir 3 comidas al día, que los alimentos de origen animal son la sangrecita, bazo, bofe e hígado, la frecuencia en que le da a su niño alimentos como lentejas, pallares, frejoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana.<sup>22</sup>

Quispe, S. (Ica – 2015), en su tesis: “Características del inicio de alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 meses que acuden al Puesto de Salud el Huarango, Ica enero 2015”, Se encontró los siguientes resultados: respecto

a las características de la alimentación complementaria fueron inadecuadas en cada una de sus dimensiones, según edad de inicio alcanzaron 63%(22), según la frecuencia de los alimentos 63%(22), según la cantidad de los alimentos el 51%(18), según consistencia 83%(29), según alimentos de mayor consumo 77%(27), según la higiene de los alimentos el 51%(18) son inadecuadas.<sup>23</sup>

Aramburú, A. (Lima - 2014), en su tesis: “Diversidad alimentaria y su asociación con el retraso del crecimiento en niños de 6 -23 meses”, se concluye que la alimentación del niño de 6-23 meses en Perú es monótona, con un bajo consumo generalizado de alimentos de origen animal.<sup>25</sup>

Yucra, R. (Puno - 2014), en su investigación: “alimentación complementaria y su relación con niveles de hemoglobina en niños de 6 a 12 meses de edad en Establecimiento de salud I-3 CLAS Atuncolla - Puno. 2013”, llegando a los siguientes resultados que el 42.9% de niños de 6 meses y el 47.1% de niños de 7 a 8 meses reciben alimento con “consistencia inadecuada” y presentan hemoglobina baja; a diferencia de los niños de 9 a 11 meses que reciben en forma “adecuada” y presentan hemoglobina baja. El 42.9% de niños de 6 meses de edad, 64.7% de 8 a 9 meses y 42.3% de niños de 9 a 11 meses que consumen alimentos en “cantidad inadecuada” presentan hemoglobina baja. El 28.6% de niños de 6 meses, 58.8% de 7 a 22 8 meses y 38.5% que recibieron alimentos con “frecuencia inadecuada” presentan hemoglobina baja. Se concluye que la alimentación complementaria que recibe el niño de 6 meses, 7 a 8 meses y los de 9 a 11 meses tiene relación significativa con el nivel de hemoglobina.<sup>26</sup>

Chafloque, G. (Lima - 2013), en su tesis : “Relación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja 2010”, Se encontró los siguientes resultados: la inadecuada cantidad de alimentos que brinda la madre por comida al niño según su edad (80%);

con el agravante que el niño no consume en su totalidad la ración brindada (73.3%); así también la frecuencia con la que se brinda dichos alimentos no es la correcta (60%). Por lo que se concluye que la persistencia de anemia en lactantes estaría relacionada con prácticas alimentarias inadecuadas que implementan las madres.<sup>29</sup>

García de León, C. (Guatemala - 2011), en su investigación: "Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el Tablón del Municipio de Sololá", se determinó que la alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya (Incaparina). Se determinó que el tipo de alimentos ofrecidos va aumentando conforme la edad, aunque la consistencia y la preparación se realizan de manera uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación de alimentos fueron adecuadas.<sup>14</sup>

Cárdenas, L. (Lima - 2010), en su tesis: "Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud materno infantil santa Anita. 2009 Lima", en la cual se concluyó que las madres realizan prácticas desfavorables (70.9%) y favorables (29.1%) en la alimentación complementaria, donde existe relación en mayor porcentaje en la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos.<sup>32</sup>

Barba, H. (Lima - 2008), en su tesis: "Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2008", encontrando los siguientes resultados: que el 68,3% las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene

que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño y un 31,7 % es inadecuada, los que se encuentran la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño".<sup>33</sup>

Podemos inferir que con nuestros hallazgos en relación a las características de la alimentación complementaria en niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia; concuerdan con las investigaciones de Iñiguez, J., Quispe, S., Aramburú, A., Yucra, R., Chafloque, G., Cárdenas, L., Huayaney, D., y se contraponen con los resultados de García de León, C. y Barba, H.

Podemos concluir que los niños (as) necesitan diversidad de alimentos teniendo en cuenta la calidad, consistencia, cantidad y frecuencia, para así cubrir los requerimientos del cuerpo humano y favorecer tanto el crecimiento y desarrollo del infante. Durante la investigación se observó que las madres o cuidadores tenían dificultades en cumplir las 4 características de la alimentación complementaria, con énfasis en la calidad, a pesar de la innovadora estrategia llamada Tienda Nutritiva “Huamanguilla Libre de Anemia” ubicada en el “Tambo” o local Comunal y el Programa Nacional “A Comer Pescado” del Ministerio de la Producción, aun así hay barreras en la adquisición de alimentos de origen animal (bofe y bazo); esto debido al factor tiempo y las características socioeconómicas. En cuanto a la cantidad, en las familias del Distrito de Huamanguilla persiste la idea errónea sobre el tamaño de la cuchara y el plato, debido que piensan que por ser niños(as) tienen que comer en un plato y con una cuchara pequeña, otra dificultad es el número de las cucharadas que se brinda de acuerdo a la edad del niño(a).

## CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre la calidad de la consejería nutricional y la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla; por ende manifestamos que cuando la consejería nutricional es “inadecuada” la alimentación complementaria es “deficiente”.
- La calidad de la consejería nutricional brindada por las licenciadas (os) en Enfermería a madres de niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla es “inadecuada” y “en proceso”.
- Respecto a la evaluación de la calidad según los 5 momentos de la consejería nutricional en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla es “inadecuado”, con mayor proporción en el V momento (seguimiento de acuerdos) seguido del IV momento (registro de acuerdos) y en “proceso” con mayor dificultad en el momento I y II (explicación de la situación encontrada – análisis de factores causales o riesgos ) seguido del momento III (búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos)
- La calidad de la alimentación complementaria en niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla es “Deficiente”.
- Respecto a las características de la alimentación complementaria según edad en niños (as) de 6 – 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, en los niños (as) de 6 -8 meses de edad en cuanto a la calidad y frecuencia es “deficiente”; mientras que en los niños(as) de 9 -11 meses de edad respecto a la cantidad y frecuencia es “deficiente”. finalmente en niños(as) de 12 -24 meses en relación a la cantidad, calidad y frecuencia es “deficiente”.

## RECOMENDACIONES

### A LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD AYACUCHO NORTE (UERSAN)

- ✓ Realizar evaluaciones periódicas del desempeño del personal de Enfermería en las consejerías nutricionales que brinda a las madres o cuidadores; para poder identificar las deficiencias que se presentan y así se puedan programar actividades de capacitación orientadas a mejorar dichas falencias o deficiencias en cuanto a la aplicación del **Documento Técnico “Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil”**

### AL CENTRO DE SALUD

- ✓ Mejorar las alianzas estratégicas sanitarias en cuanto a la alimentación complementaria juntamente con el apoyo de todos los sectores de la sociedad haciendo que sean más didácticas, proactivas, concretas lo cual permita a las madres o cuidadores involucrarse, tomar conciencia para así brindar a los niños (as) una “alimentación complementaria de calidad”; así mismo por parte de las licenciadas (os) en Enfermería realizar visitas domiciliarias continuas y efectivas, así identificar dificultades, falencias, factores de riesgo y de este modo profundizar y mejorar los resultados encontrados.
- ✓ Promover una interrelación vertical, de calidad y confianza entre las licenciadas(os) de enfermería y las madres o cuidadores de los niños(as); para así mejorar y lograr la comunicación.

### A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

- ✓ Continuar realizando investigaciones de este tipo en diversas zonas urbanas y rurales de nuestra región, que permita contrastar la realidad evidenciada, y generalizar los hallazgos encontrados; para promover la implementación de

estrategias orientadas a mejorar la calidad de la consejería nutricional y la alimentación complementaria en los niños (as).

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de Salud. Documento técnico. Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de la Salud Materno Infantil. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: MINSA; 2010.
2. Proyecto Ventana de Oportunidad - CARE. Estrategia de consejería nutricional [INTERNET]. Perú; 2010 [citado diciembre – 2010]; [consultado 30 de octubre – 2018]. Disponible en URL: <https://windowofopp.files.wordpress.com/2010/12/counseling1.pdf>
3. PROYECTO ISSANDES - CARE. La propuesta de comunicación del proyecto IssAndes [INTERNET]. Apurímac – Perú; 2013 [citado julio - 2013]; [consultado 27 de octubre - 2018]. Disponible en URL: <http://192.156.137.121:8080/cipotato/issandes/noticias/julio-2013/se-desarrolla-material-para-consejeria-nutricional-en-apurimac>
4. Ministerio de Salud. Pautas básicas para la consejería en la alimentación infantil. Lima: Ed. Printed in Perú: MINSA; 2001.
5. Organización Mundial de la Salud .Alimentación complementaria [INTERNET].Ginebra- Suiza:OMS;2018[citado 26 de setiembre - 2018];[consultado 29 de octubre - 2018].Disponible en URL: [https://www.who.int/elena/titles/complementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/)
6. Ministerio de Salud. Alimentación complementaria del lactante 6 a 24 meses [INTERNET]. Lima – Perú: MINSA; 2007 [citado 2007]; [consultado 30 de octubre - 2018]. Disponible en URL: [https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante\\_6\\_24\\_meses.asp](https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_meses.asp)
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [INTERNET]. Perú: INEI; 2015 [citado Abril - 2015];



- [consultado 1 de noviembre - 2018]. Disponible en URL:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de resultados de los programas presupuestales, Primer semestre 2018 [INTERNET]. Lima – Perú: INEI; 2018 [citado julio - 2018]; [consultado 1 de noviembre - 2018]. Disponible en URL:  
[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores\\_de\\_Resultados\\_de\\_los\\_Programas\\_Presupuestales\\_ENDES\\_Primer\\_Semestre\\_2018.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf)
9. Ministerio de Salud. Documento técnico. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica en el Perú [INTERNET]. Lima - Perú: Depósito legal en la biblioteca nacional – 1<sup>ra</sup> edición: MINSA; 2017 [citado 12 de abril 2017]; [Consultado 2 de noviembre - 2018]. Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
10. Fundación contra el hambre. Aproximación al consumo de alimentos y prácticas de alimentación y cuidado infantil en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad. Realizado en familias de la provincia de Vilcas Huamán Ayacucho. ACH. Lima: Biblioteca nacional del Perú; 2011.
11. Ministerio de Salud. Programa salud en acción. Escuchar y preguntar. [video] Lima – Perú; 2018. Disponible en URL:  
<https://www.facebook.com/minsaperu/videos/891685944363018/>
12. Ministerio de Salud. Programa salud en acción – Tienda nutritiva Huamanguilla, región Ayacucho. Escuchar y preguntar. [video] Lima – Perú; 2018. Disponible en URL:  
<https://www.youtube.com/watch?v=wUSW5xZoDkg>

