

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“EFECTO DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL, MÁS
SESIONES DEMOSTRATIVAS EN LA PREVENCIÓN DE
LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE
3 AÑOS ATENDIDOS EN EL CLAS LURICOCHA,
AGOSTO 2008 – AGOSTO 2009
HUANTA - AYACUCHO, 2009”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
LUQUE RUIZ, Margareth
CABRERA MADUEÑO, Karina**

**AYACUCHO - PERÚ
2010**

DEDICATORIA

*Ante todo a Dios por darme
la dicha de vivir,
el más profundo agradecimiento
a los que me dieron la vida, mis padres
Aurora Madueño Y David Cabrera,*

karina.

*A las personas que siempre están a mi lado,
por su apoyo, amor y comprensión; fuente de
estímulo para mi superación y seguir
alcanzando mis metas propuestas,
mi madre Porfiria Ruiz y mis queridos
hermanos.*

Margareth

AGRADECIMIENTO

Nuestro eterno agradecimiento a nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos ofrecido la oportunidad de estudiar en sus aulas y haber logrado nuestra anhelada profesión.

Agradecemos a la plana de docentes de la facultad de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y sus atinadas enseñanzas impartidas en el arduo camino del saber.

A nuestra asesora, la Profesora María Consuelo Quispe Loayza por habernos guiado en el presente trabajo de investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron durante el presente trabajo de investigación.

SUMARIO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	IV
PRESENTACIÓN Y	
ANÁLISIS DE RESULTADOS	1
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN

Muchos estudios a nivel mundial, muestran que los problemas de desnutrición infantil tienen severas consecuencias sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, generando problemas de salud infantil y su poder destructivo hace que los millones de sobrevivientes queden con discapacidades, sufran una mayor propensión a contraer enfermedades y queden mermados intelectualmente. ⁽¹⁾

El 27% de la población infantil de los países en desarrollo tiene un peso inferior al normal, lo que significa que cerca de 146 millones de niños menores de cinco años están mal nutridos, y más de 5,6 millones, o el 55%, perecen anualmente por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición. Aún cuando éstas fueran las únicas consecuencias de la desnutrición, se trata de unas estadísticas lo suficientemente aterradoras como para que su reducción se convierta en una prioridad mundial absoluta y para que la falta de medidas en ese sentido resulte una afrenta escandalosa al derecho humano. ⁽²⁾

En América latina la desnutrición crónica afecta al 16 % de los menores de cinco años; entre los países con mayores prevalencias se encuentra Guatemala con casi 50 %; Honduras, Nicaragua, Haití, Ecuador, Bolivia y

Perú con más del 20%; México con más del 15 %, Panamá y Colombia con más del 10%. En general estas altas prevalencias están asociadas a los niveles de pobreza y por ende las capas sociales desprotegidas son las más afectadas. ⁽³⁾

El hecho de que el 25,4% de los niños peruanos estén desnutridos indica una situación de inequidad inaceptable para una sociedad que quiere forjarse un destino de progreso. Estos niños peruanos van a estar marcados toda su vida por una situación de la cual no son en absoluto responsables, que va a llevarlos a una historia que pasa por limitados logros escolares y termina en trabajos de baja productividad. Están desnutridos hoy y serán, probablemente, pobres en el futuro. Asimismo la Región Ayacucho no es ajena a esta alarmante realidad ya que la desnutrición infantil llega al 40%, según expertos de UNICEF. ⁽⁴⁾

En el ámbito distrital de Huanta la desnutrición crónica en niños menores de tres años alcanza el 28,2 % y en el distrito de Luricocha un 27,8%. ⁽⁵⁾

Los problemas nutricionales de la infancia se ha convertido, en las últimas décadas, en uno de los temas centrales de los programas destinados a mejorar la situación de los niños, donde la ONU se plantea entre sus ocho objetivos de desarrollo del milenio, reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, teniendo como meta reducir la tasa de mortalidad infantil en sus dos terceras partes en el periodo 1990 – 2015, por lo que reducir o eliminar la desnutrición infantil es prioritario. ⁽¹⁾

El gobierno Peruano, preocupado por la situación alarmante de desnutrición en el país y por la dificultad de alcanzar las cifras de los objetivos del milenio en reducir o eliminar la malnutrición infantil, da un primer paso concreto con la creación del comando conjunto de lucha contra la pobreza, en Noviembre del 2006, a partir de una propuesta del presidente de la República para reducir la pobreza en 20 puntos porcentuales.

Un segundo paso se dio en marzo del 2007, cuando los presidentes de los Gobiernos Regionales suscribieron el Acta de Lima para la reducción de la desnutrición en sus respectivas jurisdicciones. Finalmente, el 01 de julio del 2007, mediante el Decreto Supremo N° 055-2007-PCM, se aprobó la Estrategia Nacional CRECER que tiene como objetivo al 2011: Disminuir en 9 puntos porcentuales la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, con prioridad en menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza, bajo el enfoque de derechos, protección del capital humano, desarrollo social y corresponsabilidad. Mejorando las prácticas alimentarias y nutricionales en base a los productos regionales. ⁽⁶⁾

La Región Ayacucho mediante la ordenanza regional 032-2007 GR/CR aprueba la Estrategia Regional CRECER Wari que tiene como meta disminuir en 6 puntos porcentuales la desnutrición en niños y niñas menores de cinco años; con énfasis en niños menores de tres años. ⁽⁷⁾

Según la Resolución Ministerial N° 193-2008/ MINSa emitida el 17 de marzo del 2008- Lima, mediante decreto supremo N° 003-2008-SA, Establece el listado de intervenciones garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal a ser aplicados en el

CUADRO N° 1

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL, MÁS SESIONES DEMOSTRATIVAS. LURICOCHA, AGOSTO 2008- AGOSTO 2009.

ESTADO NUTRICIONAL	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
NORMAL	28	46,7	33	55,0
RIESGO	9	15,0	8	13,4
RETARDO	23	38,3	19	31,6
TOTAL	60	100	60	100

FUENTE: Datos obtenidos por observación directa de la muestra en estudio y archivo del CLAS - Luricocha (Agosto 2008 - Agosto 2009)

En el presente cuadro se observa que, del 100.0% de niños menores de 3 años de edad, antes de la aplicación de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas, 46,7% tenía un estado nutricional normal, 15% riesgo y 38,3 % retardo; después de la aplicación de la consejería nutricional, 55,0% de los niños tienen un estado nutricional normal, 13,4% riesgo y 31,6% retardo.