13. Iñiguez, L. Manejo de alimentación complementaria en los lactantes que asisten a consulta externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo diciembre 2015 - septiembre 2016. [Tesis pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja Facultad de la Salud Humana Carrera de Medicina; 2017. Disponible en URL: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19477/1/Tesis%20Manejo%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20Complementaria-%20Jonathan%20Leonardo%20I%C3%B1iguez%20Le%C3%B3n.pdf>
14. García de León, C. Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la Comunidad el Tablón del Municipio de Sololá. [Tesis pregrado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2011. Disponible en URL: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/09/15/Garcia-Cecilia.pdf>
15. Gonzales, D. Consejería nutricional que brinda el personal de Enfermería y su relación con los conocimientos de las madres sobre alimentación saludable en niños menores de 5 años del Centro de Salud Perú Corea, Amarilis – Huánuco 2017. [Tesis Pregrado]. Huánuco: Universidad Huánuco; 2017. Disponible en URL: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/738/GONZ%C3%81LES%20PE%C3%91A%20%20DALILA%20NELLY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Rivas, J. Impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de la salud en el desempeño de la atención en niños menores de dos años en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo. [Tesis doctoral]. Lima: Escuela de Postgrado; 2017. Disponible en URL: [http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/2715/1/2017\\_Rivas\\_Impacto-del-entrenamiento-en-consejeria-nutricional.pdf](http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/2715/1/2017_Rivas_Impacto-del-entrenamiento-en-consejeria-nutricional.pdf)

17. Llatas, A y Millones, D. Educación nutricional que brinda el profesional de Enfermería a madres de niños menores de 2 años, Microred Reque - Lagunas, 2017. [Tesis Pregrado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018. Disponible en URL: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/967/1/TL\\_LlatasHuamanAngieLibeth.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/967/1/TL_LlatasHuamanAngieLibeth.pdf)
18. Alvares, G., ET AL. Prácticas de alimentación y su relación con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Puente Piedra, 2016. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en URL: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/931/Practicas\\_AlvarezQui%C3%B1ones\\_Gaby.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/931/Practicas_AlvarezQui%C3%B1ones_Gaby.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Bravo, R. y Carazas, L. Anemia ferropénica y alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al Puesto de Salud de Colquepata – Cusco, 2016. [Tesis pregrado]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2016. Disponible en URL: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/2404/253T20160235.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Puma, L. y Quispe, T. Efecto del programa de educación alimentaria nutricional sobre la anemia ferropénica en niños menores de 36 meses y los conocimientos y prácticas alimentarias de madres del Programa Vaso de Leche del Distrito de Cayma. Arequipa - 2016. [Tesis pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2016. Disponible en URL: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1861/NUpulul.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. León, R. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015. [Tesis pregrado]. Juliaca: Universidad Peruana

- Unión;2016.Disponible en URL:  
<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/459>
22. Huayaney, D. Conocimiento de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo – 2013. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en URL:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5476/Huayaney\\_pd.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5476/Huayaney_pd.pdf?sequence=1)
23. Quispe, S. Características del inicio de alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 meses que acuden al Puesto de Salud el Huarango, Ica - enero 2015.[Tesis pregrado]. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica;2015.Disponible en URL:  
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1343/T-TPLE-%20Sheyla%20Yamilka%20Quispe%20Orderique.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Cisneros, E. y Vallejos, Y. Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses. Chiclayo - 2014. [Tesis pregrado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. Disponible en URL:  
[http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/360/1/TL\\_CisnerosPomaEvelin\\_VallejoEsquivesYacarly.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/360/1/TL_CisnerosPomaEvelin_VallejoEsquivesYacarly.pdf)
25. Aramburú, A. Diversidad alimentaria y su asociación con el retraso del crecimiento en niños de 6 - 23 meses, 2008 - 2010. [Tesis de maestría].Lima: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP; 2014. Disponible en URL: [file:///C:/Users/JHAN/Downloads/aramburulatorreamm%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/JHAN/Downloads/aramburulatorreamm%20(2).pdf)
26. Yucra, R. Alimentación complementaria y su relación con niveles de hemoglobina en niños de 6 a 12 meses de edad en establecimiento de salud

- I-3 CLAS Atuncolla - Puno 2013. [Tesis Pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2014. Disponible en URL: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2399/Yucra\\_Mendoza\\_Rosmary\\_Yessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2399/Yucra_Mendoza_Rosmary_Yessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Guerrero, D. Características de la consejería nutricional que brinda la Enfermera a las madres de niños entre 6 y 12 meses, desde la perspectiva transcultural en la Microred Los Olivos: 2013. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Disponible en URL: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3695>
28. Rodríguez, D y Sánchez, Y. Características socioeconómicas de la familia y alimentación complementaria en niños menores de 2 años. Puesto de Salud Chuyabamba – Chota. [Tesis pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2013. Disponible en URL: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/108>
29. Chafloque, G. Relación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja 2010. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2013. Disponible en URL: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/111078>
30. Galindo, D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza, 2011". [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Disponible en URL: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/1297/Galindo\\_bd.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/1297/Galindo_bd.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
31. Velásquez, A y Zavala, R. Revisión sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años; 2010. [Tesis postgrado]. Lima – Perú. Disponible en URL:

[http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/ev\\_Reporte\\_final\\_de\\_revisi%C3%B3n\\_de\\_consejer%C3%ADas\\_y\\_nutrici%C3%B3n.pdf](http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/ev_Reporte_final_de_revisi%C3%B3n_de_consejer%C3%ADas_y_nutrici%C3%B3n.pdf)

32. Cárdenas, L. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009.[Tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. Disponible en URL: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/251/Cardenas\\_a\\_l.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/251/Cardenas_a_l.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
33. Barba, H. Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria nacional de crecimiento y desarrollo de niño sano del centro de salud Fortaleza 2008. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2008. Disponible en URL: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/506?show=full>
34. Sandoval, N y Janampa, H. Efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas en el estado nutricional de niños de 1 a 3 años atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre-2013. [Tesis pregrado]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2014.
35. Díaz, A. y Escriba De la Cruz, N. Influencia de la practicas de alimentación complementaria en el estado nutricional de los niños de 6 – 12 meses de edad en el Puesto de Salud de Ñahuinpuquio, setiembre a diciembre 2010. [Tesis Pregrado]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2011.
36. Castro, S. Nivel de satisfacción de las madres de niños y niñas menores de 1 año sobre la calidad de atención brindada por la enfermera en el consultorio

- de crecimiento y desarrollo de la Microred Yugoslavia nuevo Chimbote 2016. [Tesis Posgrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016. Disponible en URL: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2297/1/castro\\_ssa](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2297/1/castro_ssa)
37. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. Lima - Perú: MINSA; 2017.
38. Realpe, A. y Ortiz, H. Alimentación complementaria en el primer año de vida [INTERNET]. Colombia: volumen 18; 2016. [citado 2016]; [consultado 1 de noviembre]. Disponible en URL: <https://scp.com.co/descargasnutricion/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20en%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida.pdf>
39. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria. [INTERNET]. Ginebra- Suiza; 2018 [citado 2018]; [consultado 29 de octubre - 2018]. Disponible en URL: [http://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)
40. Armas, D. Alimentación complementaria en el niño sano y de alto riesgo, un reto para los profesionales de Salud. (Diapositivas). Lima: Slideshare; 2012. 20 diapositivas. Disponible en URL: [//es.slideshare.net/cicatsalud/alimentacin-complementaria-nio-sano-alto-riesgo-cicatsalud](https://es.slideshare.net/cicatsalud/alimentacin-complementaria-nio-sano-alto-riesgo-cicatsalud)
41. Organización Mundial de Salud. Alimentación complementaria. [INTERNET]. Ginebra –Suiza: OMS; 2010. [Citado 2010]; [consultado 2 de noviembre - 2018]. Disponible en URL: <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/2.alimentacioncomplementaria/pdf/2.alimentacioncomplementaria.pdf>

42. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad [INTERNET]. Ginebra- Suiza; 2011 [citado 2011]; [consultado 2 de noviembre - 2018]. Disponible en URL: [http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin\\_es.pdf](http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf)
43. Ministerio de salud. conociendo sobre la anemia podemos evitarla. “cartilla anemia”. [INTERNET]. Lima - Perú; 2016. [citado 2016]; [consultado 31 de octubre – 2018]. Disponible en URL: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/impr eso/TRIPTICO\\_ANEMIA.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/impr eso/TRIPTICO_ANEMIA.pdf)
44. Ministerio de Salud. Norma Técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 1ra. Edición. Lima – Perú: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: MINSA; 2017.
45. Hernandez, R., ET AL. Metodología de la investigación. 4ta Edicion. Mexico: edt. Mc Graw Hill; 2010. Disponible en URL: <https://es.scribd.com/doc/38757804/Metodologia-de-La-Investigacion-Hernandez-Fernandez-Batista-4ta-Edicion>
46. Vargas, z. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Revista educación, Volumen 33 N° 1. Costa Rica; 2009. Disponible en URL: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/538/589>
47. Canales, F., ET AL. Metodología de la investigación. 2° Edición. Washington. EUA; 1994. Disponible en URL: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>



48. Hernández, M. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. Disponible en URL: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>

## **ANEXOS**

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### ANEXO A



E. P. DE ENFERMERÍA  
Nº DE FICHA DE COTEJO.....  
FECHA.....

### FICHA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO O HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

| DATOS GENERALES  |   |   |
|--|---|---|
| <b>DIRESA:</b>   | <b>RED:</b>   |   |
| <b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD:</b>   |   |   |
| <b>LICENCIADA EN ENFERMERÍA:</b> A. NOMBRADO ( )    B. CONTRATADA ( )    C. SERUMS ( ) |   |   |
| <b>EDAD:</b>   | A. 22 – 34 años ( )   | B. 35 – 39 años ( )    c. 40 años a mas ( ) |
| <b>IDIOMA:</b>   | A. Castellano ( )   | B. Quechua ( )    C. Otros ( )              |
| <b>¿FUE CAPACITADO EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL?</b>                                      | A. SI( )  | B. NO ( )                                   |
| <b>¿QUIÉN REALIZÓ LA CAPACITACIÓN EN LA CUAL PARTICIPÓ?</b>                            | A. CENAAN ( )    B. DIRESA ( )    C. MICRORED ( )    D. OTROS ( )   |   |
| <b>¿HACE CUANTO TIEMPO RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN?</b>                                    | A. Menor o igual a 1 año ( )    B. Mayor a 1 año ( )    C. Mayor de 2 años ( )<br>D. Más de 3 años( )             |   |
| <b>INTERLOCUTOR :</b>  | A. Padre ( )  | B. Madre ( )    C. Otros ( )                |
| <b>EDAD:</b>   | A. Menor de 15 años ( )    B. 16 – 19 años ( )    C. 20 – 34 años ( )<br>D. 35 – 39 años ( )    E. 40 años a más. |   |
| <b>EDAD DEL NIÑO(A):</b>   | A. 6 – 8 Meses( )    B. 9 – 11 Meses( )   | C. 12 – 24 Meses( )                         |