Los resultados presentados en el cuadro N° 1 muestran el estado nutricional de los niños menores de tres años de edad en dos tiempos: primero antes de la aplicación de la consejería nutricional, en ellas se aprecia que el mayor porcentaje de los niños son normonutridos (46,7%), seguido de un 38,3% con retardo de crecimiento de acuerdo a la escala T/E. Segundo, se aprecia el estado nutricional de los niños después de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas se evidencia que, 55,0% de niños son normonutridos y el 31,6% tienen un diagnóstico nutricional de

retardo. Haciendo una comparación de estos resultados se deduce que las cifras de desnutrición disminuyen en 6,7% y se incrementa en normo nutridos en 8,3%. Estos resultados respaldan la efectividad de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas en la prevención de la desnutrición.

La educación para la salud ha sido definida por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial para la Salud (OMS) como la disciplina encargada de promocionar, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los comportamientos, aptitudes y prácticas relacionadas con la salud de los individuos y de la comunidad.⁽¹⁰⁾

En el Perú, uno de cada cuatro niños menores de cuatro años padece de desnutrición crónica, lo que determina el deterioro de su capacidad cognitiva y limita las oportunidades para su desarrollo. La nutrición es requisito básico para lograr sociedades saludables. Por esta razón, la desnutrición infantil se ha convertido en uno de los temas centrales de los programas sociales del Estado.

En las poblaciones rurales persiste la inseguridad alimentaria, que se caracteriza por limitaciones para la disponibilidad, accesibilidad, utilización y consumo de los alimentos. Todo ello genera déficit nutricional, principalmente en las mujeres en edad fértil, las gestantes, las niñas y los niños y mayores de seis meses. A esta realidad se suman los patrones dietéticos, de higiene y de salubridad. La falta de información y educación son factores esenciales para retardar soluciones y cambios en estos ámbitos del país.

Por ello, una de las estrategias para revertir la desnutrición crónica es proporcionar los espacios, instrumentos y metodologías de educación e información dirigidas a los hombres y mujeres, como cuidadoras de niños y niñas. Estos mecanismos deben ser consultados y validados a fin de lograr la rápida apropiación y efecto, que sean además culturalmente aceptados.

La consejería nutricional, más sesiones demostrativas son útiles para incorporar hábitos saludables de nutrición en los hogares, precisamente aborda este problema. Los establecimientos de salud, los promotores y promotoras, como las familias emprendedoras, al hacer uso de este mecanismo de cambio, orientan a los actores claves del hogar y la comunidad, a tomar decisiones positivas con respecto al uso y consumo de los alimentos necesarios para la adecuada nutrición de las niñas y los niños y, aspectos como la preparación, la cantidad, la frecuencia, la consistencia, la calidad de los alimentos, además de las prácticas adecuadas de higiene, la prevención y el cuidado de los niños cuando están enfermos, son parte de los contenidos de la información y educación que se consideraron en el Programa.

Según el informe de la experiencia en Tambillo – Ayacucho sobre “Consejería comunitaria para incorporar hábitos saludables de nutrición en los hogares”. La experiencia de la aplicación de las consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas han favorecido la reducción de la desnutrición crónica. Pues se evidenció una reducción de la desnutrición crónica en cinco puntos porcentuales entre el 2004 donde se tuvo un 23.3%

de desnutrición en menores de 3 años y se logró reducir para el 2006 a un 18%.⁽¹¹⁾

Los resultados obtenidos mediante el presente estudio, coinciden con los resultados obtenidos del informe de la Experiencia en el Distrito de Tambillo – Ayacucho 2006, debido a la similitud de la población y la realidad socioeconómica y evidenciando la efectividad de las consejerías nutricionales más sesiones demostrativas

En conclusión, los resultados encontrados permiten afirmar que la consejería nutricional, más sesiones demostrativa tiene un efecto positivo en la disminución de la desnutrición crónica en niños menores de tres años de edad del distrito de Luricocha, provincia de Huanta, en el periodo de Agosto 2008 a Agosto 2009.

CUADRO N° 2

CONSUMO DE MENESTRAS RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL, MÁS SESIONES DEMOSTRATIVAS, LURICOCHA-HUANTA 2009

ESTADO NUTRICIONAL	CONSUMO DE MENESTRAS		ANTES				DESPUÉS				TOTAL					
	RARA VEZ		1 VEZ (SEM)		2 VECES (SEM)		1 VEZ (SEM)		2 VECES (SEM)		3 VECES (SEM)		TOTAL			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
NORMAL	25	41,7	2	3,4	1	1,6	28	46,7	-	-	4	6,7	29	48,3	33	55,0
RIESGO	7	11,6	2	3,3	-	-	9	14,9	1	1,7	-	-	7	11,7	8	13,4
RETARDO	20	33,4	3	5,0	-	-	23	38,4	14	23,3	5	8,3	-	-	19	31,6
TOTAL	52	86,7	7	11,7	1	1,6	60	100,0	15	25,0	9	15,0	36	60,0	60	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por entrevista a las madres de niños menores de 3 años luego de haber recibido tres consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas (Agosto 2009)

En el presente cuadro se observa que, antes de la consejería nutricional más sesiones demostrativas, 46,7% de niños tenían un estado nutricional normal, de ellos el 41,7% consumían menestras raras veces, el 3,4% una vez por semana y 1,6% dos veces por semana. 38,4% de niños presentaron diagnóstico nutricional de retardo de crecimiento, de ellos 33,4% consumían menestras en raras ocasiones, 5,0 % una vez por semana. Después de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas, el 55,0% de niños tienen un estado nutricional normal, de ellos 48,3% consumen menestras 3 veces a la semana, 6,7 % dos veces a la semana; El 31,6 % de niños con retardo en el crecimiento, el 23,3% consumen menestras una vez por semana y 8,3% dos veces por semana; 13,4% de niños se encuentran con un diagnóstico nutricional de riesgo, de ellos, 11,7% consumen menestras 3 veces por semana y 1,7 % una vez por semana.

El cuadro N° 2 señala la relación entre la frecuencia de consumo de menestras o leguminosas secas con el estado nutricional de los niños menores de 3 años del Distrito de Luricocha, se aprecia que a mayor frecuencia de consumo de menestras le corresponde un estado nutricional saludable, así: antes de la consejería nutricional del 46,7% de niños normonutridos, 41,7% consumían menestras o leguminosas en raras ocasiones, de los niños con riesgo, 11,6% también lo hacían raras veces. Después de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas, del 55,0% de niños normonutridos 48,3% consumen menestras tres veces por semana, mientras que el 31,6% de niños con desnutrición crónica, 8,3%

consumen menestras dos veces por semana y 23,3% una vez por semana. La relación del consumo de menestras y el estado nutricional, según este cuadro es alentadora en la disminución de la desnutrición crónica. Pues se aprecia una disminución en todos los niveles de la desnutrición.

Las menestras son un importante elemento en la nutrición de los niños, por su alto contenido de carbohidratos, proteínas, Minerales y energías necesarias para el infante, especialmente si se complementan con un producto de origen animal. Estos alimentos contienen un 20% de proteínas cuando están crudas y 6%, si están cocidas, porque en su preparación se agrega agua, debido a que es un grano seco.

Entre el séptimo u octavo mes de edad, el niño puede ingerir menestras de manera paulatina, para observar alguna reacción que pudiera tener con ese alimento.

Las menestras contienen abundante fibra que ayuda a la regulación intestinal, mejora la flora gastrointestinal. Además es un alimento que contiene calcio y hierro, como las habas, las lentejas y el frijol panamito, muy beneficiosos para los pequeños. ⁽¹²⁾

Para que tu niño pueda ingerir las menestras sin problemas y aproveche sus beneficios, debemos seguir las siguientes recomendaciones: Remojar las menestras el día anterior, a la preparación, para que se hidrate adecuadamente. Al día siguiente llévalas a cocción y cuando estén listas, dependiendo de la dentición del niño, las puedes triturarlas. (La lenteja no requiere ser remojada).

No es necesario pelar las menestras, excepto si el niño presenta muchos gases. Caso contrario puedes triturarlas, también, para que pueda aprovechar el alimento.

Recuerda que si tu niño consume habas, arvejas, garbanzos, lentejas, frijoles o pallares acompañados de cereales como el arroz o quinua y una pequeña porción de carne de res, pollo o alpaca, estará fortaleciendo su crecimiento y desarrollo.⁽¹³⁾

Las combinaciones inadecuadas de alimentos y el excesivo consumo de carbohidratos son algunas de las deficiencias detectadas en la dieta diaria de las familias.

En estudios realizados en la Escuela de Nutrición de la Universidad de San Marcos comprobaron que los limeños persisten en el error: combinan, por ejemplo, un plato de lentejas con un té o manzanilla. Eso no deberían hacerlo, porque estas infusiones tienen propiedades inhibitoras de absorción del hierro. Esta situación agrava el problema de los altos niveles, tanto de desnutrición crónica como el de anemia en los niños, los cuales merecen mayor atención por parte de los responsables de la salud y educación en el país.

La dieta balanceada consiste en seleccionar una cantidad de alimentos que proveen todos los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo del organismo.

Otro mal hábito de los limeños es el alto consumo de carbohidratos (papa, pan, galletas) y baja ingesta de verduras y frutas. "Se está dejando de lado alimentos que se consumían en nuestras culturas antiguas como el

yacón, el choclo, el maíz en sus diferentes variantes, entre muchos otros. Hay que revalorar lo que tenemos en cada una de las regiones".⁽¹⁴⁾

No existen estudios sobre el consumo de menestras en la localidad de Luricocha, sin embargo por observación y referencias de las madres, el consumo de menestras es limitado, principalmente por déficit de conocimiento en cuanto a sus bondades y formas de preparación. Por ello no es frecuente el uso de menestras en la alimentación de niños menores de 3 años.

En conclusión las recomendaciones específicas sobre consumo de alimentos para crecer son efectivas en la prevención de la desnutrición y por ello concientes de que las prácticas adecuadas en el cuidado del niño pueden determinar su estado nutricional. Estamos convencidos de que si informamos y educamos a las madres en prácticas óptimas de alimentación infantil y en la utilización de los servicios de salud preventiva, lograríamos una importante repercusión en el bienestar nutricional de los niños y las niñas.

CUADRO Nº 03

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS SEGÚN NIVEL DE PRÁCTICA ALIMENTARIA DE LAS MADRES DESPUÉS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL, MÁS SESIONES DEMOSTRATIVAS LURICOCHA - HUANTA 2009

ESTADO NUTRICIONAL	NORMAL		RIESGO		RETARDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRÁCTICA ALIMENTARIA								
EXCELENTE	15	25,0	1	1,7	1	1,7	17	28,3
BUENA	14	23,3	1	1,7	4	6,6	19	31,6
REGULAR	4	6,6	3	5,0	5	8,4	12	20,0
MALA	-	-	2	3,3	5	8,4	7	11,6
DEFICIENTE	-	-	1	1,7	4	6,6	5	8,3
TOTAL	33	54,9	8	13,4	19	31,7	60	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por observación y entrevista a la muestra en estudio (Agosto 2009)

El cuadro Nº 3 expresa que del 100,0 % de madres, 31,6% tiene un nivel de práctica alimentaria buena, de ellas, 23,3% de sus hijos tienen un estado nutricional normal, 6,6% en retardo y 1,7% en riesgo; 28,4% de madres tiene un nivel de práctica excelente, de ellos 25,0% de sus hijos tienen un estado nutricional normal, 1,7% en retardo y riesgo respectivamente, 20,0% de madres tienen un nivel de práctica alimentaria regular, de ellas 6,6% de sus hijos tienen un estado nutricional normal, 8,4% en retardo y 5,0% en riesgo.

El cuadro Nº 3 muestra la relación entre prácticas alimentarias y el estado nutricional, se observa a una práctica excelente y buena le corresponde un estado nutricional normal, mientras a una práctica deficiente le corresponde mayor porcentaje de niños en riesgo y retardo, de lo que se deduce; las prácticas alimentarias son el eje principal para la disminución

de la mal nutrición, lo que concuerda con los objetivos de las consejerías nutricionales más sesiones demostrativas; estos resultados expresan claramente la efectividad de la consejería nutricional más sesiones demostrativas. En efecto podemos afirmar que la aplicación de este programa debidamente potenciado tiene la posibilidad de mejorar las prácticas alimentarias y por ende el estado nutricional de los niños menores de 3 años en el distrito de Luricocha.

En un estudio relacionado a la preparación de alimentos, con la cual los niños deben iniciar su alimentación, casi la mitad de las entrevistadas a nivel nacional (49,6%) creyó más conveniente brindar segundos que sopas a los niños. Asimismo, alrededor de 17% de las entrevistadas consideraron igual de bueno dar sopa o segundo a los niños.