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

| <b>II. SEGUNDO MOMENTO: ANÁLISIS DE FACTORES CAUSALES O RIESGOS</b>   |  |  |
|---|--|--|
| 2.1. Analiza causas o riesgos potenciales relacionadas a la presencia de enfermedades.  |  |  |
| 2.2. Hace preguntas sobre los factores culturales en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres, etc.).                |  |  |
| 2.3. Hace preguntas sobre los factores económicos en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: actividad de los padres, ingresos, etc.).                                  |  |  |
| 2.4. Hace preguntas sobre los factores sociales en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: participación en programas sociales tales como el PIN, Vaso de Leche, etc.). |  |  |
| 2.5. Utiliza y registra correctamente en los formatos de la historia alimentaria.   |  |  |
| Evalúa si la niña o niño está recibiendo leche materna.   |  |  |
| Evalúa si la técnica de lactancia materna es adecuada.  |  |  |
| Evalúa si la frecuencia de lactancia materna es la adecuada.  |  |  |
| Evalúa si el niño o niña recibe leche no materna.   |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Evalúa si la niña o niño recibe agüitas.   |  |  |
| Evalúa si la niña o niño recibe otro tipo de alimentos (principalmente niñas y niños < 6 meses). |  |  |
| Evalúa la combinación diaria de alimentos.   |  |  |
| Evalúa la consistencia de las preparaciones.   |  |  |
| Evalúa la cantidad de la porción por comida principal (referencia = cucharadas, plato o ambos).  |  |  |
| Evalúa la frecuencia de alimentación diaria (cuántas veces come al día).                         |  |  |
| Evalúa el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro.                          |  |  |
| Evalúa el consumo diario de frutas y verduras (principalmente fuente de vitamina A y C).         |  |  |
| Evalúa la inclusión de grasa en la comida principal de la niña o niño.                           |  |  |
| Evalúa si la niña o niño recibe alimento en su propio plato.                                     |  |  |
| Evalúa si añade sal yodada a la comida familiar.   |  |  |
| Evalúa si le dieron suplemento de hierro a la niña o niño, gestante, madre que da de lactar.     |  |  |
| Evalúa si le dieron suplemento de vitamina A.  |  |  |
| Evalúa consumo de menestras.   |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 2.6. Evalúa si el usuario tiene acceso a servicios básicos: agua y desagüe.  |  |  |
| 2.7. Hace preguntas que le permiten conocer y analizar con el usuario la situación y las posibilidades para llevar a cabo nuevos comportamientos propuestos o afianzar los existentes. |  |  |
| 2.8. Deja espacio para la reflexión.   |  |  |
| 2.9. Utiliza la información del usuario para hacer el análisis.  |  |  |
| 2.10. Hace preguntas para que el usuario explique su situación y sus preocupaciones.   |  |  |

| <b>III. MOMENTO: BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN Y TOMA DE ACUERDOS</b>   | <b>Bueno (1)</b> | <b>Necesita mejorar (0)</b> |
|--|------------------|-----------------------------|
| 3.1. Evalúa con el usuario lo que es práctico de hacer con el apoyo familiar.  |                  |                             |
| 3.2. Busca y propone alternativas de solución junto con el usuario que respondan a la situación encontrada.  |                  |                             |
| 3.3. Prioriza y brinda la cantidad de información que puede ser recordada y seguida (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada). |                  |                             |
| 3.4. Verifica el entendimiento de los acuerdos negociados (retroalimentación).   |                  |                             |
| 3.5. Explica que son acuerdos (compromisos), y que no sólo son recomendaciones o mensajes.   |                  |                             |
| 3.6. Establece acuerdos (compromisos) concretos y factibles con el usuario.  |                  |                             |
| 3.7. Establece acuerdos en función al análisis de la información dada por el usuario.  |                  |                             |

| IV. CUARTO MOMENTO: REGISTRO DE ACUERDOS  | SI | NO |
|---|----|----|
| 4.1. Registra en la historia clínica los acuerdos (compromisos).  |    |    |
| 4.2. Registra los acuerdos en una hoja para que el usuario se lo lleve por escrito.                       |    |    |
| 4.3. Motiva al usuario a ponerlos en práctica con el apoyo de su familia.                                 |    |    |
| V. QUINTO MOMENTO: SEGUIMIENTO DE ACUERDOS  | SI | NO |
| 5.1. Realizó el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías.                            |    |    |
| 5.2. Concreta con el usuario la fecha para la próxima cita.   |    |    |
| 5.3. Insiste en las ventajas del cumplimiento de los acuerdos tomados con el usuario antes de despedirse. |    |    |
| <b>TOTAL</b>  |    |    |

**MATERIAL DE EXAMEN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO:**  
 Curvas Clínicas NCHS  Curvas Clínicas OMS  Tablas CENAN  Carné CRED   
 Otros (especificar): \_\_\_\_\_

**MATERIAL EDUCATIVO DE APOYO UTILIZADO:**  
 Laminado  Rotafolio  Folleto  Tríptico  Recetario   
 Otros (especificar): \_\_\_\_\_

**MATERIAL DE CONSULTA UTILIZADO:** *Lineamientos de Nutrición Materno Infantil 2004*   
 Otros (especificar): \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

**FUENTE:** Adaptado del Ministerio de Salud. Consejería nutricional en el marco de la Atención de Salud Materno Infantil. Lima – Perú: MINSA; 2010

### EVALUACIÓN DE PUNTAJE TOTAL

| DE 30 – 34 PUNTOS                  | DE 20 – 29 PUNTOS                    | MENOS DE 20 PUNTOS                   |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Consejería Nutricional “adecuada”. | Consejería Nutricional “en proceso”. | Consejería Nutricional “inadecuada”. |



## ANEXO B

E.P. DE ENFERMERÍA  
Nº DE GUIA DE OBSERVACIÓN.....  
FECHA.....

### GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS(AS) DE 6 – 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

#### I. DATOS GENERALES

##### 1. Persona entrevistada

- a) Madre
- b) Padre
- c) Cuidador
- d) Otros

##### 2. Idioma

- a) Castellano
- b) Quechua
- c) Otros

##### 3. Estado Civil

- a) Casada
- b) Conviviente
- c) Separados
- d) Viuda(o)

##### 4. Religión

- a) Católico
- b) Evangélico
- c) Otros

##### 5. Nivel de escolaridad

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

##### 6. Edad de la entrevistada

- a) Menor de 15 años
- b) 16 a 19 años
- c) 20 a 34 años
- d) 35 a 39 años
- e) 40 años o mas

##### 7. ¿Participa en programas sociales?

- a) Vaso de leche

- b) Juntos
- c) Ninguno
- d) Otros

**8. Edad de la niña(o)(años y meses)**

- a) 6 a 8 meses
- b) 9 a 11 meses
- c) 12 a 24 meses

**II. DATOS ESPECÍFICOS**

| GENERALIDADES   | SI(2) | NO(0) |
|---|-------|-------|
| 1. Madre o cuidador practica lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar al niño(a). |       |       |
| 2. Prepara, manipula y almacena seguro los alimentos  |       |       |
| 3. Los utensilios de alimentación como vasos, cucharas y platos son de uso exclusivo del niño(a)  |       |       |
| 4. Madre o cuidador lava las manos del niño(a) antes de ofrecer las comidas   |       |       |
| 5. Mantiene higiene en el área de preparación de los alimentos del niño(a).   |       |       |
| 6. Lava los platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura.   |       |       |
| 7. Ofrece al niño(a) unos ambientes agradables y tranquilos al momento de las comidas y brinda la comida con afecto.  |       |       |
| 8. Existe distractores durante las horas de comida.   |       |       |

**FUENTE:** Adaptado Instituto Nacional de Salud/Centro de Nacional de Alimentación y Nutrición. Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil. 2010. Lima – Perú.



## CARACTERÍSTICAS DE LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS SEGÚN EDAD

| 6 – 8 MESES                                      | SI(2) | NO(0) |
|--|-------|-------|
| <b><u>Calidad</u></b>                            |       |       |
| En la preparación de alimentos utiliza:          |       |       |
| Alimentos de origen animal: 2 cucharadas         |       |       |
| Tubérculos – menestras – cereales: 2 cucharadas. |       |       |
| Verduras: 1 cucharada.                           |       |       |
| Frutas   |       |       |
| <b><u>Consistencia</u></b>                       |       |       |
| Alimentos aplastados tipo puré.                  |       |       |
| <b><u>Cantidad</u></b>                           |       |       |
| 3 – 5 cucharadas (1/2 plato mediano tendido).    |       |       |
| <b><u>Frecuencia</u></b>                         |       |       |
| 3 comidas al día más leche materna.              |       |       |

| 9 – 11 MESES                                  | SI(2) | NO(0) |
|---|-------|-------|
| <b><u>Calidad</u></b>                         |       |       |
| En la preparación de alimentos utiliza:       |       |       |
| Alimentos de origen animal: 2 cucharadas      |       |       |
| Tubérculos: 2 cucharadas.                     |       |       |
| Menestras – cereales: 2 cucharadas.           |       |       |
| Verduras: 1 cucharada.                        |       |       |
| Frutas  |       |       |
| <b><u>Consistencia</u></b>                    |       |       |
| Alimentos picados.                            |       |       |
| <b><u>Cantidad</u></b>                        |       |       |
| 5 – 7 cucharadas (3/4 plato mediano tendido). |       |       |
| <b><u>Frecuencia</u></b>                      |       |       |
| 3 comidas al día más 1 refrigerio.            |       |       |

| 12 – 24 MESES   | SI (2) | NO(0) |
|---|--------|-------|
| <b><u>Calidad</u></b><br>En la preparación de alimentos utiliza:  |        |       |
| Alimentos de origen animal: 2 cucharadas  |        |       |
| Tubérculos: 2 cucharadas.   |        |       |
| Menestras – cereales: 4 cucharadas.   |        |       |
| Verduras: 2 cucharadas.   |        |       |
| Frutas  |        |       |
| <b><u>Consistencia</u></b><br>De la olla familiar.  |        |       |
| <b><u>Cantidad</u></b><br>7 – 10 cucharadas (1 plato mediano tendido)   |        |       |
| <b><u>Frecuencia</u></b><br>5 veces al día (tres alimentos principales y dos refrigerios a media tarde y media mañana). |        |       |

**FUENTE:** Adaptado Instituto Nacional de Salud/Centro de Nacional de Alimentación y Nutrición. Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil. Lima - Perú; 2010 \_ Dirección Regional de Salud Ayacucho. Guía para el facilitador - sesión demostrativa “Haciendo preparaciones Nutritivas con productos locales”. 2DA EDICION. Ayacucho- junio: DIRESA; 2008.

### EVALUACIÓN DE PUNTAJE TOTAL

|                     | 6 – 8 MESES |            | 9 – 11 MESES |            | 12 – 24 MESES |            |
|---------------------|-------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|
|                     | BUENA       | DEFICIENTE | BUENA        | DEFICIENTE | BUENA         | DEFICIENTE |
| <b>CALIDAD</b>      | ≥6          | <6         | ≥6           | <6         | ≥6            | <6         |
| <b>CONSISTENCIA</b> | 2           | 0          | 2            | 0          | 2             | 0          |
| <b>CANTIDAD</b>     | 2           | 0          | 2            | 0          | 2             | 0          |
| <b>FRECUENCIA</b>   | 2           | 0          | 2            | 0          | 2             | 0          |

| BUENA       | DEFICIENTE  |
|-------------|-------------|
| ≥ 24 PUNTOS | < 24 PUNTOS |

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### **“CALIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS (AS) DE 6 A 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, AYACUCHO. 2018”**

| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | HIPOTESIS   | VARIABLES  | METODOLOGIA  |
|---|--|---|--|--|
| <p>¿Cuál es la relación de la calidad de la consejería nutricional con la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al centro de salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018?</p> | <p><b>GENERAL:</b><br/>Determinar la calidad de la consejería nutricional con la alimentación complementaria en niños(as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b><br/>a) Evaluar la calidad de la consejería</p> | <p><b>PRINCIPAL:</b><br/><b>Hi:</b> la calidad de la consejería nutricional está relacionada con la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018.</p> | <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b><br/>Calidad de la consejería nutricional.</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b><br/>Alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia.</p> | <p><b>ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:</b><br/>El presente estudio está enmarcado en el enfoque cuantitativo. Hernández, R., ET AL., (2010), sostiene que “el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer con exactitud los resultados de los patrones de comportamiento en una población”.</p> <p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b><br/>De acuerdo a su finalidad, el presente estudio pertenece a una investigación aplicada. Vargas, z. conocimientos teóricos. (2009), citado por Murillo, sostiene que “se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ellas se deriven”.</p> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p>nutricional de manera global en madres de niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.</p> <p>b) Evaluar la calidad según los 5 momentos de la consejería nutricional en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.</p> <p>c) Evaluar la calidad de la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro</p> | <p><b>H0:</b> La calidad de la consejería nutricional no está relacionada con la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018.</p> <p><b>ESPECÍFICAS:</b></p> <p>a. La calidad de la consejería nutricional de manera global es “inadecuado” y en “proceso” en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018</p> |  | <p><b>TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b></p> <p>Según el periodo en que se capta la información, pertenece a un estudio prospectivo. Canales, F., ET AL. (1994), sostiene que “el estudio prospectivo registra la información según van ocurriendo los fenómenos”. Se dice que pertenecen a este estudio, porque suele resolver cualquier ambigüedad relativa a la sucesión cronológica de los fenómenos.<sup>47</sup></p> <p>Según al periodo y secuencia del estudio, pertenece a un estudio transversal. Canales, F., ET AL. (1994), sostiene que el estudio es transversal, cuando se estudia las variables simultáneamente en determinado momento.<sup>47</sup></p> <p>De acuerdo a la manipulación de las variables, corresponde a un estudio no experimental, correlacional. Hernandez, R., ET AL. (2010), sostiene que “en el estudio no experimental se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en lo que se observa los fenómenos en su ambiente natural para después evaluar la correlación entre la variable independiente y dependiente”.<sup>45</sup></p> <p><b>ÁREA DE ESTUDIO</b></p> <p>La presente investigación se realizara en el “Centro de Salud de Huamanguilla”, ubicado en el Distrito de Huamanguilla, en la provincia de Huanta de la Región de Ayacucho, en las coordenadas geográficas de 13°44’33” de latitud sur y 72°21’15” longitud oeste, del meridiano de Greenwich. La altura de la capital del distrito es de 3276 m.s.n.m. y tiene una superficie de 88.08 Km<sup>2</sup>, con una densidad de población de 54.70 Hab. /Km<sup>2</sup>. La temperatura varía de acuerdo a las estaciones del año, oscilando entre los 27°C el máximo y 4°C el mínimo.</p> |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>de Salud Huamanguilla.</p> <p>d) Evaluar las características de la alimentación complementaria según edad en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.</p> <p>e) Evaluar la relación de la calidad de la consejería nutricional con la calidad de la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla.</p> | <p>b. La calidad de la Consejería Nutricional según los 5 momentos es “inadecuado” y en “proceso” en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018</p> <p>c. La calidad de la alimentación complementaria es “deficiente” en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018.</p> <p>d.Las características de la alimentación complementaria</p> | <p><b>POBLACIÓN:</b><br/>La población fue conformada por 50 niños (as) con diagnóstico de anemia que acuden a los consultorios de CRED del Centro de Salud de Huamanguilla, obtenidos del SIEN (Sistema de Estado Nutricional) de abril – agosto. 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterios de inclusión:</b> Madres o cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden a los consultorios de CRED del Centro de Salud de Huamanguilla, 2018.</li> <li>• <b>Criterios de exclusión:</b> En el criterio de exclusión se considera a los niños (as) menores de 6 meses de edad, mayores de 24 meses de edad, niños (as) sin diagnóstico de anemia y madres o cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses de edad que no acuden a los consultorios de CRED del Centro de Salud de Huamanguilla.</li> </ul> <p><b>MUESTRA</b><br/>La muestra fue representada por 30 niños (as) de 6 a 24 meses de edad con alimentación complementaria y diagnóstico de anemia, obtenidos del SIEN (Sistema de Estado Nutricional) de abril – agosto. 2018, quienes fueron un elemento principal para la ejecución del presente trabajo de investigación.</p> <p><b>TIPO DE MUESTREO:</b> No probabilístico intencional por conveniencia.</p> <p><b>UNIDAD DE ANALISIS:</b> Madre o cuidador.</p> <p><b>TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b><br/>La recolección de datos fue mediante la técnica de observación directa tanto a las licenciadas (os) en Enfermería y a las madres de niños (as) de 6 – 24 meses de edad con diagnóstico de anemia.</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  |  | <p>es “deficiente” en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018.</p> <p><b>d.</b> La calidad de la consejería nutricional se relaciona con la alimentación complementaria en niños (as) de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho. 2018.</p> |  | <p>Los instrumentos que fueron empleados son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Ficha de cotejo que explora el desempeño o habilidades en la calidad de la consejería nutricional brindada por las licenciadas (os) de Enfermería en los consultorios de CRED.</li> <li>✚ Guía de observación que explora los conocimientos y prácticas sobre la calidad de la alimentación complementaria en las madres o cuidadores de niños (as) de 6 a 24 meses, mediante las visitas domiciliarias.</li> </ul> <p><b>RECOLECCIÓN DE DATOS</b></p> <p><b>ETAPA I: Consentimiento:</b> Se obtuvo el consentimiento del jefe del Centro de Salud de Huamanguilla, a través de un oficio y una carta de presentación del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud.</p> <p><b>ETAPA II:</b></p> <p><b>a) PERSONAL DE ENFERMERÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La recolección de datos fue mediante la ficha de cotejo, la cual se aplicó de manera imprevista, para así no alterar los resultados de la investigación.</li> <li>➤ Se procedió a ingresar al consultorio de CRED, nos ubicamos en un lugar adecuado de tal manera de no interferir en la atención del personal de Enfermería.</li> <li>➤ Luego, por cada padres o cuidador de niños de 6 a 24 meses que acuden al control de CRED se procedió a evaluar al personal de Enfermería de turno la calidad de la consejería nutricional de acuerdo los 5 momentos, mediante una ficha de cotejo.</li> </ul> |
|--|--|---|--|---|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <p><b>b) PADRES O CUIDADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La evaluación de la calidad de la alimentación complementaria fue mediante la visita domiciliaria a través de la observación a los padres o cuidadores de niñas(os) de 6 a 24 meses que hayan asistido a los controles de CRED y hayan recibido consejería nutricional.</li> <li>➤ Luego se realizó la visita domiciliaria de manera imprevista, en la cual se observó y evaluó la alimentación complementaria, teniendo en cuenta las características de la preparación de los alimentos y la manera como se brinda la alimentación complementaria a niños(as) de 6 a 24 meses de edad.</li> <li>❖ Una vez recolectados los datos de la investigación se verifico si los ítems y las preguntas estén completamente llenas.</li> <li>❖ Concluida esta fase se procedió al ordenamiento y codificación de los instrumentos de la recolección de datos para su posterior procesamiento y vaciamiento de los datos a un programa de software estadístico, para obtener los datos destacados y comenzar con la tabulación.</li> </ul> <p><b>ETAPA III:</b> Finalmente se almacenó toda la información obtenida producto de la aplicación del proyecto de investigación.</p> <p><b>PROCESAMIENTO DE DATOS</b><br/>Previamente se realizó el control de calidad de los resultados. Luego se construyó el libro de códigos y con ellos la matriz tripartita en el programa Spss versión 21 y Excel</p> |
|--|--|--|--|---|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <p>para elaborar cuadros simples y dobles, las que fueron presentadas para su análisis y discusión.</p> <p><b>PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE DATOS</b><br/>Una vez procesado la información los datos se presentaron en tablas de simple y doble entrada, luego se procedió a la interpretación y análisis mediante el uso de pruebas estadísticas (CHI CUADRADO).</p> |
|--|--|--|--|--|



## **CONSEJERÍA NUTRICIONAL BRINDADAS POR LAS LICENCIADAS (OS) EN ENFERMERÍA**



## HISTORIA CLÍNICA DE NIÑOS (AS) DE 6 – 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

**1**

tristeza en llanto permanente para su edad en ocasiones

con cansancio

Adm. Sulfato ferroso 4.4 por día e hierro

Fecha y hora: 10/10/18

Colégio profesional: 89463/24987

**2**

**3**

tristeza en llanto permanente para su edad en ocasiones

con cansancio

Adm. Sulfato ferroso 4.4 por día e hierro

Fecha y hora: 10/10/18

Colégio profesional: 28228304

**4**

tristeza en llanto permanente para su edad en ocasiones

con cansancio

Adm. Sulfato ferroso 4.4 por día e hierro

Fecha y hora: 10/10/18

Colégio profesional: 89463/24987



**ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA BRINDADA POR LAS MADRES O CUIDADORES DE NIÑOS(AS)  
DE 6 - 24 MESES CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA**



## **ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN EL DISTRITO DE HUAMANGUILLA**

### **TAMBO ACLLAHUASI - ANCARPATA**



## TIENDA NUTRITIVA “HUAMANGUILLA LIBRE DE ANEMIA”





## PROGRAMA NACIONAL “A COMER PESCADO”