Estudios experimentales realizados en el Perú, muestran que los niños que reciben dietas de alta densidad energética, elaborados a base de cereales y productos lácteos, con una frecuencia de 5 veces al día, consumieron mayor cantidad de energía en relación al grupo de niños que consumieron dietas de menor densidad energética. ^(15 y 16)

Del mismo modo, un estudio observacional realizado en Perú, muestra que el incremento de la frecuencia de consumo de alimentos, constituye una estrategia de mayor impacto para incrementar el consumo total de energía. Sobre la base de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud, órgano del Ministerio de Salud del Perú, ha elaborado los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, en los

cuales se recomienda para los niños mayores al año de vida una frecuencia de alimentación de 5 veces al día (3 comidas básicas y 2 entre comidas), además establece la necesidad de brindar alimentos de consistencia espesa lo que podría garantizar una mayor densidad energética en las preparaciones. Aunque los resultados obtenidos en su estudio muestran una frecuencia de consumo de cuatro comidas al día, que se hallaría muy cercana a las recomendaciones, no permite establecer conclusiones categóricas sobre lo alentador de los hallazgos considerando que no se obtuvo información sobre la densidad energética de las preparaciones ofrecidas al niño, a lo cual se sumaría el hecho de que solo 38% de las madres entrevistadas en este estudio adicionaron aceite a estas preparaciones, siendo ésta una recomendación también referida en los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, como una estrategia para incrementar la densidad energética de las preparaciones. En la misma dirección, y con relación a los conocimientos y práctica de las madres respecto a la alimentación infantil, podemos afirmar, que aún persisten en ellas ideas erróneas con relación a la densidad energética de las preparaciones que deben ser brindadas a sus hijos, puesto que 22,6% de ellas manifestó que consideraba mejor dar preparaciones aguadas en lugar de las densas, y 33,5% de ellas manifestó que consideraba mejor dar sopas en lugar de segundos al momento de iniciar la alimentación complementaria de sus hijos.

Sobre la base de nuestros resultados, podemos afirmar que es necesario que los organismos del estado, mejoren las estrategias educativas

y comunicacionales, y que den mayor énfasis en las acciones de promoción que conlleven a mejorar la calidad de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, como elementos fundamentales para mejorar la salud y nutrición de la población infantil peruana y consecuentemente para mejorar la capacidad de este recurso humano en la vida adulta. ⁽¹⁷⁾

Como plantean algunos metodólogos: Promoción de la Salud significa educar, es decir para modificar comportamientos dirigidos a lograr una salud óptima reimpone formar nuevas conductas, variar actitudes, fortalecer motivos, fomentar creencias favorables mediante diferentes tipos de relaciones funcionales y ha saber: Trabajos en grupo en centros laborales, intersectoriales, etc.; que propicien condiciones de Salud. Esta práctica debe ser estimulada por los integrantes del equipo de salud, quienes han de promover a los miembros de la comunidad los medios teóricos y prácticos para su educación y concientizar a la población sobre la importancia de su participación en el mantenimiento de su propia salud, requiere de una labor paciente, que demanda utilizar todos los mecanismos indispensables para hacerla efectiva.

La conducta humana es el resultado de una serie de factores personales y ambientales, que se transforman de acuerdo con las condiciones que rodean a la persona. El individuo actúa según las circunstancias externas (tiempo, espacio y recursos), o internas (conocimientos, convicciones, creencias, emociones), que determinan su maduración para ejecutar sus acciones. ⁽¹⁸⁾

En las últimas décadas se han estado comparando formas novedosas para motivar y modificar actitudes en las personas donde se interrelaciona los aspectos afectivos y su participación directa, con lo cual se consigue aumentar el interés de los participantes y, por tanto, influir en sus actitudes y conductas.⁽¹⁹⁾

Actualmente, estas actividades se llevan a cabo a través de la consejería nutricional, más sesiones demostrativa que permite brindar informaciones y conocimientos (Consejos) a la población sobre aspectos nutricionales para promover cambios positivos en los modos y estilos de vida. Sus acciones se desarrollan por medio de los profesionales de salud capacitados previamente en el tema y sus acciones se debe extender a la comunidad: Escuelas, centros de trabajo, casa de cultura, club de Jóvenes y todos aquellos sitios donde sea necesario y oportuno informar y educar⁽²⁰⁾.

Conociendo que las acciones de consejería nutricional más sesiones demostrativas desempeñan un papel protagónico para lograr la motivación necesaria y el cambio de actitud de los individuos hacia una alimentación más sana y que la mejora constante de la calidad de las consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas constituye una prioridad de las decisiones del sistema que responde a la estrategia del ministerio de salud.⁽²¹⁾

Según el informe sobre la experiencia exitosa en Tambillo – Ayacucho sobre “consejería comunitaria para incorporar hábitos saludables de nutrición en los hogares”.⁽¹²⁾ Se obtuvo como resultado que las familias han asumido responsabilidades para la nutrición adecuada de sus niños y niñas menores

de tres años porque han comprendido la importancia de la alimentación. Asimismo se observó cambios cualitativos y cuantitativos en la adopción de las prácticas saludables en las familias del ámbito de intervención, teniéndose como resultado en el 2004, 38,0% de práctica alimentaria adecuada en niños menores de 3 años, incrementándose este porcentaje para el 2006 llegando a un 94,2%. Las que se reflejan en la disminución de la desnutrición crónica infantil del 23,3% a 18% respectivamente.

Se concluyen que las prácticas de alimentación adecuadas han demostrado ser estrategias efectivas para la reducción de la desnutrición crónica ya que está demostrado que a mejor nivel de practica mejor estado nutricional por ello es importante llevar a la práctica nuestros conocimientos.

CUADRO N° 04

**NIVEL DE PRÁCTICA ALIMENTARIA DE LAS MADRES DESPUÉS DE LAS
CONSEJERÍAS NUTRICIONALES, MÁS SESIONES DEMOSTRATIVAS SEGÚN
GRADO DE INSTRUCCIÓN, LURICOCHA - HUANTA 2009**

PRÁCTICA ALIMENTARIA	GRADO DE INSTRUCCIÓN SIN GRADO		PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EXCELENTE	1	1,7	5	8,3	9	15,0	2	3,3	17	28,3
BUENA	1	1,7	3	5,0	13	21,7	2	3,3	19	31,7
REGULAR	-	-	5	8,3	7	11,7	-	-	12	20,0
MALA	-	-	4	6,7	3	5,0	-	-	7	11,7
DEFICIENTE	1	1,7	2	3,3	2	3,3	-	-	5	8,3
TOTAL	3	5,1	19	31,6	34	56,7	4	6,6	60	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por observación directa de la muestra en estudio (Agosto 2009)

El cuadro que antecede, muestra que del 100,0% de madres que recibieron consejería nutricional más sesiones demostrativas, 31,7% tiene un nivel de práctica buena, de ellas 21,7% tienen grado de instrucción secundaria, 5,0% primaria, 3,3% superior y 1,7% sin grado; 28,3% de madres tienen un nivel de práctica excelente, de ellas 15,0% tienen grado de instrucción secundaria, 8,3% primaria, 3,3% superior y 1,7% sin grado; 20,0% de madres tiene un nivel de práctica regular, de ellas 11,7% tiene grado de instrucción secundaria y 8,3% primaria.

Los resultados mostrados en el presente cuadro indican que, las prácticas alimentarias están en relación al grado de escolaridad de las madres, por lo que se impone insistir en la necesaria vinculación, madre – maestro, lo cual se garantiza con la consejería nutricional, más sesiones demostrativas.

En la presente investigación, la cifra de madres con cambios favorables de actitud pudo haber sido mayor, pero presumiblemente la escolaridad predominante impidió ese logro en la totalidad de ellas.

Al respecto según opiniones de muchos estudios las madres o tutoras con niveles de escolarizada superiores se encuentran mucho más informadas sobre muchos temas, por lo cual adquieren mayor cultura que aquellas cuyos estudios estuvieron limitados a niveles secundarios, de manera que les resulta más fácil comprender, cambiar los hábitos y costumbres arraigados si se les brinda información adecuada. ⁽²²⁾

Las estadísticas revelan que la mayor parte de niños menores de 5 años con desnutrición crónica son hijos de madres que carecen de algún nivel educativo (50,5%), en segundo lugar en aquellas que solo llegaron al nivel educativo primario (37,1%) y 12,8% en aquellas que llegaron al nivel secundario. Es decir, se evidencia que la tasa de desnutrición infantil se produce en mayor grado en aquellas familias cuya madre carece de un nivel educativo apropiado y no necesariamente en virtud a su estado de pobreza. ⁽²³⁾

La salud de los individuos se encuentra afectada por las condiciones del hogar, ya que la madre comúnmente descrita como la trabajadora de salud, más importante, juega un papel principal en las actividades domésticas especialmente en la que tiene que ver con el cuidado y crianza del niño. Por lo tanto, se espera que la educación materna contribuya de manera positiva a la salud del niño, su importancia varía entre diferentes grupos de edad, siendo el grupo de 0 a 2 años el más sensible; Barrera analiza la interacción de la educación materna y los programas públicos de salud. Concluye que al observar el patrón de las interacciones, uno puede inferir cuales son los canales a través de los cuales afecta la escolaridad

materna en la salud del niño. Dichos análisis han permitido crear programas más eficientes. ⁽²⁴⁾

Al igual que el trabajo de Barrera existen otros en la cual la educación es un determinante importante de la demanda de los insumos de salud bajo un enfoque de asignación de recursos dentro del hogar. Examina si las decisiones para el cuidado de la salud infantil reflejan diferencia en las preferencias de los padres. Utilizando datos de la encuesta de desarrollo social, se estima el impacto de la educación y del salario de los padres ⁽²⁵⁾.

VARIAN ET AL (1999) analiza la relación entre el conocimiento de las madres sobre la salud y nutrición, y el estado nutricional de sus hijos. Utiliza una muestra representativa de hogares de Estados Unidos para estimar el efecto del conocimiento de la madre en las dietas de los niños. Los resultados muestran que los conocimientos de la madre sobre salud y nutrición están relacionados de una manera positiva con su nivel de educación y con las dietas de sus hijos. ⁽²⁶⁾

En conclusión, la consejería nutricional, más sesiones demostrativas, logró elevar considerablemente el conocimiento de las madres sobre las prácticas alimentarias, para mejorar el estado nutricional en el grupo de niños estudiados, por lo que se recomienda hacer extensivo con el propósito de optimizar el estado nutricional de la población infantil. No se logró una ganancia de peso esperada en todos los casos, pues se dificulta cambiar ciertos hábitos alimentarios ya arraigadas; a ellos se sumó la primacía de las madres con baja escolaridad, desvinculación laboral e ingreso económico familiar.

CUADRO N° 05

**NIVEL DE PRÁCTICA ALIMENTARIA DE LAS MADRES DESPUÉS DE LA
CONSEJERÍA, MÁS SESIONES DEMOSTRATIVAS SEGÚN ESTADO CIVIL,
LURICOCHA - HUANTA 2009**

NIVEL DE PRÁCTICA ALIMENTARIA	ESTADO CIVIL							
	SOLTERA		CASADA		CONVIVIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EXCELENTE	1	1,7	3	5,0	13	21,7	17	28,4
BUENA	-	-	3	5,0	16	26,6	19	31,6
REGULAR	-	-	1	1,7	11	18,4	12	20,1
MALA	-	-	4	6,6	3	5,0	7	11,6
DEFICIENTE	1	1,7	2	3,3	2	3,3	5	8,3
TOTAL	2	3,4	13	21,6	45	75,0	60	100,0

FUENTE: Datos obtenidos por observación directa de la muestra en estudio (Agosto - 2009)

El cuadro N° 05 indica que, del 100,0% de madres, 31,6% tiene un nivel de práctica buena, de ellas 26,6% son conviviente, 5,0% casadas; 28,4% de madres tienen un nivel de práctica excelente, de ellas, 21,7% son convivientes, 5,0% casadas y 1,7% solteras, 20,1% de madres tiene un nivel de practica alimentaria regular, de ellas, 18,4% son convivientes y 1,7% casadas.

Los resultados obtenidos mediante la investigación muestran que el estado civil de las madres estudiadas en mayor proporción (75%) son convivientes.

Es preciso tener en cuenta el ambiente familiar, la pertenencia a una condición socioeconómica, el nivel de estudios y estado civil de los padres, como determinantes importantes para dar lugar a un modo de vida con unos hábitos determinados (alimentación, trabajo, paridad, etc.) que van asociados a unos cuidados que favorecen el crecimiento del niño. Los niños adquieren sus hábitos alimentarios muy precozmente y están sujetos a

numerosas influencias procedentes, sobre todo, de la familia, de sus costumbres y comportamientos (en relación con factores sociales, económicos y culturales); de ahí la importancia que puedan tener los patrones de alimentación familiares.⁽²⁷⁾

Hay otros aspectos sociales que los consideramos determinantes al pretender conocer a las madres que asistimos. Nos referimos a su entorno familiar, estabilidad, apoyo o refugio psicológico o de pareja. Esto lo vemos con el estado civil de la madre; ahora bien, cuando las relaciones familiares se deterioran por alguna causa pueden aparecer consecuencias que influye en la conducta, relaciones interpersonales y en la economía familiar. Ello se agrava si lo señalado ocurre en un hogar donde la madre es adolescente, ya que, como tal, no está preparada para la maternidad y menos aun para suplir la ausencia del padre.

Si entendemos que madre soltera es la mujer que se encargará del cuidado de sus hijos sin el apoyo del padre, en Perú existen casi medio millón de madres solteras que representan un 7,0% del total de madres. El estado civil del resto de madres son: 43,0% casadas, 34,0% convivientes, 8,0% viudas y 1,0% divorciadas, según informa⁽²⁸⁾

La familia en la que crece y se desarrolla cada niño, la sociedad en la que están inmersos y el medio ambiente donde se ubica el hábitat familiar y transcurre la vida del niño, influyen de forma directa y decisiva en el proceso dinámico salud-enfermedad referida a la infancia. Desde su nacimiento, el niño se desarrolla sometido a la influencia de cuanto le rodea. El núcleo para el correcto desarrollo lo constituye la familia, elemento indispensable para

iniciar la evolución de los aspectos biopsicosociales de la persona, por eso los cambios importantes que se producen en el entorno familiar tienen repercusiones físicas y emocionales en el niño. El niño tiene una actitud receptiva extraordinaria que le hace particularmente sensible a las acciones del ambiente, a las condiciones de la alimentación, de la vivienda, de la ciudad, del clima y de la higiene en general, éstos tienen una repercusión favorable o desfavorable sobre el organismo infantil. Numerosos factores, difícilmente dissociables, influyen en el crecimiento y desarrollo del niño, alimentación, vivienda, higiene y condiciones de vida, acceso a la atención médica, tamaño de la familia, diferencia de edad de los hijos, salud de los padres, nivel socioeconómico de la familia, equilibrio entre las actividades, reposo y sueño, por tanto, todo el ambiente familiar o comunitario interviene en la evolución neuropsíquica y en su crecimiento con una considerable repercusión de la condición socioeconómica en la salud infantil. La herencia cultural que recibe el niño, a través del lenguaje de su madre, y el nivel alcanzado en este campo por los padres, condicionan la socialización del niño durante la infancia. La condición socioeconómica de una determinada familia guarda estrecha relación con el trabajo que ejercen los padres, los ingresos y su nivel de estudios. Relacionado con este factor, podemos hablar de otros índices representativos del nivel de vida alcanzado (equipamiento, vivienda). Después de analizados los diferentes factores sociales, podemos afirmar que existe una interacción entre los factores sociales y el crecimiento y desarrollo del niño, teniendo dichos factores un

papel determinante, fundamentalmente en los primeros años de vida, cuando la dependencia de los padres y del medio ambiente es Total. ⁽²⁹⁾

CONCLUSIONES

1. Se ha observado que la consejería nutricional, más sesiones demostrativas es efectiva en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años atendidos en el CLAS Luricocha. Agosto 2008 – Agosto 2009. Huanta -Ayacucho 2009
2. Las menestras son un alimento de alto valor nutritivo, que su consumo favorece a un mejor estado nutricional en el niño menor de 3 años, atendidos en el CLAS Luricocha, Agosto 2008-Agosto 2009.
3. La consejería nutricional, más sesiones demostrativas logró elevar considerablemente el nivel de las prácticas de alimentación adecuadas en los niños menor de 3 años, atendidos en el CLAS Luricocha, Agosto 2008 - Agosto 2009. La cual se evidencia en un adecuado estado nutricional del niño.
4. El nivel educativo de las madres está estrechamente relacionado con el nivel de práctica alimentaria.
5. La convivencia de parejas es un factor estrechamente relacionado con la práctica de nutrición.
6. Los factores considerados en el presente estudio no estriba en calificar de bueno o malo el nivel de práctica de las madres, sino

que se deban entenderse del porque no se pudieron alcanza los objetivos del programa. Se hace para aprender y aprender para mejorar.

7. En este estudio se evidencia diferentes factores que están relacionados con las prácticas nutricionales, y otras que merecen ser atendidas con mayor énfasis como la educación de la madre, que debe constituir una prioridad, puesto que ellas proveen de alimento, cuidados higiénicos, estímulo psicosocial y aporte emocional necesarios para el saludable crecimiento y desarrollo de los niños, especialmente si para tal fin, se cuenta con herramientas educativas como la consejería nutricional, más sesiones demostrativas, elaboradas con criterios técnicos que contemplan el abordaje de estos aspectos problemáticos.

ámbito nacional, el conjunto del listado de intervenciones sanitarias incluyen actividades de prevención primaria y secundaria por medio de la evaluación del estado nutricional, consejería nutricional, más sesiones demostrativas para mejorar las prácticas alimenticias y nutricionales en base a productos regionales.⁽⁸⁾

Es evidente que la aplicación de la orientación nutricional constituye una estrategia imprescindible de intervención que debe potenciarse desde el ámbito sanitario y político. Cuando se tenga conciencia de que la buena alimentación de cada día es el mejor seguro para la salud, se habrá dado un paso definitivo hacia la derrota de los problemas nutricionales. La orientación nutricional es una estrategia efectiva para superar la desnutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

La consejería nutricional se brinda desde el año 1996. Sin embargo los resultados han sido magros, viendo estos resultados el Ministerio de Salud ordena la consejería nutricional, más sesiones demostrativas, la misma que se implementa desde el año 2006 sin que se tenga información de los resultados.

La consejería nutricional, más sesiones demostrativas se viene desarrollando en los distintos hospitales, centros y puestos de salud a nivel nacional, donde el sistemas de información estadística, aportan datos sobre el número de consejerías, sesiones demostrativas realizadas y de la población beneficiaria, con lo cual se puede determinar la cobertura (población atendida/población beneficiaria) y concentración de actividades (número promedio de controles por beneficiario/año). Sin embargo existe un

limitado número de estudios que analicen cómo se desarrolla esta actividad, carencia de información sobre el grado de cumplimientos de las diferentes actividades definidas en las normas, menos sobre su calidad y prácticamente ninguno que evalúe en forma independiente su efecto en la reducción de la desnutrición crónica infantil.

Es importante analizar los logros que se obtiene como resultado de la consejería nutricional a las personas que son directamente responsables del cuidado de los niños. ⁽⁹⁾

Durante nuestra experiencia de Pre-grado se ha observado que los profesionales de Enfermería realizan consejería nutricional, más sesiones demostrativas, sin tomar en consideración el nivel cultural, condición económica, accesibilidad a los alimentos que cada persona tiene. Así mismo se carece de un monitoreo del cumplimiento adecuado de esta intervención desconociendo el cumplimiento de su objetivo en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años.

Viendo que la desnutrición infantil es un problema que aqueja a nuestro país y en gran magnitud a nuestra región y habiéndose implementado en los diferentes niveles de atención de salud la consejería nutricional, más sesiones demostrativas las cuales son consideradas como estrategia fundamental para la disminución de la desnutrición infantil; por lo tanto vemos la necesidad de realizar la presente investigación titulada:

EFFECTO DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL, MÁS SESIONES DEMOSTRATIVAS EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ATENDIDOS EN EL CLAS

LURICOCHA - AGOSTO 2008 - AGOSTO 2009, HUANTA - AYACUCHO 2009, para ello se ha planteado los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Determinar el efecto de la consejería nutricional, más sesiones demostrativa en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años atendidos en el CLAS Luricocha, agosto 2008 - agosto 2009, Huanta – Ayacucho, 2009.

Objetivos Específicos:

- Identificar el estado nutricional de los niños menores de 3 años de edad antes y después de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas en el CLAS Luricocha, agosto 2008 - agosto 2009.
- Caracterizar la consejería nutricional, más sesiones demostrativas impartidas a las madres de niños menores de 3 años atendidos en el CLAS Luricocha. Agosto 2008 - Agosto 2009.
- Contrastar el estado nutricional de los niños menores de 3 años atendidos en el CLAS Luricocha del antes y después de la aplicación de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas.
- Establecer la efectividad de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años atendidos en el CLAS Luricocha, agosto 2008 - agosto 2009.

La Hipótesis propuesta fue: La consejería nutricional, más sesiones demostrativas es efectiva en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años, atendidos en el CLAS Luricocha, agosto 2008 - agosto 2009.

El diseño metodológico utilizado fue; Enfoque: cuantitativo, tipo de investigación: Aplicativa, de nivel: descriptivo, de diseño: Longitudinal Retroprospectivo, la población considerada fue: Todas las madres con niños menores de 3 años de edad cuyas madres recibieron como mínimo tres consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas atendidos en el CLAS Luricocha, agosto 2008 - agosto 2009. La muestra no probabilística censal, constituida por 60 madres con sus respectivos niños menores de tres años que asistieron a las tres consejerías, más sesiones demostrativas. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Madres con niños menores de 3 años que hayan asistido a las tres consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas brindadas en el CLAS Luricocha, agosto 2008 - agosto 2009.
- Niños menores de 3 años cuya madre haya recibido como mínimo tres consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas brindadas en el CLAS Luricocha, agosto 2008- agosto 2009.
- Niños menores de 3 años con diagnóstico nutricional antes de que la madre haya recibido la primera consejería nutricional, más sesiones demostrativas brindadas en el CLAS Luricocha agosto 2008- agosto 2009.

- Niños menores de 3 años con diagnóstico nutricional después de que la madre haya recibido como mínimo tres consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas en el CLAS Luricocha, agosto 2008- agosto 2009.

Los criterios de exclusión:

- Niños menores de 3 años cuyas madres hayan recibido menos de tres consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas en el CLAS Luricocha, agosto 2008- agosto 2009.
- Niños menores de 3 años sin diagnóstico nutricional al inicio de las consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas atendidos en el CLAS Luricocha, agosto 2008- agosto 2009.
- Niños menores de 3 años sin diagnóstico nutricional después haber recibido las tres consejerías nutricionales, más sesiones demostrativas atendidos en el CLAS Luricocha, agosto 2008- agosto 2009.
- Niños menores de 3 años con enfermedades agudas.
- Niños menores de tres años con enfermedades crónicas.

El hallazgo más importante es la de haber determinado la efectividad de la consejería nutricional, más sesiones demostrativas como un instrumento para la prevención de la desnutrición crónica en el distrito de Luricocha, provincia de Huanta, departamento de Ayacucho, agosto 2008- agosto 2009.

El presente trabajo está constituido por: Introducción, presentación, y análisis de resultado, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS
DE RESULTADOS**

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que la consejería nutricional, más sesiones demostrativas, se realicen previo estudio de las necesidades sentidas, conocimientos, creencias, paradigmas, actitudes y prácticas para lograr el objetivo del programa.
2. Elaborar estrategias encaminadas a solucionar las deficiencias encontradas durante el desarrollo de las consejerías, más sesiones demostrativas, haciendo énfasis en la capacitación del personal, con lo cual se lograría mejorar su desempeño profesional y elevar su nivel de satisfacción en aras de alcanzar los objetivos propuestos.
3. Gestionar mayores recursos económicos para el programa de consejería nutricional más sesiones demostrativas, para que este se amplíe a todas las comunidades.
4. Fomentar las labores de promoción y prevención como la consejería nutricional, más sesiones demostrativas que involucren a la familia, la comunidad y la sociedad, escuelas, centros de trabajo, club de jóvenes y a todo lugar donde sea posible llegar con este tipo de información.

5. Incentivar a las madres a realizar las replicas de lo aprendido durante las conserjerías nutricionales, más sesiones demostrativas en sus barrios, comunidades, etc.
6. Seguir realizando estudios en base los resultados del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF Estado Mundial de la Infancia. mht tema: Nutrición informe “Progreso para la Infancia: un balance sobre nutrición” del Fondo para la Infancia de la ONU de Mayo del 2006.
2. Francke P. propuestas de reforma de programas nutricionales infantiles en el Perú http://www.actualidadeconomica.peru.com/antiores/ae_08_mar_2005.pdf
3. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, la erradicación del hambre en el mundo: clave para la consecución de los objetivos del desarrollo del milenio. Roma ; FAO 2005
4. Castañeda A.M. enviada especial. Representante Adjunta de UNICEF – Perú 2007.
5. CRECER WARI.Línea de Base Regional de Desnutrición Infantil y sus determinantes. Consejo Regional de lucha contra la pobreza y la Desnutrición Infantil, 2009.
6. Bloomberg K. Servicios de noticias. Centro de comunicaciones. congreso de La república programa CRECER: Impacto certero Para

combatir la desnutrición infantil gestión 08 de Julio del 2008 logros en combate a la pobreza mundial podrían revertirse.

7. GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL AYACUCHO. Plan de operaciones CRECER Wari, Gobierno Regional de Ayacucho del 2008.
8. MINSAL/LIMA (2008) Resolución Ministerial N° 193 emitida el 17 de Marzo del 2008.
9. REV CUBANA MED GEN INTEGR. La orientación nutricional como elemento fundamental en la prevención y tratamiento de enfermedades. Dra. Eumelia Ondina Terrero. Prado 20 el Cárcel y San Lázaro apto 5to A, municipio Habana Vieja, Ciudad de la Habana, Cuba del 2002.
10. Restrepo HE. Promoción de la Salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción en salud pública Educ Méd Salud. 1995; 29 (1).76-91.
11. REDESA, CARE PERÚ. «Consejería comunitaria para incorporar hábitos saludables de nutrición en los hogares. Experiencia en Tambillo - Ayacucho» ha sido producida por encargo del Programa Redes Sostenibles Seguridad Alimentaria, Perú 2006.
12. Maurer, G. Rev. Campaña de nutrición infantil “Lo que toda madre debe saber sobre nutrición infantil”. Los primeros tres años deciden la vida. “Las menestras son fundamentales para una adecuada nutrición infantil” Perú del 2008- RPP noticias.
13. Corani, B. Rev. Campaña de nutrición infantil. Lo que toda madre debe saber sobre nutrición infantil. “Remoje las menestras” Perú- Mayo del 2008 RPP noticias.

14. Cereceda, M. "Dietética de la teoría a la práctica. Alimentación en las diferentes etapas de la vida" Las infusiones anulan el hierro presente en las menestras Editora el comercio. Lima 1 – Perú del 2008.
15. Bennett, V. Morales, E. y Gonzales J. Effects of dietary viscosity and energy density on total daily energy consumption by young peruvian children. Am J Clin Nutr 1999; 70(2): 285-91.
16. Marquis GS, y Lopez T. Effect of dietary viscosity on energy intake by breast- fed and non-breast-fed children during and after acute diarrhea. Am J Clin Nutr 1993; 57(2):218-23.
17. Rojas, M. Y Riega V. "Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en el Perú dirección ejecutiva de vigilancia alimentaria nutricional, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. Publicada en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública ISSN 1726-4634 versión impresa Lima jul./set. 2004
18. REV. PANAM. SALUD PUBL. "Aplicación de teorías o prácticas en las ciencias sociales a la promoción de la salud. 1998
19. Cárdenas, S. y Salas, A. (2002). En busca de la excelencia estomatológica. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología.
20. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CUBA, Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología. 2002

21. Sosa M.C; Gonzales R.M Y GIL. E. programa de mejora continua de la calidad de atención estomatológica y la satisfacción de la población. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología 1999-2000. la Habana: MINSAP.
22. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS. Sociedad latinoamericana de nutrición en la adolescencia, 2008 <<http://www.scielo.org.ve/scielo.php>>
23. García M. Y Dini E. Alimentación en el lactante en; Nutrición en pediatría. Centro de Atención Nutricional Infantil Antemano (CANIA). CARACAS. 1999
24. BARRERA, A The role of maternal schooling and its interaction with public health programs in child health production. journal of development economics, 32,69-91. 1990
25. TRIAS, JM Salud infantil bajo un enfoque de asignación de recursos dentro del hogar. CEDLAS-UNLP, Enlace: http://www.aaep.org.ar/espa/anales/pdf_2003/trias.pdf.
26. VARIYAM, J. Y BLAYLOCK, J. mothers nutrition knowledge and childrens dietary intakes. american journal of agricultural economics, 81(2), 373-384. 1999
27. MORELL, B. Foro Pediátrico. Encuentro anual de "Alimentación y nutrición en la Infancia y Adolescencia". Disponible en <http://www.SPAPex.htm> García-Caballero C, González A. Tratado de Pediatría Social, 2º edición, Díaz de Santos. 2000

28. Boza, B. Ciudadanos al Día. Editora: ORFO. Coordinador: ORFO. Investigadores. 1998
29. Fedrick J. Y Anderson A. Equipo Metra, menores con trastornos psíquicos y contexto familiar. Un estudio en la Comunidad de Madrid, Universidad Pontificia Comillas- Madrid. "Factors associated with spontaneous preterm birth" Br J. Obstet Gynaecol. 2003

ANEXOS

ANEXO 01

GUÍA DE OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA

I.- DATOS GENERALES DE LA MADRE

- a) Edad:.....
b) Estado Civil:.....
c) Grado De Instrucción.....
d) Números De Hijos:.....

II. DATOS ESPECÍFICOS:

a. CANTIDAD DE PORCIÓN DE LA COMIDA PRINCIPAL PARA EL NIÑO

Adecuada () Inadecuada ()

b. FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DIARIA DEL NIÑO

- Tres veces ()
- Cuatro veces ()
- Más de cinco veces ()

c. Consistencia de las preparaciones (según edad)

- Sólida ()
- Semisólida ()
- Caldo ()

d. INCLUSIÓN DE ACEITES

- Nada ()
- Poco ()
- Adecuada ()
- Mucho ()

e. CONTENIDO DE LA PREPARACIÓN

- Alimentos proteicos (carne y leguminosas) ()
- Alimentos energéticos (harinas y grasas) ()
- Alimentos vitamínicos y de minerales (verduras y frutas) ()

f. UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL EN LA PREPARACIÓN DE COMIDAS.

- Nada ()
- Poco ()
- Adecuada ()
- Mucho ()

g. UTILIZACIÓN DE MENESTRAS

SI ()

¿Cuántas veces a la semana?

Rara vez () Una vez () Dos veces () Tres veces ()

¿Antes cuantas veces utilizabas?

Rara vez () Una vez () Dos veces () Tres veces ()

NO ()

h. UTILIZACIÓN DE VERDURAS

¿Prefiere las verduras de hojas verdes oscuras?

SI () NO ()

i. UTILIZACIÓN DE FRUTAS

¿Prefiere las frutas de color amarillo?

SI () NO ()

j. HIGIENE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

- Lavado de manos de la madre SI () NO ()
- Lavado de frutas y verduras SI () NO ()
- Lavado de utensilios SI () NO ()
- Lavado de manos del niño SI () NO ()

ESCALA DE EVALUACION

EXELENTE	18 - 20
BUENA	15 - 17
REGULAR	11 - 14
MALA	8 - 10
DEFICIENTE	< 8

ANEXO 2

FICHAS DE DATOS

I.- DATOS DE NIÑO:

a) Sexo:.....

b) Edad:.....

c) F. N.....

II.-ANTROPOMETRIA

ANALISIS DOCUMENTAL

OBSERVACIÓN/ MEDICIÓN

ANTES			DESPUÉS		
PESO	TALLA	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	PESO	TALLA	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL