



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

**EFFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL A LA
MADRE EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO
DE 6 MESES A 2 AÑOS DE EDAD. CHIMBOTE, 2018**

**Tesis para optar el Grado de Maestro en Ciencias de
Enfermería**

Autora:

Br. RAO TORRES, Patricia Isabel

Asesora:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ

2019



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS DE MAESTRÍA

Yo, Dra. CARMEN SERRANO VALDERRAMA, mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis de Maestría titulada: **EFFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL A LA MADRE EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 MESES A 2 AÑOS DE EDAD. CHIMBOTE, 2018**; elaborada por la bachiller PATRICIA ISABEL RAO TORRES para obtener el Grado Académico de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, Setiembre del 2019

DRA. CARMEN SERRANO VALDERRAMA

ASESORA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR

EFFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL A LA MADRE EN LA
VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 MESES A 2 AÑOS DE EDAD.
CHIMBOTE, 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Revisado y Aprobado por el Jurado Evaluador:

.....
Dra. Isabel Morgan Zavaleta

PRESIDENTE (A)

.....
Dra. Luz Falla Juárez

SECRETARIA (O)

.....
Dra. Carmen Serrano Valderrama

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios nuestro padre, por darme la fe y la fortaleza para seguir adelante y no desfallecer ante las dificultades y lograr mis metas.

A mi mamita Sabina, lo más importante de mi vida, quien con su apoyo y comprensión permitió el logro de esta meta propuesta.

A mi amado esposo Harold por estar a mi lado en todo momento y darme su amor, comprensión y confianza, y sobre todo por sus consejos que me han servido en mi superación personal y profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi Alma Mater la Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela de Post Grado, por abrirnos las puertas para un mejor futuro, y brindarnos la oportunidad de adquirir y madurar conocimientos en ella.

A mi asesora la Dra. Carmen Serrano Valderrama, por su apoyo incondicional y Aportes en la realización de este trabajo de investigación.

Mi especial agradecimiento a la Lic. Rosa Terán Flores, quien con sus conocimientos en el área aportó y aclaró algunas dudas en bien de la presente tesis.

A las (os) docentes, por sus enseñanzas impartidas durante este periodo, brindándonos los conocimientos para mejorar en esta hermosa profesión.

A mis compañeras de la Escuela del Postgrado, por el apoyo brindado entre cada una de nosotras, para seguir adelante y seguir formándonos como buenos profesionales.

ÍNDICE

	Pág.
Lista de Cuadros	viii
Lista de gráficos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Planteamiento y fundamentación del problema de investigación	14
1.2. Antecedentes de la investigación	19
1.3. Formulación del problema de investigación	24
1.4. Delimitación del estudio	25
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación	26
1.6. Objetivos de la investigación	30
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	31
2.1 Fundamentación teóricos de la investigación	32
2.2 Marco Conceptual	38
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	45
3.1 Hipótesis central de la investigación	46
3.2 Variables e indicadores de la investigación	
3.3 Métodos de la Investigación	48
3.4 Diseño o esquema de la investigación	
3.5 Población y muestra	49
3.6 Actividades del proceso investigativo	50
3.7 Técnicas e instrumentos de la investigación	
3.8 Procedimiento para la recolección de datos	52
3.9 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	55
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
5.1. Conclusiones	74
5.2 Recomendaciones	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	82

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 01: Valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2019.	57
Cuadro N° 02: Valoración nutricional según estatura/talla del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2019.	59
Cuadro N° 03: Efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad. Chimbote, 2019.	61
Cuadro N° 04: Efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional según estatura/talla del niño de 6 meses a 2 años de edad. Chimbote, 2019.	62

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica N° 01: Valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2019.	58
Gráfica N° 02: Valoración nutricional según estatura/talla del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2019.	60

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de abordaje cuantitativo y de tipo cuasi experimental, se encuentra respaldado en la teoría de Promoción de la salud de Nola Pender. Tiene por objetivo general conocer la efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad de Chimbote, 2018. La muestra estuvo constituida por 39 madres con sus respectivos niños de 6 meses a 2 años de edad, atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño del Puesto de Salud “La Florida”, que reunieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó la ficha de valoración nutricional y las tablas de ganancia de peso y estatura según la OMS, en el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 23.0 y el análisis se realizó mediante la prueba estadística paramétrica t de student. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la valoración nutricional de peso y talla tuvieron un incremento promedio significativo después de la consejería nutricional tanto para peso [t= 20,891 y p= 0,000] como para estatura [t= 31,540 y p= 0,000 p< 0,005]. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alternativa H_a . Permitiendo afirmar que la consejería nutricional es efectiva en la valoración nutricional

Palabra clave: Valoración nutricional, consejería nutricional

ABSTRACT

The present research work of quantitative and quasi-experimental approach is supported by the theory of Health Promotion of Nola Pender. Its general objective is to know the effectiveness of nutritional counseling to the mother in the nutritional assessment of the child from 6 months to 2 years of age of Chimbote, 2018. The sample consisted of 39 mothers with their respective children from 6 months to 2 years of age, attended in the Office of Growth and Development of the Child of the Health Post "La Florida", which met the inclusion criteria. For the data collection, the nutritional assessment sheet and weight and height tables according to the WHO were used, in the data processing the statistical package SPSS Version 23.0 was used and the analysis was performed using the parametric statistical test t of student. The results obtained allowed us to conclude that the nutritional assessment of weight and height had a significant average increase after nutritional counseling both for weight [$t = 20,891$ and $p = 0.000$] and for height [$t = 31,540$ and $p = 0.000$ $p < 0.005$]. Therefore, the null hypothesis is rejected and the alternative is accepted Allowing to affirm that nutritional counseling is effective in nutritional assessment

Keyword: Nutritional assessment, nutritional counseling

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más importantes de nuestra población infantil es la mala alimentación por déficit o por exceso que ocasiona problemas de salud y perjudica el crecimiento y desarrollo de niño menor de 5 años. Es por eso que la nutrición en los primeros 1,000 días de vida (durante el embarazo y los dos primeros años) es fundamental para el crecimiento y la supervivencia infantil, contexto que están ampliamente documentados en investigaciones internacionales, con potenciales efectos perjudiciales sobre el crecimiento (Kimani y et al., 2013).

No obstante, la malnutrición es una causa subyacente de más de un tercio de las muertes globales en niños menores de 5 años. Se asocia con la falta de crecimiento (es decir, vertical insuficiente o retraso del crecimiento), las deficiencias de micronutrientes, retraso en el desarrollo cognitivo y la morbilidad, siendo problemas de salud significativos entre los lactantes y niños pequeños en todo el mundo en especial en las zonas pobres (Kulwa, Verstraeten y et al., 2014).

Promover prácticas alimentarias adecuadas a través de la consejería nutricional que brinda el profesional de enfermería es colaborar no solo con la madre participante o el niño, sino con la sociedad y con el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), que tiene como fin conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición en la sociedad.

El parámetro más importante para evaluar la valoración nutricional son las medidas antropométricas, a través de estas podemos obtener la evolución del peso, estatura o talla, la utilización de las curvas de crecimiento, permiten esquematizar el comportamiento del crecimiento (Nuñez, 2010) .

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Un gran problema de salud pública en muchos países en desarrollo es el retraso en el crecimiento. Millones de niños en todo el mundo sufren de desnutrición, no obstante, muchas declaraciones y planes de acción dirigidos a combatir el fenómeno. Se estima que un total de 165 millones de niños menores de cinco años están con bajo peso. Lo que es más preocupante es el alto nivel de malnutrición en la África subsahariana, donde se estima que aproximadamente el 40% de todos los niños menores de cinco años (56 millones) están con bajo peso (UNICEF/OMS, 2012).

“En América Latina y el Caribe, 39,3 millones de personas viven subalimentadas, con un aumento de 400 000 personas desde el 2016. Según el Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo en el 2018, a nivel global casi 821 millones de personas –aproximadamente una de cada nueve– fue víctima del hambre en el 2017, un incremento de 17 millones en relación al año anterior” (FAO, 2018).

“Según el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en el 2018 el hambre afecta a 39,3 millones de personas, el 6,1 % de la población regional. Entre 2015 y 2016, el número de personas subalimentadas creció en 200 mil personas. Entre 2016 y 2017, el incremento fue de 400 mil; esto muestra que la velocidad del deterioro está aumentando. Siendo los países más afectados desde 2014, Argentina, Bolivia y Venezuela quienes vieron incrementos en su número de personas subalimentadas. El mayor aumento ocurrió en Venezuela: 600 mil personas más sólo entre 2014-2016 y 2015-2017” (FAO, 2018).

“El último informe del United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), no solo da cuenta de las problemáticas nutricionales producto de las carencias proteico-calóricas, sino que documenta una emergencia silenciosa que ataca de manera profunda a los

niños: las deficiencias de micronutrientes, como el hierro, el calcio, el yodo, el cinc, el ácido fólico y la vitamina A, carencias todas evitables, que dejan secuelas importantes en el potencial de crecimiento y desarrollo infantil. Las cifras de miles de niños que sufren estas carencias se concentran en países como Haití, Guatemala, Nicaragua, El Salvador, Centroamérica, Bolivia, Colombia y Perú” (UNICEF, 2012).

“Las estrategias de solución se conocen y son costosas, en una región donde la mayoría de los países mejora sus indicadores de calidad de vida, no se entiende cómo los problemas nutricionales persisten, agravan y se suman a otros nuevos, aparentemente causados por los cambios en los hábitos de vida de las personas. Asociadas al exceso, estas nuevas problemáticas, como son el sobrepeso y la obesidad, se han instalado de manera crítica en los niños de todas las edades. Así lo demuestran las estadísticas de las Encuestas Nacionales de Situación Nutricional y las Encuestas de Demografía y Salud, realizadas por la mayoría de los países latinoamericanos” (Teixeira y Reis, 2013).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) “en el año 2017 a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 12,9% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar en el 2009 (23,8%). La desnutrición crónica afectó en mayor porcentaje al grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (16,7%); siguiendo una tendencia descendente conforme aumenta la edad. Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (25,3%), es decir, 17,1 puntos porcentuales más que en los residentes en el área urbana (8,2%). Por región natural, el mayor porcentaje de desnutrición crónica fue en las niñas y niños de la Sierra (21,3%), en la Selva (18,0%); en Lima Metropolitana el porcentaje fue menor (5,1%). Por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 1,7 puntos porcentuales (13,7% en niños y 12,0% en niñas)” (ENDES, 2018).

El Ministerio de Salud (MINSA), destacó que, “gracias a la aplicación de una gestión pública basada en evidencias, ha permitido que la desnutrición crónica infantil (DCI) se reduzca de 19,5% en el 2011 a 14,6% en el 2014; asimismo, reportó que está científicamente demostrado que una buena consejería a las madres de familia tenía mayor impacto y contribuía a reducir la desnutrición crónica hasta en un 30 %. Por ello, desde el 2011, el MINSA, estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable, con el fin de normar todas las intervenciones y actividades relacionadas a la alimentación y nutrición, que ejecutan los establecimientos de salud, dirigidas a la prevención y reducción de las deficiencias nutricionales” (MINSA, 2014).

Debido a eso, los establecimientos de salud tuvieron que programar intervenciones efectivas, como: el desarrollo de las consejerías nutricionales, mediante demostraciones incluso, sobre la correcta preparación de los alimentos para los niños que reciben alimentación complementaria; tratando de integrar todas las actividades que se encuentran contempladas en las normas técnicas que garantizan la reducción de la desnutrición crónica infantil. “Así como se establece en el Documento Técnico: Consejería Nutricional en el marco de la Atención de Salud Materno Infantil, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la salud, la disminución de la desnutrición crónica infantil y el mantenimiento de un buen estado de salud en niños menores de cinco años mediante intervenciones preventivo promocionales de alimentación y nutrición” (MINSA, 2010).

En tal sentido, el MINSA ha puesto a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones del Sector Salud la “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”, tiene como objetivos: “Establecer las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años; difundirlos al personal de salud, Identificar oportunamente situaciones de riesgo o

alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal; con la finalidad de contribuir al desarrollo integral del niño o niña”. (MINSA, 2011).

No obstante, “uno de los principales problemas que existe en el Perú y las provincias en la actualidad, es la malnutrición infantil, producida por el consumo inadecuado en cantidad y calidad de los alimentos, utilizándose a nivel corporal menor o mayor cantidad de energía, modificando su funcionamiento y generando alteraciones nutricionales tanto por defecto como por exceso” (Castro, Rafae, Chunga, 2013).

En Ancash en el 2017, “la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, que acceden a los establecimientos de salud (EESS) de la región tiene un porcentaje de 21.76 % del año 2016 a 21.86 % en el 2017 según el Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN (OMS- en niños Atendidos). Como se puede evidenciar, se ha producido un pequeño incremento de desnutrición crónica en relación al año anterior, en un 0.1%. lo cual resulta preocupante, ya que la tendencia era a disminuir” (Dirección Regional de Salud Ancash, 2017).

Según el Instituto Nacional de Salud (INS) en el año 2014 en Ancash el sobrepeso muestra una tendencia a incrementarse y la obesidad muestra una evolución estacionaria, pero en conjunto (exceso de peso), está afectando alrededor de 1 cada 11 niños entre los que acuden al establecimiento de salud de la región.

De acuerdo al último Censo de Población y Condición de Pobreza realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) en el 2014, en la provincia del Santa, perteneciente a la región Áncash hay más de 5 mil niños menores de 5 años que padecen desnutrición crónica que representa el 1% de un total 25 mil niños. Generalmente hablamos de

niños de las zonas rurales de la provincia como Lupahuari, Santa Ana, Cambio Puente, entre otros.

Siendo Chimbote y Nuevo Chimbote uno de los 120 distritos con más niños desnutridos del país, presentándose 19.423 casos en menores de 5 años, de los cuales 2.749 están considerados como crónicos, y que la mayoría de estos menores viven en pueblos jóvenes como Magdalena Nueva, Tres Estrellas, La Florida y las invasiones vecinas (Instituto Nacional de Salud, 2014)

En Nuevo Chimbote, en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón (EGB) fueron atendidos 3072 niños de 6 meses a 2 años de edad en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño (CRED), presentando 493 casos de desnutrición crónica, 108 casos de sobrepeso y 52 casos de obesidad, durante los meses Enero a Noviembre del 2016.

En Chimbote, en el Hospital La Caleta fueron atendidos 897 niños de 6 meses a 2 años de edad, presentándose 85 casos de desnutrición crónica, 25 casos de sobrepeso y 10 casos de obesidad; durante los meses de Enero a Octubre del 2017.

En el Puesto de Salud La Florida de Chimbote se presentan muchos niños de 6 meses a 2 años de edad con problemas nutricionales. Por lo tanto, es primordial ampliar la consejería nutricional a los padres, en especial a la madre del niño. La consejería nutricional tiene como objetivo asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta, las cuales se realizan en los talleres de educación nutricional a padres permitiendo que se involucren en la consejería; esto significa confianza, motivación y espacio para que expresen en sus propias palabras, lo que sienten y piensan sobre la situación de la niña y el niño, y buscar alternativas conjuntas para mejorar.

Estos hechos confirman que es necesaria una inmediata y oportuna intervención de enfermería con actividades especialmente de educación en salud como herramienta importante para influir en una conducta adecuada y duradera en las madres para convertirlas en participantes activas en el cuidado integral del niño.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el Ámbito Internacional

En Lisboa. Gomes, Barros y Pereira. (2018). realizaron el estudio intitulado “Efectividad de una intervención en mejora de los patrones de alimentación de los niños pequeños: un estudio piloto” Los resultados mostraron que las intervenciones completas que constaron de cuatro sesiones grupales de padres sobre el crecimiento de los niños pequeños, las pautas nutricionales y la combinación de actividades en el hogar y boletines informativos, mejoraron en la ingesta de alimentos saludables para niños, en comparación con el grupo control que solo recibió asesoramiento nutricional ($p < 0,005$).

En Kenia. Kimani, Kyobutungi y Ezech. (2015). realizaron el estudio intitulado “Eficacia de asesoramiento nutricional personalizado en el hogar basado en las prácticas de alimentación infantil, la morbilidad y valoración nutricional de los lactantes en los barrios pobres de Nairobi”. Los resultados mostraron que la intervención domiciliaria en las prácticas de alimentación infantil fue altamente efectiva en la valoración nutricional del niño de 1 año de edad.

En China. Zhang, Shi, Chen y Wang. (2013). desarrollaron el estudio intitulado “Efectividad de una intervención educativa para mejorar las prácticas de alimentación infantil y el crecimiento en la China rural: resultados actualizados a los 18 meses de edad”. Los resultados mostraron que “el grupo de intervención logra un mejor conocimiento y prácticas relacionadas con la alimentación complementaria, además de lograr

mayores puntuaciones z de peso para la edad (P/E) y peso para la talla (P/T) que el control (0,18 vs 0,01 y 0,49 vs 0,19, respectivamente) a los 18 meses de edad, y eran menos propensos a tener retraso en el crecimiento. El grupo de intervención logra significativamente mejor crecimiento lineal con el tiempo, incluyendo P/E (P = 0,016), P/T (P = 0,030) y T/E (P = 0,078). Estos resultados indican que una intervención educativa puede mejorar el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria de los cuidadores y en última instancia mejorar el crecimiento de los niños”.

En Colombia. Figueredo, Albano, Araujo y Col. (2012). realizaron el estudio “El estado nutricional en lactantes del ambulatorio Dr. J. M. Vargas Barquisimeto, Lara”. Cuyo objetivo fue “determinar el estado nutricional del lactante, aplicando a las madres encuestas estructuradas, las cuales contenía las variables: edad, sexo, estrato socio-económico y datos antropométricos (peso y talla). Los datos antropométricos fueron llevados a las tablas de la OMS e interpretados según la combinación de indicadores peso/edad, peso/talla y talla/edad. En donde obtuvieron los siguientes resultados: Del total de la muestra estudiada 66,0% presentó estado nutricional normal; el 15,5% presentó desnutrición y 8,7% malnutrición por exceso. La mayoría de los niños pertenecía al estrato IV (77,0%) y se apreció un aumento de desnutrición en estratos más bajos”.

En el Ámbito Nacional

En Huánuco. Gonzales y Rodríguez. (2017). realizaron el estudio intitulado “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”. Los resultados mostraron que, respecto a las consejerías nutricionales, el 73,6% fueron adecuadas y el 26,4% fueron inadecuadas; además, el 72,0% tuvo conocimientos buenos y el 28,0% conocimientos deficientes. Así mismo, existe relación estadística entre la consejería nutricional y el nivel de conocimiento 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 ($p < 0,001$).

En Arequipa. Bonzano y Condori. (2017). realizaron el estudio intitulado “Efectividad del programa de consejería nutricional en el mejoramiento del nivel de conocimiento en madres de niños de 06 - 36 meses de edad. Distrito de Socos Ayacucho-2017”. Los resultados concluyeron que antes de la aplicación del programa de Consejería Nutricional, presentó un nivel de conocimiento medio (50%); en tanto que, después de esta intervención el (65%) presentaron nivel de conocimiento alto, siendo el programa de consejería nutricional significativo en la mejora de nivel de conocimiento de las madres de niños de 06 a 36 meses de edad en el Distrito de Socos ($p < 0,05$).

En Lima. Vilca, G. (2016). realizó el estudio intitulado “Intervención educativa sobre alimentación complementaria del lactante menor de un año para mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor Ate”. “Los resultados concluyeron que las madres incrementaron en un 70% su nivel de conocimiento, obteniendo un nivel alto posterior a la intervención, respecto a las prácticas alimentarias las madres mejoraron incrementando en un 50%, posterior a la educación aumentaron en un 100%; los lactantes mejoraron su estado nutricional en peso y talla; asimismo mejoraron el nivel de hemoglobina en un 80%; por último, no se encontró cambio significativo en el desarrollo psicomotor. Conclusiones: La educación de enfermería tuvo efecto significativo porque incrementó el estado nutricional, contribuyendo a la salud comunitaria y la protección de la salud del niño”.

En Ayacucho. Sandoval y Janampa. (2013). realizaron el estudio “Efecto de la consejería nutricional y sesiones demostrativas en el estado nutricional de niños de 1 a 3 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Pokras. Distrito Carmen Alto, Ayacucho primer semestre-2013”. Los resultados mostraron 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. Pues el 28,2% presentó desnutrición, antes de la aplicación de la consejería nutricional y sesiones demostrativas. Luego de la aplicación se redujo a 13,1%. Concluyendo que la aplicación de consejería nutricional y sesiones demostrativas fue efectiva.

En el Ámbito Regional

En Huaraz. Méndez y Pajuelo. (2018). desarrollaron el estudio “Efectividad de un programa educativo para la adherencia de las madres en la suplementación con multimicronutrientes de niños (as) de 6 a 35 meses, Caserío de Carhua, Distrito de Pueblo Libre – Huaylas – Áncash”, Los resultados mostraron que antes de la intervención el 10% de las madres fueron adherentes y el 90% fueron no adherentes, luego de la intervención el 85% de las madres pasaron ser adherentes y el 15% quedaron como no adherentes; respecto al conocimiento, antes de la intervención el 100% de las madres “no conocen” sobre la suplementación con multimicronutrientes; luego de la intervención el 85% de las madres obtuvieron el calificativo de “conoce” y el 15% obtuvo el calificativo de “no conoce”.

En Huaraz. Brañes, Chávez y Miranda. (2013). realizaron el estudio “Efectividad del Programa Ally Micuy en la mejora del estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses del distrito de Chacas, región Ancash”. “Los resultados mostraron que antes del Programa el 5% desconocía temas referidos sobre la alimentación, este aumentó a un 90% después de la intervención, por otro lado, la diferencia de los valores de Hemoglobina según el análisis estadístico de comparación de medias para muestras relacionadas tuvo como respuesta antes del programa una media de 10.4 de g/dl y después de la intervención una media de 11,0 g/dl con una diferencia de Sig.=. 000. Respecto a la desnutrición crónica los grupos etareos más significativos fueron de 6 -11 meses con una diferencia de Sig.= 0,008, 12-17 meses con una diferencia de Sig.= 0,012 y 18-23 meses con una diferencia de Sig.=. 000. El Programa Ally Micuy es efectivo en la

mejora del estado nutricional porque incrementó los conocimientos de las madres, el valor de Hb y disminuyó la prevalencia de la desnutrición crónica”.

En el Ámbito Local

En Nuevo Chimbote. Llamango, C. (2016). realizó el estudio “Conocimiento, prácticas maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo. Los resultados concluyeron que el 76,9% de los niños asistentes del Centro de Salud Corongo, presenta un estado nutricional normal, y el 23.1% de los niños desnutridos. El 55,3% de las madres presenta conocimiento sobre alimentación infantil regular, el 26,2% deficiente y el 18,5% fue bueno. El 83.3 % de madres presentan conocimiento regular, sobre un normal estado nutricional de los niños que fueron atendidos en el Centro de Salud. El 75,4% reciben prácticas Maternas adecuadas, sólo el 24,6% reciben prácticas Maternas inadecuadas. Concluyendo que, si existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento materno, las prácticas maternas y estado nutricional del niño, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa ($p < 0.05$). Significativo.

En Chimbote, Ostolaza y Pereyra. (2016). desarrollaron el estudio “Conocimiento y actitud de la madre relacionado con la práctica de la lactancia materna. Hospital la caleta, Chimbote”, Los resultados concluyeron que “el 20% de las madres tienen un nivel de conocimiento malo, el 80% es bueno. El 18.33% de las madres tienen una actitud desfavorable frente a la lactancia materna, el 81.67% muestra una actitud favorable. Se encontró una relación significativa entre conocimiento de la madre y práctica de la lactancia materna ($p = 0.03$), y una relación significativa entre actitud de la madre y práctica de la lactancia materna ($p = 0.04$)”.

En Nuevo Chimbote. Amaya, M. (2014). realizó un estudio sobre “Prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea”. Los resultados mostraron que “el

76.10% de las madres presentaron buenas prácticas alimentarias, el 23.90% presentaron prácticas alimentarias regulares; no encontrándose malas prácticas alimentarias. El 89.80% de los lactantes presentan estado nutricional normal, el 6.80% sobrepeso, el 2.30% talla alta y el 1.10% obesidad. Concluyendo que si existe relación estadística significativa entre las prácticas alimentarias de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad”.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Ante la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad del Puesto de Salud La Florida, Chimbote - 2018?

1.4. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

El Puesto de Salud está ubicado en el Pueblo Joven Florida Baja, en el Distrito de Chimbote, fue creada el 04 de abril en 1995. El Pueblo Joven Florida Baja se remonta a la década del 60, donde producto del crecimiento desmedido que tuvo en aquel entonces la Ciudad de Chimbote, se apostaron a los alrededores del centro de la ciudad nuevas invasiones que habitaban familias que llegaban del norte del país y de la región sierra de nuestro departamento, producto de la actividad pesquera que por aquel entonces tenía nuestro puerto de Chimbote. Es así que un grupo de familias se instala en las afueras de la ciudad de Chimbote en áreas destinadas para la instalación de fábricas pesqueras y con el transcurrir del tiempo esta área se consolida formando el Pueblo Joven Florida Baja. Habitada por familias que su única fuente de trabajo son las actividades pesqueras, como la pesca industrial y artesanal.

Políticamente el Puesto de Salud La Florida tiene dentro de su jurisdicción los pueblos jóvenes Miramar Bajo, Florida Baja, Florida Alta, Ciudad de Dios, Miraflores I Zona, la Libertad y Señor de los Milagros. El Puesto de Salud La Florida, pertenece a la Micro Red Miraflores Alto, de la Red de Salud Pacífico Norte y de la Dirección Regional de Ancash, es de categoría I – 2, cuenta con una población de 28784 habitantes de los cuales 365 son niños menores de 5 años.

La presente investigación fue aplicada desde el mes de Noviembre del 2018 hasta el mes de Marzo del 2019; en el Puesto de Salud La Florida en Chimbote, lugar del estudio.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

“La nutrición es considerada uno de los principales componentes para alcanzar el estado de salud óptima y garantizar una buena calidad de vida, es el factor que más influye en el crecimiento y desarrollo del niño, y al ser deficiente se produce retardo y detención del crecimiento y maduración de este, aprender a alimentarse y nutrirse adecuadamente constituye el primer gran reto a enfrentar” (Kimani, Kyobutung, Ezeh, & Wekesah, 2013) (Kimani et al., 2013).

“La malnutrición por déficit o por exceso de peso constituye problemas de salud pública en países en vías de desarrollo, como es el caso de Perú. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desnutrición contribuye a un tercio de todas las muertes infantiles, por lo que es necesario vigilar la ganancia de talla con relación a la edad para evaluar la tendencia de la desnutrición crónica. Por otro lado, en la última década, la ganancia excesiva de peso, muestra una tendencia al incremento en la población peruana” (Del Castillo, 2012).

“En los países menos desarrollados, según las estadísticas de la OMS, entre 3 y 5 millones de niños menores de 5 años mueren al año en el mundo, por causas relacionadas con la desnutrición” (OMS, 2010).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2010), “el Perú es el país de América del Sur con mayor tasa de desnutrición crónica entre los niños de 0 a 5 años. El INEI, 2009 ha publicado que en los últimos 9 años se han producido mejoras. La tasa de desnutrición crónica disminuyó de 25% a 18%, en las áreas menos favorecidas del país” (Diario Correo, 2014).

El MINSA en el 2010 publicó una clara reducción de la desnutrición; un último estudio señala que “la cifra de niños desnutridos entre 0 y 5 años bordea el 25.6%, número que se llega a su máxima expresión en

departamento como Huánuco (46%), Huancavelica (43%), Cusco (41%) y Puno (35%)” (MINSA, 2010).

A nivel Regional, según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) “en el primer semestre del 2012 señaló que en Ancash, el 24,4% de niños menores de 3 años que acuden a los establecimientos de salud según DIRESA presentó desnutrición crónica, 1.6% desnutrición aguda y 2.4% obesidad” (INEI-ENDES, 2014).

“En Perú, la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años, según el estándar de la OMS fue, 23.2% en el 2010, 19.5% en el 2011, 18.1% en el 2012, 17.5% en el 2013 y 14.6% en el 2014. Por otra parte, en la población en general se ha observado un incremento en el sobrepeso u obesidad en forma progresiva. En los niños menores de 5 años el exceso de peso ha aumentado progresivamente, entre 6.0% en el 2007, 5.8% en el 2011 y 6.4% en el 2012-2013” (Instituto Nacional de Salud, 2014).

Por tanto, “el personal de enfermería, tiene una gran responsabilidad, de brindar educación a través de la consejería nutricional, donde la enfermera analiza, juntamente con la madre, la situación nutricional del niño y la ayude a tomar decisiones, fortaleciendo acciones que se identifican como positivas y corrigiendo las prácticas de riesgo” (MINSA, 2010).

“El profesional de Enfermería, que labora en el primer nivel de atención, en el marco de la promoción de la salud, cumple un rol importante y trascendental en la prevención de problemas de salud nutricional, a través de actividades preventivo-promocionales hacia los grupos de riesgo, observando que el estado nutricional de niños y niñas menores de dos años, está influenciado por las prácticas alimentarias, conjunto de acciones que realizan los padres de familia de los niños relacionadas con aspectos culturales, religiosos, económicos y educativos, entre otros que a veces son negativas para el buen crecimiento y desarrollo del niño(a)” (Teixeira y Reis, 2013).

El estado nutricional de los niños menores de dos años es mejor cuando son atendidos exclusivamente por sus madres y cuando éstas son mejor educadas. Es por ello que el nivel educativo de la madre es importante para el cuidado del niño porque durante su crecimiento, se llevan a cabo cambios fundamentales en los patrones de la alimentación y el tipo de alimento. Siendo la madre la persona responsable del cuidado del niño la cual debe tener el tiempo, los conocimientos y las destrezas para la adecuada distribución de los alimentos dentro de la familia y debe conocer los alimentos que necesitan los niños menores de dos años.

Las prácticas alimentarias condicionan el estado nutricional de los niños, no todos los niños y niñas menores de dos años que son atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño del Puesto de Salud La Florida, asisten a sus controles de crecimiento, siendo la vigilancia de estos niños afectada. Además, que en este establecimiento no contamos con un personal profesional en nutrición y siendo el profesional de enfermería quien realiza la labor de consejería nutricional (Kimani et al., 2013).

Es por todo lo expuesto que surgió la motivación de realizar el presente trabajo de investigación, para formular una estrategia de intervención educativa con la finalidad de mejorar la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad, lo que servirá al profesional de enfermería que labora en esta área y en otras áreas como referencia y/o estudios comparativos.

La presente investigación es importante por su:

Relevancia práctica, porque las madres al adquirir los conocimientos adecuados sobre una nutrición balanceada continuarán poniendo en práctica todo lo aprendido en las sesiones demostrativas por lo tanto proporcionarán una alimentación rica en minerales, vitaminas y proteínas a su menor hijo con una adecuada preparación según su edad.

Relevancia social, porque beneficia a las madres primerizas y otras madres del Puesto de Salud La Florida por medio de la Consejería Nutricional, el cual está conformado por sesiones educativas con el propósito de mejorar la práctica alimentaria y determinar la valoración nutricional del niño. Asimismo, el Puesto de Salud La Florida continuarán realizando sesiones educativas para promover la alimentación adecuada en los niños de 6 meses a 2 años de edad.

“La presente investigación tiene como propósito principal aportar bases conceptuales y metodológicas en el campo de Enfermería, de aspectos relevantes como son la prevención de trastornos alimentarios tanto en déficit como en exceso y el diseño de un programa de intervención para lograr un proceso educativo eficaz, siendo necesario conocer la valoración del estado nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad y además conocer las prácticas alimentarias de la madre, factor importante para el diseño de programas educativos impartidos a través de metodologías participativas que permitan optimizar los procesos de enseñanza - aprendizaje, y propicien el aprendizaje significativo en las madres” (Teixeira y Reis, 2013).

Así mismo, los resultados servirán a las instituciones respectivas, a fin de proporcionar información actualizada, para ser utilizados como modelos y plantear estrategias de intervención e implementarlas de forma permanente, ayudando así a la prevención de la mal nutrición.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Objetivo general

- ❖ Conocer la efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad. Chimbote, 2018.

1.6.2. Objetivos específicos

- ❖ Determinar la valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2018.
- ❖ Determinar la valoración nutricional según estatura/talla del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2018.
- ❖ Determinar la efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad. Chimbote, 2018.
- ❖ Determinar la efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional según estatura/talla del niño de 6 meses a 2 años de edad. Chimbote, 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio está sustentado en el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

“La promoción de la salud empieza con la persona que está básicamente sana y busca crear medidas en la comunidad, a nivel individual y poblacional, que puedan ayudar a adoptar estilos de vida, permitiendo mantener y realzar el estado de bienestar. Además, puede ser considerada como una combinación de medidas de protección de la salud (medidas de organización social, económica que favorecen la mejora o el mantenimiento de la salud) y de acciones de educación para la salud (proceso de aprendizaje voluntario, individual y colectivo, que implica comunicación, participación y responsabilidad)” (Durán, 2008).

“El modelo de promoción de la salud planteado por Nola Pender (1987) en su libro *Health Promotion in Nursing Practice* (1982), permite tener una idea más amplia acerca de que promover una salud óptima sustituye a la prevención de la enfermedad. Sugirió que la protección de la salud y el comportamiento en la Promoción de la Salud podrían ser vistos como componentes complementarios de un modo de vida saludable y propuso el Modelo de la Promoción de la Salud, como un paradigma para explicar el comportamiento organizado en la Salud” (Marriner y Raile, 2011).

“El Modelo de Promoción de la Salud, según Nola Pender, se basa en el aprendizaje social (Albert Bandura) sobre la acción razonada (Fishbein), que postula sobre la importancia del proceso cognoscitivo en la modificación de la conducta, además identifico en la persona factores cognitivos preceptuales, como mecanismos principales de motivación para la adquisición y mantenimiento de conductas para la salud preventiva; que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para acción” (Ibid).

“El modelo está basado en una síntesis de investigaciones de estudios de promoción de conductas de salud, y su utilidad radica en que introduce el orden entre conceptos que pueden explicar la ocurrencia de las conductas promotoras de la salud y que éstas pueden ser parte integral del estilo de vida de un individuo, en sus dimensiones tales como, la autorrealización, el ejercicio físico, las prácticas nutricionales, el desarrollo de relaciones interpersonales, responsabilidad de salud y técnicas para manejar el estrés. Enfatiza que las conductas de promoción de la salud representan al hombre actuando sobre su ambiente y como él, intenta mejorar niveles de salud. Estas conductas están dirigidas a maximizar positivamente acciones como por ejemplo el incremento del autocuidado, autosatisfacción, gozo y placer” (Marriner y Raile, 2011).

Nola Pender (1987), enfatiza “la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta e identifica en la persona factores cognitivo perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud. Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de comportamiento. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que, la salud, es un estado positivo de alto nivel, y como tal se asume, como objetivo hacia el cual se esfuerza el propio individuo”.

Factores Cognitivos Perceptivos, son mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la Promoción de la Salud, en la presente Investigación se identificaron los siguientes factores:

Importancia de la Salud, representado por las personas que conceden gran importancia a su salud con la probabilidad de conservarla. Por ejemplo, las madres de los niños de 6 a 2 años de edad que acuden a los controles de crecimiento y desarrollo para conocer, identificar, mantener y mejorar el estado nutricional de su menor hijo. Además de mostrar interés y asumir el compromiso de participar voluntariamente de las sesiones.

Autoeficacia percibida: El hecho de que una persona este firmemente convencida de que una conducta es asumible, puede influir en que se alcance dicha conducta. La madre del niño de 6 meses a 2 años de edad está convencida que es responsable del progreso del crecimiento del niño en cada control para mejorar el estado de salud. Es la convicción de la madre que es posible realizar conductas promotoras de salud a partir del conocimiento brindado para mejorar y/o fortalecer la alimentación de su hijo. Se representó durante las sesiones de consejería nutricional en el taller demostrativo en la manipulación de los alimentos, preparación y exposición de una comida balanceada de acuerdo a la edad de su hijo.

Estado de salud percibido, referido al estado actual de sensación de bienestar o malestar que puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas favorecedoras de la salud. Por ejemplo, cuando las madres conocen e identifican el estado nutricional de sus niños, ya sea favorable o no inician las medidas preventivas para mejorar el estado nutricional y evitar enfermedades.

Beneficios Percibidos de la conducta, representado por aquellas personas que pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de salud al considerar que los beneficios son altos. Por ejemplo, las madres que acuden en forma continua al control del niño sano y participan activamente de las sesiones educativas brindadas por las enfermeras.

Factores Modificantes

Factores demográficos: “Son las características como la edad, sexo, raza, educación, ingreso económico, que afectan indirectamente a las conductas promotoras de salud. Este factor representado en el presente estudio por las características individuales de cada madre que participaron en las sesiones, en relación a su edad, educación, ingresos económicos que podrían afectar en la participación de una conducta promotora de salud”. (Martinez y Tullume, 2017)

Características biológicas: “Son patrones individuales relacionados con las conductas promotoras de salud”. (Martinez y Tullume, 2017)

Influencias interpersonales: Son los factores externos del individuo con la interrelación con otros. Este factor en el presente estudio estuvo relacionado con el entorno familiar y social de cada una de las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad, y la empatía con el investigador lo que pudo influenciar en el desarrollo de conductas promotoras de salud con la finalidad de mejorar el estado nutricional del niño.

Factores situacionales: Son los determinantes ambientales derivados de situaciones particulares que ponen a disposición del individuo opciones que las personas tienen para llevar a cabo conductas promotoras de salud, así como el fácil acceso a elegir responsablemente alternativas que favorezcan conductas promotoras, de lo contrario, aunque las personas tengan voluntad de poner en práctica dichas conductas encontrarán obstáculos para llevarlas a cabo y optar por lo único que tienen disponible. Así, esto no sea lo más adecuado.

Factores conductuales: “Son las destrezas cognitivas, psicomotoras previamente experimentados en acciones de promoción de la salud. Considera que esto incrementa la capacidad de las personas para efectuar conductas que promuevan su bienestar. Los conocimientos y habilidades previamente adquiridas facilitan la implementación de las conductas promotoras de salud”. (Martinez y Tullume, 2017)

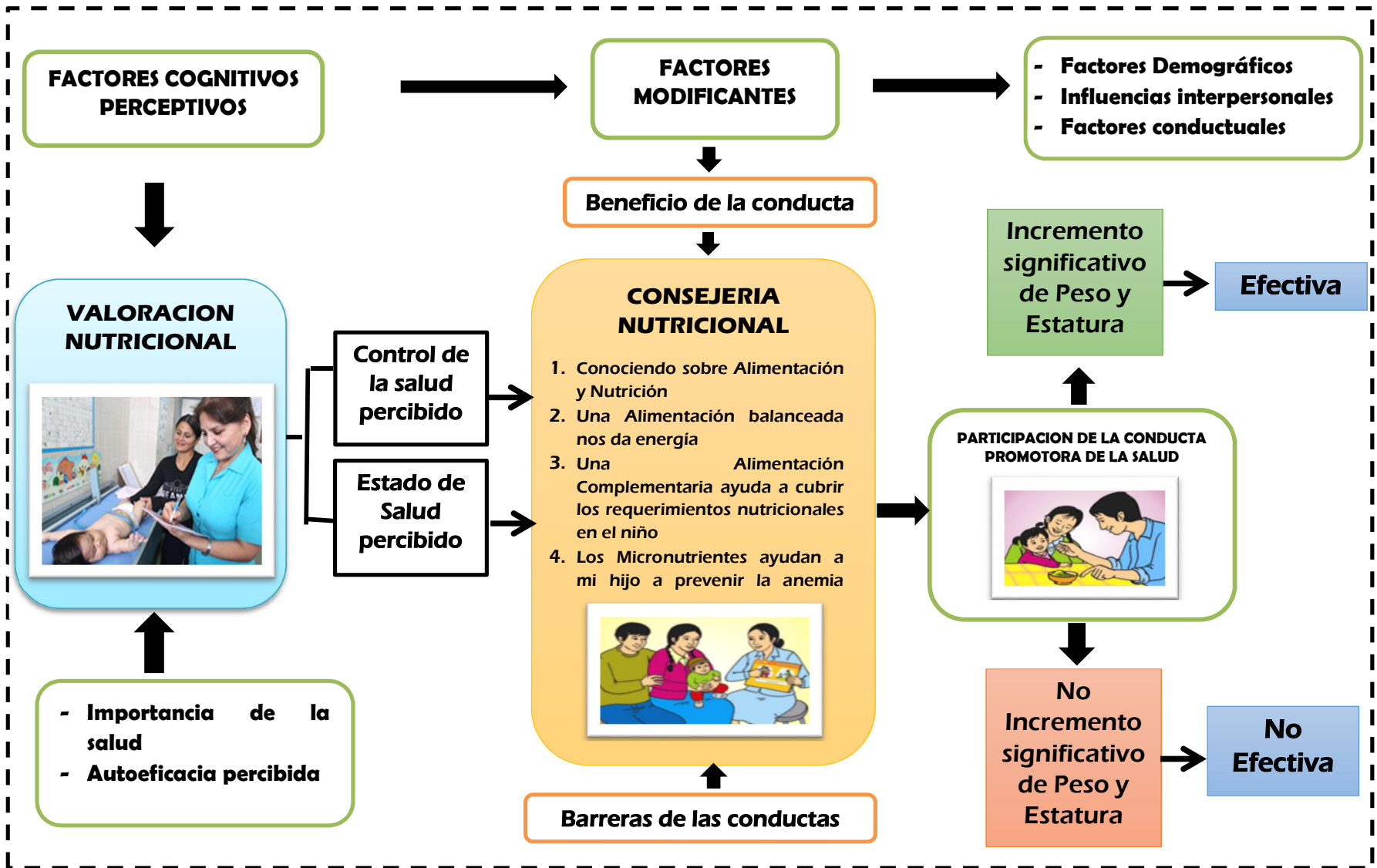
“El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura: La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado”. (Martinez y Tullume, 2017)

La Teoría Social-Cognitiva, o de Aprendizaje Social de Albert Bandura “que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta)”. (Hoyos, 2011)

“Modelo de valoración de expectativas de la valoración humana de Feather; afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. El modelo de promoción de la salud es un modelo conceptual que se formuló con el objetivo de integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud y generar así interrogantes para su comprobación posterior”. (Caceres y Vasquez, 2016)

En relación al presente estudio, el modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de las madres, en este caso la alimentación saludable, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

“La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria”. (Tasayco, 2016)



MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA DRA. NOLA PENDER ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

2.2. MARCO CONCEPTUAL

CONSEJERÍA NUTRICIONAL

“Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en consejería nutricional, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional” (R. M. – N° 870 - 2009/MINSA).

“El ámbito de una consejería puede ser intramural o extramural, 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. Es preciso recalcar que 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. Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto. La consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas” (OMS, 2006).

“La consejería es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución” (MINSA, 2010).

La conversación es esencial en los seres humanos. 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.

Es decir, la **consejería nutricional**, se define como “un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador, cuyo fin 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”. (MINSa, 2010).

Por otro lado, “la realización de una consejería nutricional, se da durante: la etapa del crecimiento y desarrollo normal de la niña o niño, el embarazo, la lactancia materna, en situaciones de riesgo nutricional o en procesos de enfermedades prevalentes de la infancia (EDA, IRA, entre otras)” (MINSa, 2010).

VALORACION NUTRICIONAL

“La valoración nutricional es la medición o evaluación cuantitativa obtenida a partir de estudios antropométricos según indicadores basados en la Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años -2011” (R. M. – N° 990 - 2010/MINSa).

“Así mismo es definida como la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos. Dicha información es utilizada para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes” (Figueroa, 2015) (Gibson, 2005).

En la presente investigación se evaluó a través del índice de ganancia de las medidas antropométrica de peso y talla. La valoración nutricional considera la medición del peso, talla, perímetro cefálico y perímetro de cintura. Estas variables se correlacionan con edad y sexo, y determinan indicadores que, al compararlos con estos patrones de referencia, permiten realizar la calificación del estado nutricional. Los gráficos permiten, además

establecer el canal y velocidad de crecimiento de niños, niñas y adolescentes, elemento de gran ayuda para la vigilancia nutricional individual (MINSA, 2018).

La calificación de los indicadores peso para edad (P/E), talla para la edad (T/E), peso por talla (P/T), índice de masa corporal por edad (IMC/E), perímetro cefálico/edad (PCe/E), perímetro cintura/edad (PC/E), más la anamnesis, examen físico y eventualmente exámenes de laboratorio, contribuyen al Diagnóstico Nutricional Integrado. Para los indicadores T/E y P/T, la medición de la talla en las curvas y tablas se diferencia en longitud (en niños y niñas menores de 2 años) y estatura (en niños o niñas mayores de 2 años). Para efectos del registro, las siglas T/E y P/T se mantienen en ambos grupos (MINSA, 2018).

Los indicadores antropométricos más usados son los siguientes:

Peso para la edad, “refleja el peso corporal en relación a la edad del niño durante un día determinado. La serie de pesos puede decirle si el peso del niño se está incrementando en el curso del tiempo, de manera que es un indicador útil del crecimiento. Este indicador es empleado para evaluar si el niño tiene peso bajo o peso muy bajo, pero no es empleado para la clasificación del niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso puede ser medido con relativa facilidad, es un indicador comúnmente empleado, pero no es confiable en situaciones cuando la edad del niño no puede ser determinada con precisión. Tampoco permite distinguir entre desnutrición aguda y crónica y entre baja ingesta de energía o de nutrientes” (OMS, 2010).

Peso para la talla, “refleja el peso corporal en proporción con el crecimiento alcanzado en longitud o talla. Las cartillas de peso para la talla permiten identificar niños con bajo peso para la talla o a aquellos que se encuentran emaciados o gravemente emaciados. Estas cartillas también ayudan a identificar a los niños con elevado peso para la longitud/talla, que pueden estar en riesgo de sobrepeso u obesidad” (OMS, 2010).

Talla para la edad, “refleja el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada durante el momento de la visita. Este indicador puede ayudar a identificar niños con talla baja (bajos para la edad), debido a una prolongada desnutrición o a repetidas enfermedades. También pueden ser identificados niños altos para su edad, pero la ‘altura’ es rara vez un problema, a no ser que sea excesiva y que pueda ser la manifestación de desórdenes endócrinos poco comunes” (OMS, 2010).

“La valoración nutricional se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Siendo la evaluación y monitoreo del crecimiento mediante la utilización de medidas antropométricas (peso, longitud, talla) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento” (MINSA, 2011).

“A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia. El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento (Curvas de crecimiento), que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño” (MINSA, 2011).

“Las desviaciones en el crecimiento temprano, se evidencia en la mal nutrición la cual puede darse por déficit (bajo peso, desnutrición aguda y severa) o Por exceso (sobrepeso, obesidad) pueden minar la salud de los niños y, por ende, su bienestar” (MINSA, 2011).

La valoración nutricional que es refleja en el crecimiento del niño puede ser evaluado a través de los indicadores antropométricos, sin embargo, es evaluado por medio de la ganancia de peso y talla por mes y/o día. Siendo calculado según la siguiente fórmula:

$$\text{Ganancia de peso} = \frac{\text{Peso actual} - \text{peso anterior}}{\text{Fecha actual} - \text{fecha anterior}} = \text{grs/mes}$$

$$\text{Ganancia de estatura/Talla} = \frac{\text{Talla actual} - \text{Talla anterior}}{\text{Fecha actual} - \text{fecha anterior}} = \text{cm/mes}$$

La valoración nutricional no permite evaluar el crecimiento del niño a través de la tendencia y velocidad del proceso los cuales se clasifica en:

Crecimiento adecuado, “cuando la condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (+/-2DE alrededor de la mediana). La tendencia de la curva es paralela a las curvas decrecimiento del patrón de referencia vigente” (Ministerio de Salud, 2017).

Crecimiento inadecuado, “cuando la Condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niña y niño tienen su propia velocidad de crecimiento, el que se espera que sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana. Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad” (+/- 2 DE) (Ministerio de Salud, 2017).

Alimentación del niño de 6 meses a 24 meses

“Desde el inicio de la humanidad la alimentación a través de la leche materna ha sido garantía de supervivencia, debido a que su composición de nutrientes es perfecta para el óptimo crecimiento del niño(a), el cual se va adaptando a sus necesidades en la medida en que crecen, por ello la alimentación es imprescindible para la vida, la cantidad adecuada de proteínas, grasas, azúcares y otros nutrientes es básica para que el cuerpo funcione correctamente” (OMS, 2010).

“El inicio de la alimentación complementaria en la mayoría de los países incluido nuestro país es a partir de los 6 meses de edad, debido a que las necesidades (energía y nutrientes) del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y de nutrientes (Dewey & Afarwuah, 2008). Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. En muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas” (OMS, 2010).

“Incluso después de la introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño. La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los aportados por los alimentos complementarios y, también, aporta factores protectores. Por lo tanto, se recomienda que la lactancia materna a demanda continúe hasta los 2 años de edad o más” (OPS/OMS, 2002).

“Los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del niño pequeño. Sin embargo, la alimentación

complementaria frecuentemente adolece de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, o reemplazan a la leche materna siendo de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria” (OPS/OMS, 2002).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. HIPÓTESIS CENTRAL DE LA INVESTIGACIÓN

Ha: La consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad es efectiva si se incrementa significativamente las medidas antropométricas.

Ho: La consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad no es efectiva si no incrementa o se mantiene significativamente las medidas antropométricas.

3.2. VARIABLES E INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

CONSEJERÍA NUTRICIONAL

Definición Conceptual

Proceso educativo que se establece entre el personal de enfermería y la madre o cuidador del niño para analizar las prácticas alimenticias fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y modificando las de riesgo poniendo en práctica un conjunto de estrategias de enseñanza aprendizaje significativas y participativas, seleccionadas y organizadas sistemáticamente. (MINSA, 2010)

Definición operacional: Se medirá mediante escala Nominal

- **Efectiva:** Si se incrementa significativamente las medidas antropométricas del niño de seis meses a dos años de edad.
- **No efectiva:** Si no incrementa o se mantiene significativamente las medidas antropométricas del niño de seis meses a dos años de edad.

3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

VALORACION NUTRICIONAL

Definición Conceptual

Es la medición o evaluación cuantitativa obtenida a partir de estudios antropométricos según indicadores basados en la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años - 2011 (R. M. – N° 990 - 2010/MINSA)

Definición operacional: siendo una variable numérica se medirá mediante escala continua.

❖ **Peso**

Adecuado: Si incrementa cada mes los gramos adecuados según sexo y edad.

Inadecuado: Si no incrementa o es nulo cada mes los gramos adecuados según sexo y edad.

❖ **Estatura/Talla**

Adecuado: Si incrementa cada mes los centímetros adecuado según sexo y edad.

Inadecuado: Si no incrementa cada mes los gramos adecuado según sexo y edad.

3.2.3. INDICADORES

CONSEJERÍA NUTRICIONAL

1. Alimentación y nutrición.
2. Higiene Alimentaria.
3. Alimentación complementaria.
4. Micronutrientes.

VALORACION NUTRICIONAL

- Peso
- Estatura/talla

3.3. MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de abordaje cuantitativo y de tipo cuasi experimental.

Es cuantitativo, porque utilizó métodos y técnicas de medición de la unidad de análisis, utiliza la recolección de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, con base en la medición numérica y el análisis estadístico.

Es cuasi experimental, porque los sujetos no se asignan al azar ni se emparejan, porque tales grupos ya existen. Aquellos sistemas de investigación donde el criterio de asignación de los sujetos o unidades a las condiciones de tratamiento o condiciones de estudio no se rige por las leyes del azar (Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez, 2013).

3.4. DISEÑO O ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación presenta un diseño cuasi experimental con pre test y post test con un sólo grupo y de corte longitudinal, el cual está esquematizado de la siguiente manera (Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez, 2013), (Sánchez y Reyes, 2009):

GE: O₁ X O₂

Donde:

G: La población de madres primíparas

O₁: Valoración nutricional antes de la consejería nutricional (Pre- test)

X: Consejería Nutricional

O₂: Valoración nutricional después de la consejería nutricional (Post- test)

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población en estudio estuvo conformada por 85 madres con sus respectivos niños de 6 meses a 2 años de edad, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño del Puesto de Salud “La Florida”.

Muestra

Estuvo constituida por n = 39 madres de niños de 6 meses a 2 años de edad que reúnen los criterios de inclusión, se utilizó la fórmula para calcular el tamaño de la muestra obtenida por muestreo no probabilístico, con un nivel de confianza del 95% y un error mínimo permitido del 5%. **(Anexo 6)**

Unidad de análisis

Estuvo constituido por la madre del niño de 6 meses a 2 años de edad, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño del Puesto de Salud “La Florida”.

Criterios de inclusión

- Madres de niños atendidos en el Puesto de Salud “La Florida”.
- Madres que sepan leer y escribir y acepten participar voluntariamente en el estudio con sus niños de 6 meses a 2 años de edad.
- Madres primíparas que alimenten y vivan con sus niños de 6 meses a 2 años de edad.
- Niños con antecedentes de nacidos a término y sano.
- Niños que asistan regularmente a sus controles de crecimiento y desarrollo.

3.6. ACTIVIDADES DEL PROCESO INVESTIGATIVO

Para la ejecución del presente estudio de investigación, se gestionó el permiso correspondiente en el Puesto de Salud La Florida. Se coordinó con la enfermera responsable del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño quien con su ayuda se determinó a las madres primíparas con sus niños de 6 meses a 2 años de edad que reúnen los criterios de inclusión. Se tuvo en cuenta el derecho de anonimato, libre participación y confidencialidad para la aplicación de los instrumentos, se informó sobre los objetivos de la presente investigación. Se realizó visitas domiciliarias para la aplicación de los instrumentos.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

La técnica utilizada fue la observación la que permitió obtener datos de las variables de estudio, los instrumentos utilizados fueron:

A. Ficha de condición del crecimiento y estado nutricional del niño (Anexo 2)

Basado en la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años (MINSAL, 2011) Se realizó a través de la valoración antropométrica: peso y talla de acuerdo a criterios establecidos por la Norma en mención permitiendo obtener el peso y la talla/ estatura inicial.

El formato tuvo como indicadores lo siguiente:

- Nombre del niño
- Nombre de la madre
- Domicilio:
- Fecha de nacimiento del niño
- Edad del niño
- sexo
- Peso y talla del niño(a) inicial.

Luego se verificó la condición del crecimiento y la valoración nutricional inicial teniendo en cuenta:

- **Tablas de valoración nutricional (Anexo 3)**

La tabla de valoración nutricional da muestras de los patrones de crecimiento de lactantes, niños y niñas menores de 5 años (OMS 2006). Permitiendo al profesional de enfermería dar un diagnóstico del estado nutricional pudiendo ser este normal o eutrófico o no eutrófico. Este dato importante permitió al investigador seleccionar la muestra del estudio y hacer un seguimiento a los niños sano (estado nutricional normal)

- **Tabla de ganancia de peso y talla según sexo (Anexo 4)**

Para la valoración nutricional se utilizó las Tablas de ganancia de peso y talla según edad y sexo en menores de 2 años, elaborado por la OMS 2006, son tablas que valoran la ganancia de peso y la talla del niño(a) y pueden ser utilizado por la enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo.

B. Consejería Nutricional (Anexo 5)

Las Sesiones de Consejería Nutricional elaborado por la autora del estudio, teniendo como base el Documento Técnico: Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil (MINSA, 2010) estuvo organizado en 4 sesiones educativas:

1. **“Conociendo sobre alimentación y nutrición”**, tuvo como objetivo que las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad, conozcan sobre alimentación y nutrición.
2. **“Una alimentación balanceada nos da energía”**, tuvo como objetivo que las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad, conozcan sobre la alimentación balanceada y su importancia en el crecimiento del niño.
3. **“Una alimentación complementaria ayuda a cubrir los requerimientos nutricionales en el niño”**, tuvo como objetivo que

las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad conozcan sobre la importancia de la alimentación complementaria.

4. **“Los micronutrientes ayudan a mi hijo a prevenir la anemia”**, tuvo como objetivo que las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad, conozcan sobre la suplementación con multimicronutrientes y la importancia para evitar la anemia.

Luego de aplicar las sesiones de consejería nutricional se aplicó nuevamente la Ficha de condición del crecimiento y estado nutricional del niño; con el propósito de identificar la valoración nutricional del niño y la efectividad de la consejería nutricional.

La efectividad de la consejería nutricional se evaluó de la siguiente manera:

Efectiva: Si se incrementa significativamente las medidas antropométricas del niño o niña en estudio.

No efectiva: Si no incrementa o se mantiene las medidas antropométricas del niño o niña en estudio.

3.8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos en el presente trabajo de Investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se coordinó con la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa y se solicitó la autorización correspondiente al Director del Puesto de Salud La Florida dando alcance sobre los objetivos de la investigación. También se coordinó con la enfermera responsable del consultorio de crecimiento y desarrollo del niño, para identificar a las madres con sus niños que reúnen los criterios de inclusión. Se seleccionó a las 39 madres con sus niños de 6 meses a 2 años de edad y se les brindó información sobre el propósito del estudio, por lo tanto, se solicitó su permiso y se entregó el consentimiento informado (**Anexo N° 1**), para que lo firmen como prueba de aceptación a colaborar en el estudio.

- Se procedió a aplicar el instrumento de recolección de datos: Ficha de condición del crecimiento y estado nutricional del niño (**Anexo N° 2**), antes que las madres reciban las sesiones de consejería nutricional. Este instrumento fue aplicado por la investigadora quien verificó el peso y talla de los niños los cuales permitió identificar la valoración nutricional inicial. El peso y la talla de los niños se obtuvo del carnet de crecimiento y desarrollo del niño(a) y se verificó con el padrón nominal de niños y niñas menores de 5 años del Puesto de Salud La Florida pudiendo determinar el estado nutricional del niño.
- Luego se realizó la Consejería Nutricional “Con una buena alimentación mi niño crecerá fuerte y sano” (**Anexo N° 5**) que consta de 4 sesiones. Cada sesión inició con una dinámica de motivación. En el desarrollo del tema se utilizó métodos como: activo participativo, expositivo participativo; y técnicas: grupal, participativa, interrogativa, demostrativa; para favorecer la atención de las madres a través de recursos didácticos, medios visuales o audiovisuales según el tema y finalmente se evaluó el aprendizaje de las madres en cada sesión. Después de realizar la primera sesión la siguiente se realizó después de 7 días y así sucesivamente hasta terminar la cuarta sesión.

1. SESION: “Conociendo sobre alimentación y nutrición”, se inició con una dinámica de motivación que tuvo como nombre “Presentando a un amigo” a través del método activo participativo, luego se realizó la recuperación de saberes previos a través de la técnica lluvia de ideas. Luego se procedió al desarrollo del tema a través del método expositivo participativo utilizando ayudas visuales como: el rotafolio, laminas ilustrativas y afiches. Finalmente se culminó con la evaluación del aprendizaje utilizando la técnica interrogativa; las madres respondieron algunas preguntas acerca del tema.

2. SESION: “Una alimentación balanceada nos da energía”, se inició con una dinámica de motivación que tuvo como nombre “¿Quién soy?” a través del método activo participativo, luego se realizó la recuperación de saberes previos a través de la técnica opinión

múltiple. Luego se procedió al desarrollo del tema a través del método expositivo participativo utilizando el rotafolio, laminas ilustrativas y afiches. Finalmente se culminó con la evaluación del aprendizaje utilizando la técnica de retroalimentación escrita; las madres formularon propuestas de una alimentación saludable: desayuno, almuerzo y cena.

3. SESION: “Una alimentación complementaria ayuda a cubrir los requerimientos nutricionales en el niño”, inició con una dinámica de motivación que tuvo como nombre “Tengo un hijo” a través del método activo participativo, luego se realizó la recuperación de saberes previos a través de la técnica grupal. Luego se procedió al desarrollo del tema a través del método expositivo, participativo, sesión educativa utilizando laminas ilustrativas y afiches. Finalmente se culminó con la evaluación del aprendizaje utilizando la técnica demostrativa; las madres prepararon y elaboraron un plato de alimentación saludable según la edad del niño.

4. SESION: “Los micronutrientes ayudan a mi hijo a prevenir la anemia”, inició con una dinámica de motivación que tuvo como nombre “¿Diga Usted Nombres de?” a través del método activo participativo, se realizó la recuperación de saberes previos a través de la técnica grupal. Se procedió al desarrollo del tema a través del método expositivo utilizando el rotafolio, laminas ilustrativas y afiches. Finalmente se culminó con la evaluación del aprendizaje utilizando la técnica interrogativa; las madres respondieron algunas preguntas acerca del tema.

- Luego de terminar las sesiones se aplicó nuevamente la Ficha de condición del crecimiento y estado nutricional del niño. Así mismo las sesiones se realizaron en el Puesto de Salud La Florida con la participación de la enfermera responsable del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño del establecimiento.

- Después de terminar las sesiones se realizó un seguimiento durante 5 meses que consistió en verificar el peso y la talla de los niños en sus controles mensuales en el consultorio de crecimiento y desarrollo. También se realizó las visitas domiciliarias inopinadas a las madres con sus niños de 6 meses a 2 años de edad en horarios de 12 del mediodía a 2 de la tarde para explorar y evaluar la alimentación del niño.
- Finalmente, el seguimiento de 5 meses permitió evaluar la ganancia de peso y talla con el propósito de identificar la valoración nutricional del niño y la efectividad de la consejería nutricional. A través de las tablas de ganancia de peso y estatura de la OMS.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos fueron clasificados, ordenados y codificados a través del programa Excel 2016 de Windows y para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS/info/software versión 23.0.

Previa declaración de los ítems según variable en estudio, se realizó el análisis de los datos considerando el criterio de eliminación aquellos casos que presentaron datos perdidos por encima del 10% del total de los ítems, luego se realizó la prueba de shapiro Shapiro-Wilk (**Anexo 6**) para contrastar la hipótesis de normalidad, dando como resultados que no existe normalidad.

Luego se realizó el análisis descriptivo, los resultados están representados en tablas simples, gráficos, cifras absolutas.

Para la prueba de hipótesis se realizó el análisis, empleando la prueba estadística paramétrica T student que permitió comparar las medias de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas.

CAPÍTULO IV

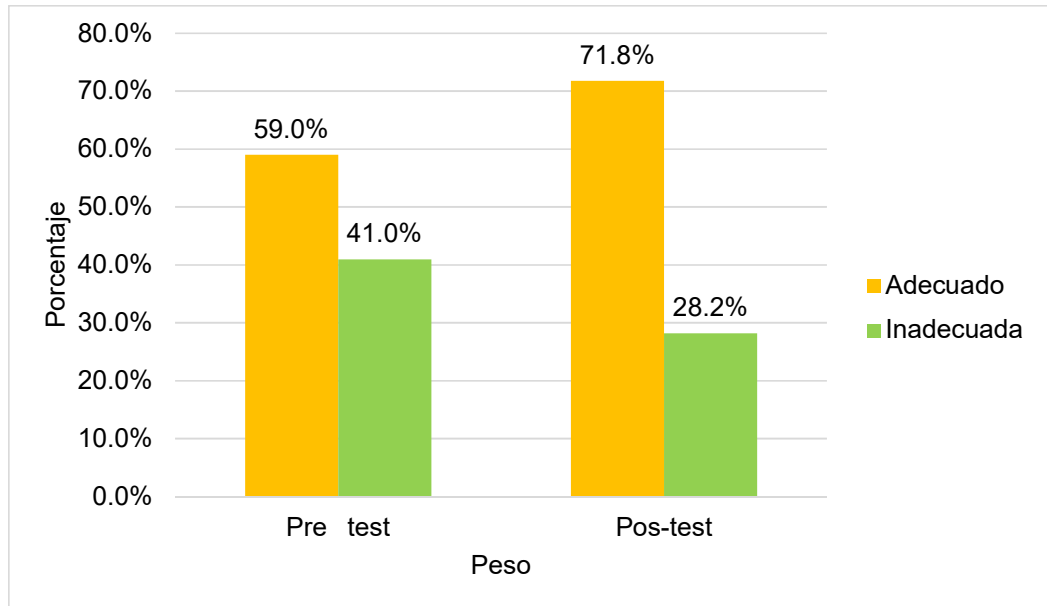
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Cuadro 1. Valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2018.

Peso	Pre test		Pos test	
	N	%	N	%
Adecuado	23	59,0	28	71,8
Inadecuada	16	41,0	11	28,2
Total	39	100,0	39	100,0

Fuente: Base de datos de la valoración de nutricional según tablas de ganancia de peso de la OMS

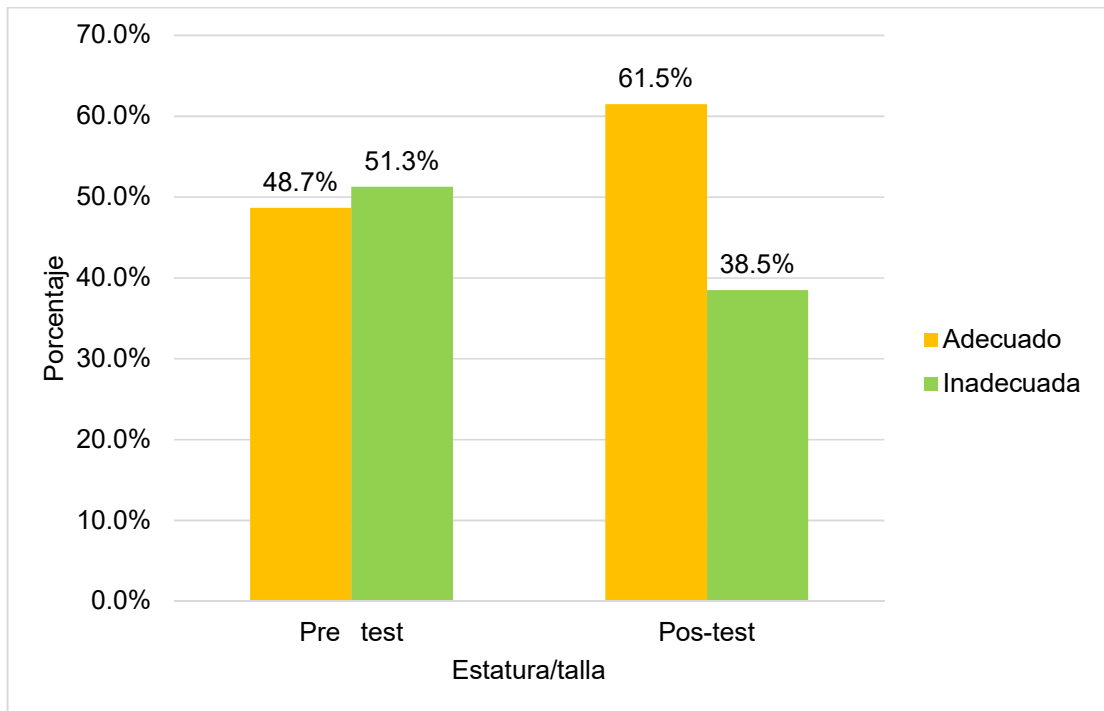


Gráfica 1. Valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2018.

Cuadro 2. Valoración nutricional según estatura del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2018.

Estatura/talla	Pre test		Pos test	
	N	%	N	%
Adecuado	19	48,7	24	61,5
Inadecuada	20	51,3	15	38,5
Total	39	100,0	39	100,0

Fuente: Base de datos de la valoración de nutricional según tablas de ganancia de peso de la OMS



Gráfica 2. Valoración nutricional según estatura del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Chimbote, 2018.

Cuadro 3. Efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad. Chimbote, 2018.

Variable	Media (Kg.)	Media de error estándar	Desviación estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		Formulación de hipótesis	t	gl	Sig. (bilateral)	Decisión
				Inferior	Superior					
Peso inicial (peso_i)	9.419	.231	1.44	8.950	9.887					
Peso final (peso_f)	10.978	.235	1.47	10.501	11.455	$H_0: X_d = 0$ $H_i: X_d \neq 0$	20,891	38	0,000 (p < 0,01)	Acepta la hipótesis alternativa
Peso_f- Peso_i	1.559	.0746	.46	1.408	1.710					Altamente significativo

Fuente: Análisis inferencial de la base de datos de valoración nutricional peso spss V° 23

Interpretación

Se evidencia que el peso promedio inicial de lactante fue 9,419 Kg. el cual incrementó significativamente a 10,978 Kg. después de la consejería nutricional. Ante la prueba de hipótesis t student, los resultados mostraron t= 20,891 y p= 0,000 p< 0,005 manifestando un alto nivel de significancia, por tanto, se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alternativa H_a

Cuadro 4. Efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional según estatura del niño de 6 meses a 2 años de edad. Chimbote, 2018.

Variable	Media (cm)	Media de error estándar	Desviación estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		Formulación de hipótesis	t	gl	Sig. (bilateral)	Decisión
				Inferior	Superior					
Estatura inicial	71.82	0.75	4.6	70.29	73.34					Se rechaza la hipótesis nula
Estatura final	78.38	0.67	4.2	77.01	79.75	$H_0: X_a = 0$	31,540	38	0,000	
Talla:f-tallai_i	6.5	0.19	1.2	6,11	6,95	$H_i: X_a \neq 0$				Altamente significativo

Fuente: Análisis inferencial de la base de datos de valoración nutricional peso spss V° 23

Interpretación

Se evidencia que la estatura promedio inicial fue 71,82 cm. el cual incremento significativamente a 78,38 cm. después de la consejería nutricional. Ante la prueba de hipótesis t student, los resultados mostraron $t = 31,540$ y $p = 0,000$ $p < 0,005$ manifestando un alto nivel de significancia, por tanto, se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alternativa H_a

4.2. DISCUSIÓN

En el **cuadro 1**, se presenta la valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre. Observándose que antes de la consejería nutricional el 59,0% presentó un peso adecuado y el 41,0% un peso inadecuado, después de la consejería nutricional y el seguimiento de 5 meses el 71,8% de los niños presentaron un peso adecuado y 28,2% un peso inadecuado.

Los resultados obtenidos, guardan relación con Gomes AI, Barros L, Pereira AI, et al. (2018) quienes a través de su investigación “Efectividad de una intervención en mejora de los patrones de alimentación de los niños pequeños” Los resultados mostraron que las intervenciones completas que constaron de cuatro sesiones grupales de padres sobre el crecimiento de los niños pequeños, las pautas nutricionales y la combinación de actividades en el hogar y boletines informativos mostraron mejoras en la ingesta de alimentos saludables para niños, en comparación con el grupo control que solo recibió asesoramiento nutricional.

De igual manera, con Kimani, E; Kyobutungi, C; Ezech, A y et al. (2015) en su estudio “Eficacia de asesoramiento nutricional personalizado basado en el hogar en las prácticas de alimentación infantil, la morbilidad y valoración nutricional de los lactantes en los barrios pobres de Nairobi”. Los resultados mostraron que la intervención domiciliaria en las prácticas de alimentación infantil fue altamente efectiva en la valoración nutricional del niño de 1 año de edad.

Los resultados obtenidos muestran que la intervención de enfermería a través de la consejería nutricional permite que la madre adquiera mayores conocimientos y experiencias las cuales son llevadas a la práctica alimentaria permitiendo que la mayoría de los niños tenga una ganancia de peso adecuado. Cabe señalar que todos los niños en estudio iniciaron con un estado nutricional normal fueron intervenidos y con un monitoreo de 5 meses. Sin embargo, existe un grupo minoritario de niños con ganancia

inadecuada. “La poca o ninguna ganancia o la pérdida de peso entre dos pesadas, son signos de insuficiente consumo de leche materna u otros alimentos, de que el niño o niña padece alguna enfermedad o de que no recibe suficiente atención. En estos casos, la familia debe tomar acciones para mejorar la alimentación, la salud y la atención del niño o la niña” (Unicef, 2018)

Los niños que presentaron un peso inadecuado están relacionados con enfermedades recurrentes como infecciones respiratorias y/o procesos diarreicos, pueden ser estos repetitivos. Además de una ingesta alimentaria baja durante el período de investigación, Álvarez y et al (2004) sugieren que los niños más pequeños son más vulnerables a los factores de riesgo ambiental

Otros estudios referentes a la recuperación nutricional, dan muestra que las intervenciones a través de programa permiten mejorar el estado nutricional, tal como presenta, Rodríguez, Suárez, lastre y et al (2017) quien en su investigación “Evaluación de un programa de recuperación nutricional muestran que en el indicador peso para la edad que el grupo de niños menores de dos años con riesgo de desnutrición global, lograron al final la recuperación nutricional disminuyendo estos índices e incrementándose los niveles de peso adecuado para la edad, resultados similares a los de Rodríguez y et al (2007), que encontraron una mejoría de los indicadores antropométricos en especial aquellos niños(a) con mayor deterioro nutricional”.

“La revisión bibliográfica manifiesta que, al llegar a los 4 meses, la mayoría de los bebés duplican el peso con el que nacieron y al año, lo triplican. A veces, un niño que comienza "rellenito" y parece estar creciendo adecuadamente puede aumentar menos de peso más adelante. Después de un tiempo, el crecimiento también puede hacerse más lento (Gupta, 2018). Una niña o niño sano y bien alimentado gana peso progresiva y permanentemente; por lo tanto, la ganancia de peso debe ser vigilada

mensualmente desde el nacimiento hasta los dos años, y de allí en adelante cada seis meses o cada año hasta los 5 años” (Unicef, 2018)

No obstante, el MINSA (2017) manifiesta que “el indicador antropométrico peso para la edad está relacionado al crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global, permite discriminar entre el niño adelgazado o excede. La medida del peso varía significativamente ante cualquier enfermedad”.

En el **cuadro 2**, se presenta la valoración nutricional según estatura/talla del niño 6 meses a 2 años de edad antes y después de aplicar la consejería nutricional a la madre, donde se observa que antes de la consejería nutricional el 48,7% de los niños presentaron una estatura adecuada y el 51,3% inadecuada; después de la consejería nutricional y el seguimiento de 5 meses el 61.5% de los niños presentaron una adecuada estatura y 38,5% una estatura inadecuado.

Rodríguez, Suárez, Lastre y et al (2017) quien en su investigación “Evaluación de un programa de recuperación nutricional” en el indicador estatura/talla muestran que los niños menores de 2 años después del programa incrementaron su talla de manera adecuada logrando superar este flagelo en su mayoría.

Los resultados obtenidos muestran que los niños en estudio después de la intervención a través de la consejería nutricional mejoran su ganancia de estatura, sin embargo, esto no supera la mayoría. Indicando que el indicador antropométrico no es tan sensible a cambios a corto plazo. Sin embargo, esto sugiere una vigilancia en la ganancia de talla.

Dado que, “Sí las condiciones ambientales no favorecen la máxima expresión del crecimiento, los niños no podrán alcanzar su potencial genético y tendrán una estatura baja en su vida adulta. Para modificar el retardo del crecimiento se requieren cambios estructurales de los factores

que inciden en él y sus efectos son transgeneracionales” (Álvarez & Montoya, 2004).

Existe escasas investigaciones que evalúen la efectividad de una intervención en incremento o ganancia de estatura. No obstante, Nair y et al. (2017) realizó revisión sistemática de artículos sobre los efectos de las intervenciones que integran combinaciones de promoción de alimentación de niños pequeños, la higiene mediante el lavado de manos con jabón, la prevención y la búsqueda de atención de enfermedades de la infancia, y la ganancia de estatura para la edad o longitud para la edad en sur de Asia desde el 2013 y hasta el 2017. Solo habiendo 6 ensayos, dicha revisión sistémica evidencia que todas las intervenciones educativas, higiénicas y suplementación generan una ganancia de estatura, sin embargo, esta no es tan sustancial es mínima en el crecimiento lineal. Tal como se evidencia en la presente investigación.

El indicador talla para la edad (T/E) refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica. Y es un indicador que puede verse vulnerable a la transición deficiente de la lactancia materna, a la alimentación complementaria, al aporte insuficiente de nutrientes, enfermedades recurrentes como infecciones respiratorias y/o procesos diarreicos que compromete el adecuado crecimiento, problemática que está muy relacionada a factores demográficos maternos, laborales, socioeconómicos que son causantes en la actualidad de la modificación continua en los patrones alimentarios de los niños. Este indicador permite detectar el retardo de crecimiento “desnutrición crónica” que se relaciona con la deprivación nutricional a la que ha estado sometido el niño (Dávila, 2013).

“El indicador Talla /estatura según edad permite observar el retardo de la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre.

Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida” (Ampuero, Martínez, Torres, & Ramirez, 2014)

Los padres primerizos se pueden sorprender al comprobar que su hijo no sigue creciendo tan deprisa como los primeros meses antes de la ablactancia. Pero ningún niño sigue creciendo al ritmo en que creció cuando era bebé. Después de cumplir 1 año, el crecimiento del bebé en longitud se enlentece. Y, a partir de los 2 años, el crecimiento en estatura suele mantener un ritmo medianamente sostenido hasta llegar a la adolescencia.

En el **cuadro 3** se presenta la efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional según peso del niño de 6 meses a 2 años de edad. Donde se observa que el peso promedio inicial de lactante fue 9,419 Kg. el cual incremento significativamente 1,559 gramos, siendo un total de 10,978 Kg. después de la consejería nutricional.

Ante la aplicación de la prueba de hipótesis t student, sobre la valoración nutricional peso, los resultados mostraron $t= 20,891$ y $p= 0,000$ $p < 0,005$] que el peso incremento significativamente después de la consejería nutricional, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa. Permitiendo afirmar que la consejería nutricional es efectiva en el incremento de las medidas antropométricas (peso).

Los resultados obtenidos son congruentes con Kimani, E y et al. (2017) quien en su estudio “eficacia del asesoramiento nutricional personalizado en el hogar en prácticas de alimentación infantil morbilidad y valoración nutricional” concluye que la intervención domiciliaria fue altamente efectiva en la valoración nutricional del niño de 1 año de edad $p < 0,001$.

A nivel nacional y regional, Brañes (2013) Vilca (2016) a través de sus investigaciones sobre intervención educativa preventivo promocional sobre las practicas alimentarias en estado nutricional del lactante. Concluyen que

las intervenciones mejoraron el estado nutricional de los lactantes $p < 0,005$.

Contexto similar y de mayor alcance se evidenció en un estudio en China occidental donde se realizó el seguimiento de cuatro años para evaluar la efectividad de la intervención el cual tuvo éxito al reducir la prevalencia de retraso del crecimiento. El grupo de intervención disminuyó el riesgo en un 12,3%. Según los investigadores esto es debido a que el primero informó que la lactancia materna tenía un efecto más fuerte en el crecimiento lineal que en el aumento de peso durante la infancia tardía y los años preescolares; En segundo lugar, la educación para la prevención de enfermedades primarias fue parte de la intervención, y puede haber mejorado la higiene y el saneamiento, se ha informado que mejora el crecimiento lineal; y tercero, la mayor ingesta de alimentos complementarios, como mezclas de pulso de cereales puede representar una ingesta mejorada de la calidad de los nutrientes (Liang, Xing, Pang, Wang, & Yan, 2018).

Lian y et al. (2018) manifiesta que es clave que para la intervención existe una comunicación efectiva entre el gobierno- municipio y aldea (zona de intervención) en la gestión de la atención de salud primaria, la amplia difusión de mensajes relacionados con la lactancia materna exclusiva óptima, y la instrucción sobre prácticas de alimentación complementaria y otras prácticas de atención de salud infantil.

Harol (2007) señala que un modelo común de promoción de la salud para mejorar la nutrición y el desarrollo infantil debe contar con tres componentes principales: (i) mejorar la ingesta nutricional (incluida la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, la provisión adecuada de alimentos al destete y la suplementación con micronutrientes); (ii) mejorar los servicios de salud y saneamiento; y (iii) mejorar el nivel de cuidado infantil, como los programas de estimulación infantil temprana y monitorear el crecimiento y desarrollo de los niños.

Marriner y et al (2011) menciona que el profesional de enfermería juega un rol preponderante en el cuidado de la salud, interviniendo a través de la aplicación, ejecución y evaluación de programas educativos en forma sostenible y de esta manera inducir a las personas por medio de la educación a modificar sus formas de comportamientos para prevenir enfermedades y complicaciones y promover estilos de vida saludable.

El Consejo Internacional de Enfermeras en Estados Unidos describe que el rol de la profesión “abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, y en todos los entornos”. “Esto incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas enfermas, con discapacidad y moribundas. En este contexto considera “la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud y en la gestión de los sistemas de salud y los pacientes, y la educación” como funciones clave de enfermería” (Consejo internacional de enfermería , 2014).

Por ello “el adecuado seguimiento, atención y promoción de la salud de la madre y del niño o niña, antes y durante el embarazo, en el parto y posparto, es una condición necesaria que contribuye a garantizar la salud de ambos y permite la identificación temprana de eventuales problemas y su adecuado tratamiento” (Unicef, 2018).

“Los lineamientos para el diseño de intervenciones educativo-comunicaciones en alimentación y nutrición, constituye un recurso valioso que ha definido práctica saludable de alimentación para los diferentes grupos vulnerables. Es así como la OPS y los países están dirigiendo su atención a tres micronutrientes —hierro, yodo y vitamina A con el objetivo de mejorar el estado nutricional de la población. En el marco de sus planes nacionales de alimentación y nutrición, 18 países incluido Perú han puesto en marcha programas de bajo costo para fortificar los alimentos con hierro y, en algunos casos, ácido fólico para reducir, respectivamente, la alta prevalencia de la anemia ferropénica y el cierre defectuoso del tubo neural,

sobre todo en las embarazadas y los niños de corta edad” (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

“La promoción de la salud es un campo en construcción, y aunque tiene ya décadas acumuladas en su conceptualización, como práctica social sigue siendo un terreno en el que aún hay bastante por producir y alcanzar. En la promoción de la salud se requiere avanzar en la producción de conocimiento, especialmente sobre los cómo, ya que la complejidad de la implementación de la práctica de la promoción de la salud se explica por la necesidad de articular múltiples actores y por ser construida sobre la base de la participación activa de los individuos y los grupos” (Fewerverker, 2002).

En el **cuadro 4** se presenta la efectividad de la consejería nutricional a la madre en la valoración nutricional según estatura/talla del niño de 6 meses a 2 años de edad. Chimbote, 2018. Donde se observa que la estatura promedio inicial fue 71,82 cm. el cual incremento significativamente 6,56 cm, siendo un total de 78,38 cm. después de la consejería nutricional.

Ante la aplicación de la prueba de hipótesis t student, sobre la valoración nutricional estatura, los resultados mostraron [$t= 31,540$ y $p= 0,000$ $p < 0,005$] que la estatura incremento significativamente después de la consejería nutricional. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa. Permitiendo afirmar que la consejería nutricional es efectiva en el incremento de las medidas antropométricas (estatura).

Los resultados obtenidos guardan relación con Bhutta, Z y et al (2008) quien a través de su grupo de estudio Desnutrición Materna e Infantil tuvo por objetivo evaluar el efecto potencial de la intervención preventivo–promocional en madres y niños menores de 36 meses, en 36 países que tienen el 90% de los niños con retraso del crecimiento lineal. Los resultados mostraron que las intervenciones diseñadas en mejorar la nutrición y prevenir enfermedades relacionadas pueden reducir el retraso en el crecimiento en un 36%, la mortalidad en un 25%; años de vida ajustados

en función de la discapacidad en un 25% ($p < 0,001$). Además, señaló que la educación sobre alimentación complementaria aumentó la altura para la edad Z puntuación de 0 · 25 (IC 95% 0 · 01–0 · 49), la provisión de complementos alimenticios aumentó la altura para la edad Z puntuación por 0 · 41 (0 · 05–0 · 76. Concluyendo que las estrategias preventivo promocionales y el complemento nutricional puede disminuir significativamente el retraso en el crecimiento a largo plazo (estatura).

La revisión bibliográfica evidencia que la efectividad de los programas de asesoramiento dentro de la atención primaria de salud mejorar la lactancia materna y otras prácticas de alimentación infantil, particularmente en países de ingresos medios y altos, sin embargo, existe poca evidencia de esto en los países de ingresos bajo. (Kimani, Kyobutung, Ezeh, & Wekesah, 2013). Los estudios han encontrado que, si bien las intervenciones que incluyen asesoramiento / apoyo a nivel de establecimiento de salud son efectivas, existen pruebas que sugieren que la combinación de asesoramiento / apoyo en el hospital con visitas a domicilio es más efectiva (Kimani, Kyobutung, Ezeh, & Wekesah, 2013).

También se ha encontrado que el modo de administración de la intervención es importante. Algunos estudios han indicado que las intervenciones que involucran el contacto cara a cara son más efectivas que aquellas que no involucran un contacto cara a cara, como el teléfono (Sikorski, Renfrew, Pindoria, & Wade, 2003). Además, si bien las intervenciones que incluyen un componente de asesoramiento / educación estructurada o asesoramiento / apoyo profesional solos o en combinación son efectivas para mejorar las prácticas de lactancia materna (Chung, Raman, Trikalinos, Lau, & Lp, 2008)

Las revisiones sistemáticas han examinado los efectos independientes de la promoción de la lactancia materna, la educación complementaria sobre alimentación, la suplementación de micronutrientes y alimentos prenatales y postnatales, la estimulación psicosocial, así como las intervenciones de agua, saneamiento e higiene en la puntuación Z de talla

para la edad o la talla para la edad Puntaje Z entre niños menores de 5 años en países de bajos y medianos ingresos. Todos incluyen tanto pequeños ($<0 \cdot 25$ SD) o nulos efectos encontrados en la talla para la edad Z puntuación o la longitud para la edad Z puntuación, lo que lleva a las peticiones de la combinación de todas o algunas de estas intervenciones, y un mayor enfoque en nutrición- Intervenciones sensibles. (Nair, y otros, 2017)

“La promoción de la salud como la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud y la política, hace referencia a que los individuos y los grupos deben tomar control sobre los determinantes de la salud como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el medio ambiente, la equidad y la justicia social. Vista de esta manera, la promoción de la salud es una estrategia que media la relación de las personas con el entorno, y la elección personal con la responsabilidad social para crear ambientes y futuro más saludables” (Villar, 2011)

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación, se detallan las siguientes conclusiones que:

- ❖ Respecto a la valoración nutricional según peso, antes de la consejería nutricional el 59,0% presentó un peso adecuado y el 41,0% inadecuado, después de la consejería nutricional incrementó el peso adecuado en los niños en más de un 70%.
- ❖ Respecto a la valoración nutricional según estatura/talla, antes de la consejería nutricional el 48,7% de los niños presentaron una estatura adecuada y el 51,3% inadecuada; después de la consejería nutricional el 61,5% de los niños presentaron una adecuada estatura y 38,5% una estatura inadecuada.
- ❖ La consejería nutricional tuvo una efectividad altamente significativa en la valoración nutricional según peso [$t= 20,891$ y $p= 0,000$] al incrementar de manera adecuada el peso promedio de los niños de 6 meses a 2 años de edad.
- ❖ La consejería nutricional tuvo una efectividad altamente significativa en la valoración nutricional según estatura/talla [$t= 31,540$ y $p= 0,000$ $p< 0,005$] al incrementar de manera adecuada la estatura promedio de los niños de 6 meses a 2 años de edad.
- ❖ Por tanto, se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la alternativa H_a Permitiendo afirmar que la consejería nutricional es efectiva en la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad.

5.2. Recomendaciones

En base a las diferentes situaciones acontecidas; se recomienda:

- ❖ Reevaluar el programa educativo elaborado con duración de mediano y largo plazo para que se logre un empoderamiento de las madres que les conducirá a una mejor calidad de vida para sus hijos y familia.
- ❖ Reforzar la capacitación en las madres realizando el seguimiento y evaluación permanente, para que los conocimientos adquiridos se mantengan y practiquen.
- ❖ El profesional de Enfermería debe conocer las características de la población, para sensibilizar a los participantes e integrarlos logrando que adopten y practiquen lo enseñado, así mismo fomentar su participación en el equipo multidisciplinario.
- ❖ Mejorar la consejería nutricional que se brinda durante los controles del niño en el Consultorio de Control y Crecimiento del Niño, teniendo en cuenta las características de su población.
- ❖ Que los profesionales de enfermería se involucren y tengan una participación más activa con la investigación de tipo cuasi experimental preventivo-promocional de la salud sobre todo en zonas de riesgo y en la población de niños menores de 3 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advanced Medical Nutrition. (12 de Marzo de 2014). *Malnutrición*. Recuperado de http://www.nutriciaclinico.es/pacientes_enfermedades/malnutricion_valoracion.asp
- Alarcón, M. (2008). *Prácticas Alimentarias: Relación con el consumo y Estado Nutricional Infantil*. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(2).
- Amaya, M. (2014). Prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014 (Tesis de maestría). Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, Peru. Recuperado de <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2877/42879.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, M., y Montoya, E. (2004). Velocidad media de ganancia de peso y estatura en niños de 2 A 10 años pertenecientes a familias del área rural del municipio de Marinilla-Antioquia. *Revista Española de Salud Pública*, 78(2), 257-266. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000200011&lng=es&tlng=es.
- Ampuero, A., Martínez, L., Torres, A., y Ramirez, R. (2014). *Factores socioeconómicos, demográficos y culturales relacionados con el estado nutricional en niños de 3 a 5 años*. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana .
- Bhutta, Z., Ahmed, T., Black, R., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., . . . Kirkwood, B. (2008). Grupo de Estudio sobre Desnutrición Materna e Infantil: ¿Qué funciona? Intervenciones para la desnutrición y supervivencia materna e infantil. *Lanceta*, 371, 417-440. doi:10.1016 / S0140-6736 (07) 61693-6.
- Bonzano, S., & Condori, C. (2017). *Efectividad del programa de consejería nutricional en el mejoramiento del nivel de conocimiento en madres de niños de 06 - 36 meses de edad. distrito de socos ayacucho-2017. Tesis para obtener el título profesional de Lic. en enfermería*. Ayacucho: Universidad Nacional de San cristobal de Huamanga .
- Brañes, D., Chávez, R., & Miranda, M. (2013). Efectividad del Programa “Ally Micuy” en la mejora del estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses del distrito de Chacas, región Ancash, Perú. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 6(2), 71-78.
- Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., Lau, J., & Lp, S. (2008). Intervenciones en la atención primaria para promover la lactancia materna: una revisión de la evidencia para el Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. *Ann Intern Med.*, 149, 565-582. doi:10.7326 / 0003-4819-149-8-200810210-00009
- Consejo internacional de enfermería . (2014). *Definition of Nursing*. CIE. Recuperado de <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.

- Dávila, A. (2013). *Evaluación del estado nutricional de niños menores de cinco años*. Peten, Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Del Castillo, S. (2012). La situación nutricional de la niñez en Latinoamérica: entre la deficiencia y el exceso, de brecha nutricional a deuda social. *Biomédica*, 32(4), 471-473. Recuperado de <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1526>.
- Diario Correo. (13 de Diciembre de 2014). Desnutricion infantil. *Desnutrición infantil: 19.423 casos*, págs. Recuperado de <http://diariocorreo.pe/politica-y-economia/desnutricion-infantil-19-423-casos-326375/>.
- Dirección Regional de Salud Ancash. (2017). *Informe de Gestión del Año*. Huaraz: DIRESA_Ancash. Recuperado de http://www.diresancash.gob.pe/doc_gestion/INDICADORES_DESEMPEÑO_2017.pdf
- Durán, M. (2008). *Relación entre los factores cognitivos perceptuales y modificantes, con las conductas promotoras de salud*. Caracas: Universidad de Venezuela Caracas.
- ENDES. (2018). *Encuesta demográfica y de salud familiar. Capítulo 10: Lactancia y nutrición niños y niñas y mujeres*. Lima: ENDES -INEI. Recuperado de https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap010.pdf
- FAO. (11 de Septiembre de 2018). *Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe*. Obtenido de FAO: Hambre aumenta en el mundo y en América Latina y el Caribe por tercer año consecutivo. Recuperado de <http://www.fao.org/americas/noticias/ver/es/c/1152160/>
- Fewerverker, L. (2002). Sistematización y promoción de la salud. *Simposio Internacional de Odontología* (págs. 15-26). Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Odontología.
- Figueroa, G. (2015). *Cátedra de Evaluación Nutricional*. Universidad de Buenos Aires. Argentina : Facultad de Medicina.
- Gibson, R. (2005). *Principios de evaluación nutricional* (2da ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Gomes, A., Barros, L., & Pereira, A. (2018). *Efectividad de una intervención de los padres en la escuela para mejorar los patrones de alimentación de los niños pequeños: un estudio piloto*. Reino Unido: Prensa de la Universidad de Cambridge.
- Gonzales, D., & Rodríguez, G. (2017). *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: Universidad de Huánuco.

- Guerra, E., Martínez, E., Arias, Y., Fonseca, R., & Martínez, A. (2017). Impacto de estrategia educativa sobre lactancia materna a futuras madres. 2005-2016. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 21(2), 28-43.
- Gupta, R. (2018). *Problema de crecimiento*. Obtenido de The Nemours Foundation : <https://kidshealth.org/es/parents/failure-thrive-esp.html>
- Harold, A. (2007). Mejora de la nutrición mediante la promoción del crecimiento comunitario: estudio longitudinal del programa de nutrición y desarrollo infantil temprano en Uganda. *World Dev.*, 35(8), 1376–89. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X07000708?via%3Dihub>
- INEI-ENDES. (2014). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013*. Lima : Instituto Nacional de estadística e Informática- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- Instituto Nacional de Salud. (2014). *Informe Ejecutivo Ancash – Situación Nutricional Centro Nacional de Alimentación y Nutrición*. Recuperado de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/ANCASH.pdf: Instituto Nacional de Salud.
- Kimani, E., Kyobutung, C., Ezeh, A., & Wekesah, F. (2013). Eficacia del asesoramiento nutricional basado en las prácticas de alimentación infantil en el hogar, la morbilidad y el estado nutricional de los lactantes en los barrios pobres de Nairobi. *BMC Public Health*, 27(14), 445.
- Kimani, E., Kyobutungi, C., Ezeh, A., Wekesah, F., & Wanjohi, M. (2015). Eficacia de asesoramiento nutricional personalizado basado en el hogar en las prácticas de alimentación infantil, la morbilidad y valoración nutricional de los lactantes en los barrios pobres de Nairobi. *Trials.*, 14:445. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24370263>
- Liang, W., Xing, y., Pang, M., Wang, D., & Yan, H. (2018). La educación de salud comunitaria mejora la atención de la salud infantil en la China occidental rural. *BCM Pediatr*, 18(1), 132. doi:10.1186 / s12887-018-1084-0.
- Marriner, A., & Raile, M. (2011). *Modelo y teorías de enfermería*. España: El Sevier.
- Mendez, E., & Pajuelo, J. (2018). *“Efectividad de un programa educativo para la adherencia de las madres en la suplementación con multimicronutrientes de niños (as) de 6 a 35 meses, caserío de carhua, distrito de pueblo libre – huaylas – ancash – 2018”*. Huaraz: Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”.
- Ministerio de Salud. (2017). *Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años*. Lima : Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- MINSA. (2010). *Consejería nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil*. Lima: Ministerio de Salud.

- MINSA. (2011). *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de Salud*. Ministerio de salud . Lima: Dirección General de salud de las Personas.
- MINSA. (2015). *Estado nutricional por etapas de vida en la población peruana; 2013-2014*. Lima: MINSA-Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
- Minsa. (2018). *Evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad*. Chile: Biblioteca Virtual Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/03/2018.03.16-Patrones-de-crecimiento-para-la-evaluaci%C3%B3n-nutricional-de-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes-2018.pdf>
- Nair, N., Tripathy, P., Satchev, H., Pradhan, H., Bhattacharyya, S., Gope, R., . . . Rath, S. (2017). Efecto de los grupos de mujeres participativos y el asesoramiento a través de visitas domiciliarias sobre el crecimiento lineal de los niños en las zonas rurales del este de la India (ensayo CARING): un ensayo controlado aleatorizado por grupos. *Lancet Glob Health*, 5(10), e1004-e1016. doi:10.1016 / S2214-109X (17) 30339-X.
- Nguyen, H., Eriksson, B., Nguyen, L., Petzold, M., Bondjers, G., & Ascher, H. (2012). Crecimiento físico durante el primer año de vida. Un estudio longitudinal en áreas rurales y urbano de Hanoi, Vietnam. *BMC Pediatr.*, 12(26), 12-26. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22409903>
- Nikièma, L., Huybregts, L., Martin-Prevel, Y., Donnen, P., Lanou, H., & Grosemans, J. (2017). Efectividad del asesoramiento personalizado sobre nutrición materna basado en las instalaciones para mejorar el crecimiento y la morbilidad infantil hasta los 18 meses:. *PLoS ONE*, 12(5), 1-26. Recuperado de <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0177839&type=printable>
- Núñez, I. (2010). Evaluación nutricional en niños: parámetros antropométricos. *Revista Gastrohnutp*, 12(3), 103-106. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10893/5779>
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagómez, A. (2013). *Metodología de la investigación científica y elaboración de tesis* (3 ed.). Lima: CEPREDIM.
- OMS. (2006). *Curso de capacitación sobre la evaluación Brindando consejería sobre crecimiento y alimentación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2010). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.
- OPS/OMS. (2002). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington Dc.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la salud. (2010). *Alimentación del lactante y niño pequeño*. Ginebra: OMS.

- Organización panamericana de la salud. (2008). *Promoción y protección de la salud de las personas*. Ginebra: OPS. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/d/ops94-97_chapter6.pdf
- Ostolaza, M., & Pereyra, A. (2016). "Conocimiento Y Actitud De La Madre Relacionado Con La Practica De La Lactancia Materna. Hospital La Caleta, Chimbote 2015". *Tesis para optar por el titulo de Lic. de Enfermería*. Chimbote: Universidad Nacional del Santa .
- Rodríguez, J., Suárez-Villa, M., Lastre, G., Gaviria, G., & Carrero, C. (2017). Evaluación de un programa de recuperación nutricional. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 36(6), 195-201. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/559/55954943011.pdf>
- Rodríguez, L., Pizarro, T., Benavides, X., & Atalah, E. (2007). Evaluación del impacto de una intervención alimentario nutricional en niños chilenos con malnutrición por déficit. *Rev. chil. pediatr*, 78(4), 376-383.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Editorial Visión Universitaria.
- Sikorski, J., Renfrew, M., Pindoria, S., & Wade, A. (2003). Apoyo para las madres que amamantan: una revisión sistemática. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 407-417. Recuperado de <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2003.00512.x>
- Teixeira, P., & Reis, B. (2013). Intervención nutricional para la educación como una herramienta eficaz para el cambio de los hábitos alimentarios y peso corporal entre los que practican actividades físicas. *Cien Saude Colet*, 18(2), 347-356. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- UNICEF. (2012). *Estado Mundial de la Infancia*. Ginebra: UNICEF.
- Unicef. (2018). *Vigilancia de Crecimiento*. Colombia: Unicef. Obtenido de https://www.unicef.org/colombia/pdf/nutri3_pg45-54.pdf
- UNICEF/OMS. (2012). *Estimaciones conjuntas de la desnutrición infantil del UNICEF y la OMS*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Vilca, G. (2016). "Intervención educativa sobre alimentación complementaria del lactante menor de un año para mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor Ate". *Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 4, 237-241. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011

Aristizabal Hoyos G, Blanco Borjas D, Sánchez Ramos A, Ostiguin Meléndez R.
Modelo de promoción de la Salud de Nola Pender. Enfermería Universitaria
ENEO- UNAM (internet). Diciembre 2011: 8 :4 (Consultado 2016 Octubre 13).
Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA ESCUELA DE POSTGRADO

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LIBRE ACEPTACIÓN

Por medio del presente invito a Ud. a participar de esta investigación que tiene como título: **“Efectividad de la Consejería Nutricional a la madre en la Valoración Nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad. Puesto de Salud La Florida. Chimbote, 2018”**, el propósito de este estudio es: **Conocer la Efectividad de la Consejería Nutricional a la madre**. El presente proyecto de investigación está siendo conducida por **Rao Torres Patricia Isabel**, estudiante de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el investigador. Entiendo que puedo finalizar mi participación en cualquier momento de la investigación sin que esto represente algún perjuicio para mí. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Como prueba del consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....
Nombres y Apellidos del participante

.....
FIRMA

.....
DNI



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO**

ANEXO N° 2

**FICHA DE CONDICIÓN DEL CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL DEL
NIÑO**

AUTOR: MINSA (2011) adaptado y utilizado por la autora del estudio.

DATOS GENERALES	
Nombre del Niño:	
Nombre de la Madre:	
Domicilio:	
Edad del niño:	Sexo: (M) (F)
Peso:	Talla:
Fecha de Nacimiento del niño:	
Puesto de Salud:	Fecha:

** Sólo para uso del personal investigador*

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO(A):	Al inicio del estudio		
	P/E	T/E	P/T
NORMAL			
DESNUTRICION			
SOBREPESO			
OBESIDAD			

Solo se seleccionarán los niños con diagnostico nutricional normal

ANEXO N° 3

TABLAS DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS




TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA EDAD

PESO (kg)	TALLA (cm) Jergón y estatura						
	60	65	70	75	80	85	90
12.0	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0
13.0	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0
14.0	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0
15.0	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0
16.0	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0
17.0	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0

TALLA PARA EDAD

TALLA (cm)	PESO (kg)						
	12	13	14	15	16	17	18
60	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0
65	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0
70	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0
75	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0
80	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0
85	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0
90	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
- Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro superior y clasifíquelo.

Peso	Clasificación
El peso corresponde a <math>< 2SD</math>	Deficiente
El peso corresponde a $2SD$ y $2SD$	Normal
El peso corresponde a $> 2SD$	Excesivo

* Puede evaluarse mejor con peso por talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
- Compare la longitud o talla del niño con los valores que aparecen en el recuadro superior y clasifíquelo.

Longitud o talla	Clasificación
La talla corresponde a <math>< 2SD</math>	Talla baja severa
La talla corresponde a $2SD$	Talla baja
El niño se encuentra entre $2SD$ y $2SD$	Normal
La talla corresponde a $> 2SD$	Excesiva

© 2014 por el Comité Científico de Expertos en Nutrición Infantil
Código: 0105-0002

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla entre los valores límites de la columna de referencia (a la izquierda).
- Talla entre <math>< 2SD</math> y <math>< 1SD</math>







TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA TALLA

PESO (kg)	TALLA (cm)						
	60	65	70	75	80	85	90
12.0	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0
13.0	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0
14.0	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0
15.0	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0
16.0	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0
17.0	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Talla, la talla del niño.
- Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro superior y clasifíquelo.

Peso	Clasificación
El peso corresponde a <math>< 2SD</math>	Malnutrición
El peso corresponde a $2SD$	Normal
El niño se encuentra entre $2SD$ y $2SD$	Normal
El peso corresponde a $> 2SD$	Subnutrido
El peso corresponde a $> 3SD$	Obesidad

© 2014 por el Comité Científico de Expertos en Nutrición Infantil
Código: 0105-0002

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso entre los valores límites de la columna de referencia (a la izquierda o hacia el exterior).
- Peso <math>< 2SD</math> y <math>< 1SD</math>
- Peso $> 3SD$

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)						
	Desnutrido severo	Desnutrido	NORMAL			Exceso	Obesidad
	< -3DE	≥ -3DE	> -2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≥ 3DE

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Talla, la talla de la niña.
- Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar.

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
≥ al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
≥ al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

DE: Desviación Estándar
<: Menor >: mayor ≥: mayor o igual ≤: menor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ 2DE y < -1DE
- Peso > 1DE y ≤ 2DE

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11706

© Ministerio de Salud
Av. Salaverry cuatro 8 s/n. Jesús María, Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
Cajal Huancayo 1400, Jesús María, Lima, Perú.
Tel: 0051-1-471-9420 Fax: 0051-1-471-0179
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Área de Normas Técnicas
Jr. Tarma y Sucre 176 Jesús María,
Teléfono 2051-1-485-0216 Fax 0051-1-4828617
Lima, Perú, 2007. 1ª Edición

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA EDAD

TALLA PARA EDAD

Peso (kg)	TALLA (cm) (longitud / estatura)			
		Normal	Desnutrido	Obesidad
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
< -2DE	> -2DE	≥ 1DE	> 3DE	> 3DE

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
- Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar.

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -2DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	Sobrepeso*

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
- Compare la longitud o talla de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar.

Longitud o Talla:	Clasificación
< a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja severa
≥ a la talla correspondiente a -2 DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2 DE	Talla alta

DE: Desviación Estándar <: menor >: mayor ≥: mayor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre ≥ -2DE y < -1DE

ANEXO N° 4


TABLAS SIMPLIFICADAS DE VELOCIDAD DE GANANCIA DE PESO Y ESTATURA SEGÚN SEXO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Simplified field tables




2-month weight increments (g) BOYS							
Birth to 24 months (z-scores)							
Interval	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0-2 mo	862	1285	1737	2216	2718	3243	3788
1-3 mo	795	1165	1564	1992	2446	2926	3430
2-4 mo	480	773	1093	1438	1808	2202	2619
3-5 mo	282	543	831	1145	1484	1846	2233
4-6 mo	131	373	644	941	1264	1612	1984
5-7 mo	16	242	497	778	1084	1414	1769
6-8 mo	-64	154	400	673	970	1292	1636
7-9 mo	-126	89	332	601	896	1213	1553
8-10 mo	-181	32	275	544	837	1153	1491
9-11 mo	-233	-18	229	502	799	1119	1459
10-12 mo	-278	-56	197	478	783	1110	1458
11-13 mo	-318	-91	169	458	771	1105	1459
12-14 mo	-353	-122	144	437	754	1092	1448
13-15 mo	-383	-149	119	414	732	1069	1424
14-16 mo	-405	-168	103	401	719	1057	1410
15-17 mo	-421	-179	98	399	722	1061	1416
16-18 mo	-434	-187	95	401	726	1068	1424
17-19 mo	-446	-195	90	398	725	1067	1422
18-20 mo	-457	-203	84	393	719	1059	1412
19-21 mo	-467	-211	78	387	712	1051	1401
20-22 mo	-477	-218	72	382	707	1044	1391
21-23 mo	-486	-224	68	378	703	1039	1385
22-24 mo	-495	-230	65	376	701	1037	1382
WHO Growth Velocity Standards							


Simplified field tables

2-month weight increments (g) GIRLS Birth to 24 months (z-scores)						 World Health Organization	
Interval	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0-2 mo	742	1085	1489	1897	2388	2884	3445
1-3 mo	695	991	1330	1714	2148	2630	3167
2-4 mo	465	709	989	1307	1667	2071	2522
3-5 mo	304	528	783	1074	1400	1766	2172
4-6 mo	156	367	609	883	1189	1528	1901
5-7 mo	34	241	477	742	1037	1361	1714
6-8 mo	-61	148	386	651	944	1263	1607
7-9 mo	-136	75	315	581	872	1186	1522
8-10 mo	-199	13	253	517	803	1110	1437
9-11 mo	-246	-30	212	478	765	1070	1393
10-12 mo	-280	-60	188	458	748	1055	1378
11-13 mo	-311	-86	167	441	734	1043	1367
12-14 mo	-336	-107	150	428	724	1037	1363
13-15 mo	-358	-125	137	420	721	1038	1368
14-16 mo	-375	-138	128	416	723	1046	1383
15-17 mo	-389	-149	123	418	731	1062	1406
16-18 mo	-402	-159	117	417	738	1076	1428
17-19 mo	-414	-171	108	413	739	1083	1443
18-20 mo	-426	-183	99	407	738	1088	1455
19-21 mo	-438	-194	89	402	738	1093	1466
20-22 mo	-450	-207	78	393	733	1093	1471
21-23 mo	-462	-221	64	381	722	1085	1466
22-24 mo	-474	-234	50	367	710	1074	1457
WHO Growth Velocity Standards							

Simplified field tables

2-month length increments (cm) BOYS		 World Health Organization					
Birth to 24 months (z-scores)							
Interval	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0-2 mo	5.1	6.2	7.3	8.5	9.6	10.8	11.9
1-3 mo	4.1	5.0	6.0	7.0	8.0	9.0	10.0
2-4 mo	2.7	3.7	4.6	5.6	6.5	7.5	8.5
3-5 mo	1.7	2.6	3.6	4.5	5.4	6.4	7.4
4-6 mo	1.1	1.9	2.8	3.7	4.6	5.6	6.5
5-7 mo	0.7	1.5	2.4	3.2	4.1	5.0	5.9
6-8 mo	0.5	1.3	2.1	3.0	3.8	4.7	5.5
7-9 mo	0.4	1.2	2.0	2.8	3.6	4.5	5.4
8-10 mo	0.3	1.1	1.9	2.7	3.5	4.4	5.2
9-11 mo	0.2	1.0	1.8	2.6	3.4	4.2	5.1
10-12 mo	0.2	0.9	1.7	2.5	3.3	4.1	4.9
11-13 mo	0.1	0.8	1.6	2.4	3.2	4.0	4.8
12-14 mo	0.0	0.7	1.5	2.3	3.1	3.9	4.8
13-15 mo	0.0	0.7	1.4	2.2	3.0	3.8	4.7
14-16 mo	0.0	0.6	1.3	2.1	2.9	3.8	4.6
15-17 mo	0.0	0.5	1.3	2.1	2.9	3.7	4.5
16-18 mo	0.0	0.4	1.2	2.0	2.8	3.6	4.5
17-19 mo	0.0	0.4	1.2	1.9	2.8	3.6	4.4
18-20 mo	0.0	0.3	1.1	1.9	2.7	3.5	4.4
19-21 mo	0.0	0.3	1.0	1.8	2.7	3.5	4.4
20-22 mo	0.0	0.2	1.0	1.8	2.6	3.5	4.3
21-23 mo	0.0	0.2	0.9	1.8	2.6	3.4	4.3
22-24 mo	0.0	0.1	0.9	1.7	2.5	3.4	4.3
WHO Growth Velocity Standards							

Simplified field tables

2-month length increments (cm) GIRLS		 World Health Organization					
Birth to 24 months (z-scores)							
Interval	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0-2 mo	4.6	5.7	6.8	7.9	9.0	10.1	11.3
1-3 mo	3.5	4.5	5.4	6.4	7.3	8.3	9.3
2-4 mo	2.4	3.3	4.2	5.2	6.1	7.0	7.9
3-5 mo	1.6	2.5	3.4	4.3	5.2	6.1	7.0
4-6 mo	1.0	1.9	2.7	3.6	4.5	5.3	6.2
5-7 mo	0.7	1.5	2.4	3.2	4.0	4.8	5.7
6-8 mo	0.5	1.3	2.2	3.0	3.8	4.7	5.5
7-9 mo	0.4	1.2	2.1	2.9	3.7	4.5	5.4
8-10 mo	0.4	1.1	1.9	2.7	3.5	4.3	5.2
9-11 mo	0.3	1.1	1.8	2.6	3.4	4.2	5.0
10-12 mo	0.2	1.0	1.8	2.5	3.3	4.1	4.9
11-13 mo	0.1	0.9	1.7	2.4	3.2	4.0	4.8
12-14 mo	0.1	0.8	1.6	2.4	3.1	3.9	4.7
13-15 mo	0.1	0.7	1.5	2.3	3.1	3.9	4.6
14-16 mo	0.1	0.7	1.4	2.2	3.0	3.8	4.6
15-17 mo	0.1	0.6	1.4	2.2	3.0	3.8	4.6
16-18 mo	0.1	0.5	1.3	2.1	2.9	3.7	4.5
17-19 mo	0.1	0.4	1.2	2.0	2.9	3.7	4.5
18-20 mo	0.1	0.4	1.2	2.0	2.8	3.6	4.4
19-21 mo	0.1	0.3	1.1	1.9	2.7	3.5	4.3
20-22 mo	0.0	0.3	1.1	1.9	2.7	3.5	4.3
21-23 mo	0.0	0.2	1.0	1.8	2.6	3.4	4.2
22-24 mo	0.0	0.2	1.0	1.8	2.6	3.4	4.2
WHO Growth Velocity Standards							

ANEXO N° 5

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIA DE ENFERMERÍA**



**SESIONES DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL
"CON UNA BUENA ALIMENTACIÓN MI
NIÑO CRECERA FUERTE Y SANO"**



**Dirigido a madres de niños de 6 meses a 2 años
de edad**

RESPONSABLE:

LIC. PATRICIA ISABEL RAO TORRES

ASESORA: DRA. CARMEN SERRANO VALDERRAMA

2018

SESIONES DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL

“CON UNA BUENA ALIMENTACION MI NIÑO CRECERA FUERTE Y SANO”

I. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. DIRIGIDO: A madres de niños de 6 meses a 2 años de edad que se atienden en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud “La Florida” – Chimbote.

1.2. RESPONSABLE: Lic. Patricia Isabel Rao Torres

1.3. ASESORA: Dra. Carmen Serrano Valderrama

II. PLANIFICACIÓN:

2.1. MARCO REFERENCIAL:

Justificación

Un estado nutricional óptimo favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud general, brinda apoyo a las actividades cotidianas y protege al individuo de las enfermedades y trastornos. Cualquier situación de desequilibrio por deficiencia o exceso de nutrientes, comprometerá el estado nutricional y sus funciones vitales. De ahí, la importancia de aplicar técnicas apropiadas para la valoración nutricional, que permitan detectar si hay deficiencias nutricionales en las primeras fases del desarrollo, de esta manera, se podrá mejorar el consumo alimentario antes de que sobrevenga un trastorno más grave que lo lleve a la malnutrición (MINSa, 2011).

La evaluación del estado nutricional a través de las mediciones del peso y talla son la base del monitoreo del crecimiento del niño y niña. Utilizando los patrones internacionales de crecimiento permiten clasificar al niño en: normal, desnutrido moderado o severo, sobrepeso u obeso.

La alimentación complementaria es tal vez uno de los procesos con mayor vulnerabilidad para el estado nutricional de los niños menores de dos años. Por

tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional del niño (MINSA, 2010).

El estado nutricional de los niños menores de dos años es mejor cuando son atendidos exclusivamente por sus madres y cuando éstas son mejor educadas. Es por ello que el nivel educativo de la madre es importante para el cuidado del niño porque durante su crecimiento, se llevan a cabo cambios fundamentales en los patrones de la alimentación y el tipo de alimento. Siendo la madre la persona responsable del cuidado del niño la cual debe tener el tiempo, los conocimientos y las destrezas adecuadas para la adecuada distribución de los alimentos dentro de la familia y debe conocer los alimentos que necesitan los niños menores de dos años.

La consejería nutricional que brinda la enfermera en el componente de crecimiento y desarrollo constituye un momento importante para dar a conocer a la madre sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria contemplando valores, hábitos y prácticas de los sujetos cuidadores; identificando las diferencias y similitudes del cuidado para finalmente ofrecer acciones sensitivas y competentes desde la perspectiva cultural. Es necesario considerar la consejería nutricional para el logro de un adecuado desarrollo ponderal y por ende cubrir las necesidades nutricionales; ya que desde los primeros días de vida el crecimiento físico y desarrollo psicomotor del niño asciende notablemente (OMS, 2010).

Por ello la enfermera, en el rol educativo, debe considerar en todos los casos los aspectos culturales para garantizar que el mensaje sea captado claramente por la madre y el cuidado sea de acuerdo a su realidad; además en este mensaje debe estar inmerso los aspectos preventivo promocionales con lo cual se va a asegurar la atención que le proporciona la madre a su niño (FAO, 2014).

2.2. OBJETIVOS:

➤ Objetivo General:

Las madres de niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Puesto de Salud La Florida, conocieron como alimentar adecuadamente a su niño, después de aplicar las sesiones de consejería nutricional.

➤ Objetivos Específicos:

Al término de las sesiones de consejería nutricional las madres del niño de 6 meses a 2 años de edad estuvieron en condiciones de:

- Diferenciar entre alimentación y nutrición.
- Identificar los grupos de alimentos y las funciones principales de los nutrientes.
- Practicar medidas de higiene alimentaria.
- Conocer y preparar una alimentación nutritiva según la edad del niño.
- Preparar correctamente los micronutrientes en el niño de 6 meses a 2 años de edad.

2.3. MARCO CONCEPTUAL:

Las sesiones de consejería nutricional cuentan con los siguientes aspectos conceptuales:

Los factores cognitivos perceptuales presentados por Nola Pender en su Modelo de promoción de la salud dentro de ellos consideramos para el presente estudio: Importancia de la salud, percepción del control de la salud, percepción de la propia eficacia, percepción de los beneficios de las conductas promotoras de la salud.

Dentro de los factores modificantes tenemos:

Características demográficas, influencias interpersonales, factores de situación y factores conductuales.

2.4. MARCO ESTRUCTURAL:

Las Sesiones de consejería nutricional “Con una buena alimentación mi niño crecerá fuerte y sano” se desarrollarán en cuatro sesiones dirigido a las madres de niños de 6 meses a 2 años de edad, el contenido está basado en el Documento Técnico: Consejería Nutricional en el marco de la Atención de Salud Materno Infantil (MINSA, 2010).

Las actividades o sesiones estarán a cargo de la autora del estudio en coordinación con el personal profesional de enfermería del Puesto de Salud “La Florida”.

2.5. ESTRATEGIA METODOLOGICA:

Las sesiones de consejería nutricional se realizaron mediante secuencias didácticas que incluyen los procesos pedagógicos de inicio, proceso y salida. Además de la metodología como el método y la técnica.

METODOS:

- **Método Deductivo:** Se presentó conceptos, principios, definiciones o afirmaciones, se examinó casos particulares sobre las bases de las afirmaciones generales propuestas.
- **Método Inductivo:** Se presentó conceptos, principios de temas particulares de las cuales las madres fortalecieron sus conocimientos a afirmaciones generales.
- **Método Activo:** Las sesiones de consejería nutricional se desarrollaron con la participación activa de las madres, actuando de manera física y mentalmente para lograr un auténtico aprendizaje.
- **Método Colectivo:** El proceso de enseñanza aprendizaje, se llevó de manera masiva haciendo uso de técnicas participativas.

TECNICAS:

En el desarrollo de las Sesiones de consejería nutricional se utilizó técnicas participativas y recursos aplicados a las ciencias de la salud, tales como materiales visuales, escritos y gráficos (rotafolios, trípticos, recetarios, afiches, láminas), materiales audiovisuales. Las técnicas que se utilizarán son:

- Técnicas de animación
- Técnicas visuales: escritos y gráficos
- Técnicas audiovisuales
- Técnica de lluvia de ideas
- Técnica grupal
- Técnica interrogativa

III. RECURSOS ADMINISTRATIVOS Y LOGISTICOS:

- **Recursos Humanos:**

- ✓ Responsable: Lic. Patricia Isabel Rao Torres.
- ✓ Participantes: Madres de niños de 6 meses a 2 años de edad.

- **Recursos Materiales:**

Elaboración de materiales didácticos y desarrollo del tema:

- ✓ Papel bond A4 80gr.
- ✓ Papel sabana
- ✓ Cartulinas de colores
- ✓ Lápices
- ✓ Lapiceros
- ✓ Colores
- ✓ Plumones de colores delgados
- ✓ Plumones gruesos
- ✓ Cinta masking - take
- ✓ Papel lustre

- **Recursos Institucionales:**

- ✓ Universidad Nacional del Santa
- ✓ Puesto de Salud "La Florida" - Chimbote

IV. EJECUCIÓN:

CRONOGRAMA DE SESIONES DE CONSEJERIA NUTRICIONAL

N°	TITULO	FECHA	RESPONSABLE
1	Conociendo sobre alimentación y nutrición	Octubre	Lic. Patricia Isabel Rao Torres
2	Una alimentación balanceada nos da energía	Octubre	Lic. Patricia Isabel Rao Torres
3	Una alimentación complementaria ayuda a cubrir los requerimientos nutricionales en el niño	Octubre	Lic. Patricia Isabel Rao Torres
4	Los micronutrientes ayudan a mi hijo a prevenir la anemia	Octubre	Lic. Patricia Isabel Rao Torres

V. EVALUACIÓN

- **Evaluación diagnóstica:** Se determinó la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad antes de aplicar el programa de consejería nutricional a la madre del niño de 6 meses a 2 años de edad.
- **Evaluación formativa:** Se realizó durante el desarrollo de las sesiones de consejería nutricional mediante evaluaciones orales y escritas, contenidas en las respectivas sesiones del programa.
- **Evaluación sumativa:** Se determinó la valoración nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad después de aplicar el programa de consejería nutricional a la madre del niño de 6 meses a 2 años de edad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD (2011) Documento técnico. Lineamientos de gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Lima.
2. MINSA, Unicef y OPS (2009) Lineamientos de nutrición Materno Infantil. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima.
3. MINSA. (2011). *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años*: Ministerio de salud. Dirección General de salud de las Personas. Lima.
4. MINSA (2010) Nutrición por etapa de vida. Alimentación complementaria del lactante de 6 a 24 meses.
5. MINSA (2010) Documento Técnico. Consejería nutricional. En el marco de la atención de salud materno infantil. Lima.
6. OMS. (2010). *Alimentación del lactante y niño pequeño*.
7. OMS. (2006). *Curso de capacitación sobre la evaluación Brindando consejería sobre crecimiento y alimentación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
8. Alarcón, M. (2008). *Prácticas Alimentarias: Relación Con El Consumo Y Estado Nutricio Infantil*. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(2).
9. FAO. (2014). *Por qué la nutrición es importante. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición* (págs. Fecha de acceso. 29 de Agosto del 2016. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-as603s.pdf>). Razuri: FAO.

SESIONES DE CONSEJERIA NUTRICIONAL



Temario

- 1. Conociendo sobre Alimentación y Nutrición**
- 2. Una Alimentación balanceada nos da energía**
- 3. Una Alimentación Complementaria ayuda a cubrir los requerimientos nutricionales en el niño**
- 4. Los Micronutrientes ayudan a mi hijo a prevenir la anemia**

1. SESIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL “CONOCIENDO SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN”

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. **TEMA:** ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
- 1.2. **DIRIGIDO:** Madres de niños de 6 meses a 2 años de edad
- 1.3. **LUGAR:** P. S. La Florida
- 1.4. **FECHA:** Octubre
- 1.5. **DURACION:** 45 minutos
- 1.6. **RESPONSABLE:** Lic. Patricia Isabel Rao Torres

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General

Las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad, conocieron sobre alimentación y nutrición.

2.2. Objetivos Especifico:

Al finalizar la sesión de consejería nutricional las madres:

- Identificaron los grupos de alimentos según su origen y procedencia.
- Conocieron la importancia de los nutrientes en la alimentación del niño.
- Identificaron el valor nutritivo de algunos alimentos y las funciones principales de los nutrientes.

III. RECURSOS DIDÁCTICOS:

- Laminas ilustradas
- Dípticos o Trípticos
- Rotafolios

IV. CONTENIDO:

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

1. LA ALIMENTACIÓN

LA ALIMENTACIÓN consiste en proporcionar al cuerpo los alimentos (sólidos o líquidos) que se han seleccionado y preparado previamente. Es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. La alimentación es, por tanto, una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia.

LA NUTRICIÓN consiste en obtener los nutrientes que hay en los alimentos, mediante un conjunto de procesos físicos y químicos, y hacerlos llegar a todas las células, para que éstas puedan funcionar.

Una persona puede estar suficientemente alimentada si ha comido bastantes alimentos, pero puede estar mal nutrida si con esos alimentos no ha tomado todos los tipos de nutrientes que necesitan sus células para poder vivir y funcionar correctamente.

Por tanto el destino de los nutrientes que hay en los alimentos son las células. Como todo nuestro organismo está formado por células, si éstas reciben todos los nutrientes necesarios, nuestro cuerpo estará sano.

2. ALIMENTOS Y NUTRIENTES

A. LOS ALIMENTOS: Son los productos sólidos o líquidos que ingerimos, de los cuales el cuerpo obtiene los nutrientes que necesita para vivir y expulsa el resto que no es aprovechable. Ejemplos: leche, pan, tomate, queso, pescado, etc.

CLASIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS SEGÚN SU ORIGEN

- **Alimentos de origen animal:** Son los alimentos que provienen de los animales. Como por ejemplo: las carnes de vaca, pollo, pescado, y derivados como embutidos, huevo, leche, etc.

- **Alimentos de origen vegetal:** Son los alimentos que provienen de las plantas. Como, por ejemplo: las verduras y frutas.
- **Alimentos de origen mineral:** Estos alimentos provienen de la naturaleza; y son el agua y la sal.

GRUPOS DE ALIMENTOS

Los alimentos se agrupan teniendo en cuenta los nutrientes que predominan y en base a esto se ha establecido la llamada "Rueda de los alimentos " que contiene:

Grupo I, alimentos energéticos; **cereales y derivados, patatas y azúcar.** Aportan glúcidos mayoritariamente y fibra si el cereal incluye la cáscara.

Grupo II, alimentos energéticos: **grasa, aceite y mantequilla.** Aportan lípidos a la dieta.

Grupo III, alimentos plásticos: **carne, pescado, huevos, legumbres y frutos secos.** Aportan proteínas y vitaminas (sobre todo del grupo B). Con la incorporación de frutos secos ahora este grupo también aporta grasa y por tanto sería también energético.

Grupo IV, alimentos plásticos: **leche y derivados.** Aportan proteínas, vitaminas y grasas.

Grupo V, alimentos reguladores: **verduras y hortalizas.** Aportan vitaminas, minerales y glúcidos.

Grupo VI, alimentos reguladores: **fruta.** Aporta vitaminas y minerales.

B. LOS NUTRIENTES: Son compuestos químicos contenidos en los alimentos que aportan a las células todo lo que necesitan para vivir. Ejemplos: proteínas, glúcidos, lípidos.

TIPOS DE NUTRIENTES:

Existen 6 tipos de nutrientes:

- ✓ **Glúcidos** (también llamados Hidratos de Carbono o Azúcares): principalmente de función energética. Aportan energía a las células. Se encuentra en cereales, legumbres o menestras.
- ✓ **Lípidos:** también de función principal energética para nuestro cuerpo y cerebro (aportan una reserva de energía). Se encuentra en los aceites, mantequilla, palta.
- ✓ **Proteínas:** son necesarias para crecer y reparar daños en el cuerpo. Aportan elementos regeneradores para la célula. Se encuentra en la leche y sus derivados como queso, pollo, pescado, res, huevos.
- ✓ **Vitaminas:** son esenciales para el buen funcionamiento del organismo. Ayudan a transformar la energía y favorecen el sistema de defensa del cuerpo contra enfermedades. Su función reguladora. Aportan elementos que regulan el buen funcionamiento de todos los elementos y procesos en la célula. Se encuentra en las frutas y verduras.
- ✓ **Sales minerales:** forma parte de los tejidos del cuerpo ayudan al crecimiento. Los principales minerales: calcio, hierro, yodo, zinc, etc.
- ✓ **Agua:** tiene muchas funciones específicas.

BENEFICIOS DE LAS VITAMINAS EN EL ORGANISMO

VITAMINAS	BENEFICIOS	FUENTES PRINCIPALES
Vitamina A	La vitamina A previene los problemas oculares, favorece la salud del sistema inmunitario, es fundamental para el crecimiento y el desarrollo celular, y mantiene sana la piel.	Son la leche, los huevos, el hígado, los cereales, las verduras y hortalizas de color naranja oscuro o verde (como las zanahorias, los boniatos y la col rizada) y las frutas de color naranja (como el albaricoque, el melocotón, la papaya y el mango).
Vitamina C	La vitamina C es necesaria para la formación de colágeno, un tejido que ayuda a mantener bien unidas las células. También es fundamental para tener los huesos, los dientes, las encías y los vasos sanguíneos sanos. Esta vitamina ayuda al cuerpo a absorber el hierro, contribuye a la curación de heridas y favorece la función cerebral.	Encontrarás concentraciones elevadas de vitamina C en las siguientes frutas: los cítricos, las fresas, los kiwis y las guayabas, y también en verduras u hortalizas como los pimientos, los tomates, el brócoli y las espinacas.

Vitamina D	La vitamina D fortalece los huesos porque ayuda al cuerpo a absorber calcio, un mineral fundamental para fabricarlos.	Esta vitamina es única: tu cuerpo la fábrica cuando tu piel se expone a la luz solar. También puedes obtener vitamina D ingiriendo yema de huevo, pescados grasos, como el salmón, el atún y las sardinas y alimentos enriquecidos con esta vitamina, como a leche, la soja y el zumo de naranja.
Vitamina E	La vitamina E es un antioxidante que ayuda a proteger a las células de posibles lesiones. También es importante para garantizar la salud de los glóbulos rojos.	La vitamina E se encuentra en muchos alimentos, como los aceites vegetales, los frutos secos y las verduras de hoja verde. Los aguacates, el germen de trigo y los cereales integrales también son ricos en vitamina E.
Vitamina B12	La vitamina B12 ayuda a fabricar glóbulos rojos y es muy importante para el buen funcionamiento de las células del sistema nervioso.	La vitamina B12 se encuentra en el pescado, la carne roja, la leche, el queso y los huevos. También se añade a algunos cereales para el desayuno.
Ácido fólico	El ácido fólico ayuda al cuerpo a fabricar glóbulos rojos. También es necesario para fabricar ADN.	El hígado, las legumbres, las verduras de hoja verde, los espárragos y el zumo de naranja son buenas fuentes de esta vitamina. También la contienen el pan, el arroz y los cereales enriquecidos con esta vitamina.

BENEFICIOS Y FUENTES DE LOS MINERALES

MINERALES	BENEFICIOS	FUENTES PRINCIPALES
Calcio	El calcio es fundamental para la construcción de huesos y dientes sanos y fuertes. Los huesos débiles son más proclives a padecer un trastorno denominado osteoporosis, en el que los huesos se rompen con mayor facilidad.	La leche y otros productos lácteos, como el yogur, el queso y el requesón. También se encuentra en el brócoli y las verduras de hojas de color verde oscuro. Los derivados de la soja y otros alimentos, como el zumo de naranja y la leche de soja.
Hierro	El hierro ayuda a los glóbulos rojos a trasportar oxígeno a todas las partes del organismo. Los síntomas de la anemia por deficiencia de hierro incluyen la debilidad y la fatiga, los mareos, y la falta de aliento.	Entre los alimentos ricos en hierro, se encuentran la carne roja, el cerdo, el pescado y el marisco, las lentejas y los derivados de la soja, las verduras de hoja verde y las uvas pasas. Algunos cereales, algunas harinas y algunos productos elaborados con estos alimentos también están enriquecidos con hierro.
	El magnesio ayuda a funcionar a los músculos y a los nervios, estabiliza la frecuencia cardíaca y	Puedes obtener magnesio ingiriendo cereales integrales y pan elaborado con este tipo de cereales,

Magnesio	mantiene fuertes los huesos. También ayuda al organismo a crear energía y a fabricar proteínas.	frutos secos, semillas, verduras de hoja verde, aguacates, plátanos, leche y chocolate.
Fósforo	El fósforo ayuda a que se formen huesos y dientes sanos y fuertes. También ayuda al organismo a fabricar energía. Forma parte de las membranas de todas las células y por lo tanto, las células del cuerpo necesitan fósforo para funcionar con normalidad.	El fósforo se encuentra en muchos alimentos, pero las mejores fuentes de este mineral son los productos lácteos, la carne y el pescado.
Potasio	El potasio ayuda al funcionamiento del corazón y de los sistemas muscular y nervioso. También ayuda al organismo a mantener el equilibrio hídrico en la sangre y en los tejidos corporales.	El potasio se encuentra en el brócoli, las verduras de hoja verde, los cítricos, los plátanos, las frutas deshidratadas y las legumbres, como los guisantes y las habas.
Zinc	El zinc es importante en el crecimiento normal, ayuda a mantener fuerte el sistema inmunitario y favorece la curación de las heridas.	Encontrarás zinc en la carne roja y mariscos, los frutos secos, la leche y los productos lácteos, los cereales integrales y los cereales para el desayuno enriquecidos con zinc.

FUNCIONES PRINCIPALES DE LOS NUTRIENTES:

- **Energética:** aportan energía para el funcionamiento celular. Necesitamos nutrientes energéticos para poder hacer todas nuestras actividades.

Ejemplo: para caminar o correr hay que mover las piernas y esto se consigue cuando se contraen las células de algunos músculos, pero para que esto ocurra las células musculares necesitan energía que la obtienen de algunos nutrientes.

- **Plástica o reparadora:** proporcionan los elementos materiales necesarios para formar la estructura del organismo en el crecimiento y la renovación del organismo.

En época de crecimiento el tamaño de nuestro cuerpo aumenta unos centímetros al año y esto solo es posible si se aporta la materia necesaria para que las células puedan dividirse y aumentar el número de ellas. También durante toda la vida se están reponiendo células que mueren por ejemplo células de la piel, glóbulos rojos o células destruidas en una herida, para lo cual es imprescindible aportar materia al organismo.

- **Reguladora:** controlan ciertas reacciones químicas que se producen en las células. Para que todo funcione bien en nuestro organismo necesitamos de unos nutrientes que hacen que esto sea posible.

V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

N°	PROCESOS PEDAGÓGICOS	ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES		RECURSOS DIDÁCTICOS	TIEMPO
		Estrategia Metodológica	Actividad		
1	INICIO <ul style="list-style-type: none"> Motivación 	Método: Activo participativo	Motivación: El educador informó a los participantes sobre el objetivo de la sesión y luego, realizó la siguiente dinámica: Dinámica: Presentando a un amigo: El educador formó parejas, cada pareja intercambia información: nombre, estado civil, lugar de nacimiento, cantante, música favorita, hobbies, habilidades y fruta o verdura preferida. Luego cada participante presentó a su pareja ante el grupo. Al término de la dinámica, el educador dió la bienvenida a los participantes.	Música de presentación participantes	5
	<ul style="list-style-type: none"> Recuperación de saberes previos 	Técnica: Lluvia de ideas.	Recuperación de saberes previos: El educador proporcionó cortes de cartulinas a cada participante quienes escribieron una idea del tema, luego pegaron la cartulina en una pizarra y el educador leyó las ideas plasmadas y dió el concepto principal del tema.	Cartulinas Plumones de colores Cinta masking pizarra	5

2	<p>PROCESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construcción de nuevos conocimientos • Transferencia 	<p>Método Expositivo - participativo</p> <p>Técnica Grupal participativa</p>	<p>Construcción de nuevos conocimientos: El educador realizó la exposición a través de los materiales visuales como rotafolio con láminas ilustrativas didácticas y otros medios.</p> <p>Transferencia: El educador solicitó que conformen grupos de 5 participantes los cuales se les dio un nombre respectivo según el tema, se les proporcionó figuras o dibujos y cada integrante plasmó lo aprendido en un papelógrafo, luego un representante de cada grupo sustentó el tema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo 1: Los alimentos - Grupo 2: Los nutrientes - Grupo 3: Las vitaminas - Grupo 4: Los minerales <p>Luego el educador realizó un resumen según lo plasmado en los papelógrafos.</p>	<p>Rotafolio</p> <p>Láminas</p> <p>afiches</p> <p>Figuras o dibujos de alimentos</p> <p>Papelotes</p> <p>Plumones de colores</p>	<p>20</p> <p>10</p>
3	<p>SALIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación 	<p>Método Activo-participativo</p> <p>Técnica interrogativa</p>	<p>Evaluación: Se les entregó a los participantes tarjetas donde escribieron las respuestas a las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la diferencia entre alimentación y nutrición? 2. ¿Cuáles son los tipos de nutrientes y sus funciones principales? <p>Luego cada participante leyó sus respuestas y el educador aclaró las dudas sobre el tema.</p>	<p>Tarjetas de colores</p>	<p>5</p>

VI. EVALUACIÓN

Se evaluó de la siguiente manera:

- **Método:** Activo - participativo
- **Técnica:** Interrogativa
- **Descripción:**

El educador entregó a las participantes tarjetas donde escribirán las respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cuál es la diferencia entre alimentación y nutrición? ¿Cuáles son los tipos de nutrientes y sus funciones principales? Luego el educador pidió a los participantes dar lectura a las respuestas, se pidió la opinión a los participantes y el educador aclaró las dudas sobre el tema.

2. SESIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL “UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA NOS DA ENERGÍA”

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. **TEMA:** ALIMENTACION BALANCEADA
- 1.2. **DIRIGIDO:** Madres de niños de 6 meses a 2 años de edad
- 1.3. **LUGAR:** P. S. La Florida
- 1.4. **FECHA:** Octubre
- 1.5. **DURACION:** 45 minutos
- 1.6. **RESPONSABLE:** Lic. Patricia Isabel Rao Torres

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General

Las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad, conocieron sobre la alimentación balanceada y su importancia en el crecimiento del niño.

2.2. Objetivos Especifico:

Al finalizar la sesión de consejería nutricional las madres estuvieron en condiciones de:

- Identificar el valor nutritivo de algunos alimentos según sus características.
- Preparar una comida balanceada.
- Reconocer algunos alimentos que no son recomendables.
- Practicar medidas de higiene alimentaria.

III. RECURSOS DIDÁCTICOS:

- Laminas ilustradas
- Fichas nutritivas
- Rotafolios

IV. CONTENIDO:

ALIMENTACIÓN BALANCEADA

1. **CONCEPTO:** La alimentación balanceada significa ingerir todos los alimentos necesarios para estar sano y bien nutrido pero de forma equilibrada, lo que implica comer porciones adecuadas a la estatura y contextura propia. Es de suma relevancia consumir alimentos de los diferentes grupos para que sea una alimentación balanceada y así poder mantenernos saludables.

Una alimentación balanceada involucra consumir alimentos que nos den energía, que nos protejan y permitan el crecimiento, regulando las diferentes funciones de nuestro organismo. Para poder llevarlo a cabo es necesario crear un hábito, hace falta proponérselo y llevarlo a la práctica para lograrlo.

- **Consumir alimentos de forma:**
 - **Equilibrada:** consumir los alimentos en proporciones adecuadas sin basarse en un solo grupo de alimentos.
 - **Variada:** no debe basarse en un solo alimento, sino en una combinación de ellos, ya que ningún alimento es nutricionalmente completo.

2. ALIMENTOS SEGÚN SU VALOR NUTRITIVO

- **Alimentos Energéticos:** Se incluyen a los carbohidratos y grasas. En este grupo ubicamos a los tubérculos (papa, camote, yuca, etc.); Y cereales (maíz, trigo, arroz, y los productos derivados).
- **Alimentos Formadores:** Aportan mayor cantidad de proteínas: leche y derivados lácteos, carnes de todo tipo, huevos y menestras.
- **Alimentos Reguladores:** Aportan vitaminas y minerales ellos participan en las diferentes reacciones químicas y regulan las funciones del organismo. Son fuentes alimentarias las frutas y vegetales.

3. PREPARACIÓN DE UNA COMIDA BALANCEADA

- **Comprar alimentos de los 6 grupos:** cereales, tubérculos y menestras, frutas, verduras, lácteos (leche, queso, yogurt), carnes, pescados, aves y huevos; grasas y azúcares.
- **Comprar alimentos frescos y baratos** según la zona donde vives y estación del año.

4. EJEMPLO DE COMIDA BALANCEADA

- **Desayuno:**
Frutas variadas, mazamorra de quinua con leche y pan con queso.
- **Almuerzo:**
Ensalada de lechuga con tomate, arroz con lentejas y saltadito de cebolla con carne, acompañado de un vaso de jugo de naranja.
- **Cena:**
Sopa de pollo acompañado de cancha tostada y vaso de leche.

5. ALIMENTOS QUE NO SON RECOMENDABLES PARA PREPARAR UNA COMIDA BALANCEADA

- Huesos, patitas, pellejos, grasas.
- Gaseosas, golosinas (caramelos, chicles, etc.) porque no alimentan y son dañinos para nuestra salud.
- Licor, cigarros y drogas porque ocasionan enfermedades graves y hasta la muerte.

6. IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA

- Nos proporciona la energía requerida para realizar las actividades diarias.
- Nos aporta sustancias que permiten el correcto funcionamiento del organismo y la conservación de la salud.
- Para que podamos decir que nuestra alimentación es balanceada debemos incluir en cada horario de comida (desayuno, almuerzo,

cena) por lo menos un alimento de cada grupo y limitar el consumo de grasas y dulces

- Mejora la salud general de la persona, a través de un buen aspecto y desempeño físico.
- Refuerza el sistema inmunológico del organismo, evitando el contagio de enfermedades.
- Evita la aparición de enfermedades vinculadas con el exceso o déficit de nutrientes.

7. CUIDADOS QUE DEBEMOS TENER AL MOMENTO DE PREPARAR LOS ALIMENTOS

- Lávate las manos con jabón ANTES de preparar los alimentos y DESPUÉS de ir al baño y de cambiar los pañales de tu bebé.
- Mantén las uñas cortas y limpias.
- Sujétate el cabello con un pañuelo o gorro.
- Usa mandil y secadores limpios.
- Al toser o estornudar, cúbrete la boca y nariz con papel higiénico y bóttalo al tacho de basura.
- Mantén limpios los cubiertos e utensilios de cocina.
- Mantén limpia y ordenada la cocina.
- Mantén los tachos de basura tapados y lejos de los depósitos de agua y alimentos.
- Mantén los animales en sus corrales y fuera de la casa.
- Mantén los productos tóxicos (venenos, pesticidas, kerosene, lejía, etc) fuera del alcance de los niños, lejos de los alimentos y agua.

HIGIENE ALIMENTARIA

➤ Mantenga la limpieza

- Lávese las manos antes de preparar alimentos y con frecuencia durante su preparación.
- Lávese las manos después de ir al baño.

- Lave y desinfecte todas las superficies y equipos usados en la preparación de alimentos.
- Proteja los alimentos y las áreas de cocina de insectos, plagas y otros animales.

➤ **Separe alimentos crudos y cocinados**

- Separe las carnes rojas, la carne de ave y el pescado crudos de los demás alimentos.
- Use equipos y utensilios diferentes, como cuchillos y tablas de cortar, para manipular alimentos crudos.
- Conserve los alimentos en recipientes para evitar el contacto entre los crudos y los cocinados.

➤ **Cocine completamente**

- Cocine completamente los alimentos, especialmente las carnes rojas, la carne de ave, los huevos y el pescado.
- Hierva los alimentos como sopas y guisos para asegurarse de que han alcanzado los 70°C. En el caso de las carnes rojas y de ave, asegúrese de que los jugos sean claros y no rosados. Se recomienda el uso de un termómetro.
- Recaliente completamente los alimentos cocinados.

➤ **Mantenga los alimentos a temperaturas seguras**

- No deje alimentos cocinados a temperatura ambiente durante más de 2 horas.
- Refrigere lo antes posible los alimentos cocinados y los perecederos (preferiblemente por debajo de los 5°C).
- Mantenga la comida muy caliente (a más de 60°C) antes de servir.
- No guarde alimentos durante mucho tiempo, aunque sea en el refrigerador.
- No descongele los alimentos a temperatura ambiente.

➤ **Use agua y materias primas seguras**

- Use agua segura o trátela para que lo sea.
- Seleccione alimentos sanos y frescos.
- Lave la fruta, la verdura y las hortalizas, especialmente si se van a comer crudas.
- No utilice alimentos caducados.

REGLAS DE ORO PARA LA PREPARACION DE ALIMENTOS

- ✓ Compra siempre alimentos que tengan una garantía sanitaria reconocida.
- ✓ Cocinar bien los alimentos (65° C mínimo).
- ✓ Consumir los alimentos inmediatamente después de cocinados.
- ✓ Almacenar correctamente los alimentos cocinados.
- ✓ Recalentar bien los alimentos a más de 65° C mínimo.
- ✓ Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocinados.
- ✓ Lavarse las manos a menudo.
- ✓ Mantener escrupulosamente limpias las superficies de manipulación de alimentos.
- ✓ Protege los alimentos de insectos, roedores y otros animales.
- ✓ Utilizar agua potable.

V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

N°	PROCESOS PEDAGÓGICOS	ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES		RECURSOS DIDÁCTICOS	TIEMPO
		Estrategia Metodológica	Actividad		
1	INICIO <ul style="list-style-type: none"> Motivación 	Método: Activo participativo	Motivación: El educador informó a los participantes sobre el objetivo de la sesión de aprendizaje y se realizó la siguiente dinámica: Dinámica: ¿Quién soy?: El educador pidió a los participantes formar un círculo, mirando hacia afuera, a continuación, se colocó en la espalda de cada participante la imagen de un alimento. Luego el educador pidió dar la vuelta hacia el círculo e invitó a uno de los participantes al centro, quien descubrió que alimento le tocó. Cuando el participante descubrió que alimento es, mencionó a que grupo de alimentos pertenece. Luego se formó los grupos según los grupos de alimentos.	Música de presentación	5
	<ul style="list-style-type: none"> Recuperación de saberes previos 	Técnica: Opinión múltiple	Recuperación de saberes previos: El educador preguntó a los participantes: ¿Qué es una alimentación balanceada?, cada grupo escribió sus respuestas en los papelógrafos que se les proporcionó. Luego una persona de cada grupo socializó lo trabajado. El educador rescató las ideas importantes de cada grupo.	Láminas de alimentos. Papelógrafos Plumones de colores Cinta masking	

2	<p>PROCESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construcción de nuevos conocimientos • Transferencia 	<p>Método Expositivo participativo -</p> <p>Técnica Grupal participativa -</p>	<p>Construcción de nuevos conocimientos: El educador realizó la exposición a través de los materiales visuales como rotafolio con láminas ilustrativas didácticas y otros medios de manera sencilla y clara sobre el tema.</p> <p>Transferencia: Con los grupos formados el educador les dió un tema a cada grupo los cuales desarrollaran en papelotes lo aprendido, luego un representante de cada grupo sustentó el tema.</p> <p>Grupo 1: ¿Qué se necesita para preparar una comida balanceada? Grupo 2: Ejemplo de una comida balanceada Grupo 3: Alimentos que no son recomendables para preparar una comida balanceada Grupo 4: cuidados que debemos tener al momento de preparar los alimentos</p> <p>Luego el educador realizó un resumen según lo plasmado en los papelógrafos.</p>	<p>Rotafolio</p> <p>Láminas</p> <p>afiches</p> <p>Papelotes</p> <p>Plumones de colores</p> <p>Cinta maskig</p>	<p>20</p> <p>10</p>
3	<p>SALIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación 	<p>Método Activo-participativo</p> <p>Técnica Retro alimentación escrita</p>	<p>Evaluación: El educador entregó a los participantes tarjetas en blanco para que formulen propuestas de desayunos, almuerzos y cenas saludables.</p> <p>Las propuestas se colocaron en un panel, y se pidió a los participantes dar sus opiniones respecto a las propuestas.</p>	<p>Tarjetas de colores</p>	<p>5</p>

VI. EVALUACIÓN

Se evaluó de la siguiente manera:

- **Método:** Activo - participativo
- **Técnica:** Retro alimentación escrita
- **Descripción:**

El educador entregó a las participantes tarjetas en blanco para que formulen propuestas de desayunos, almuerzos y cenas saludables.

Las propuestas se colocaron en un panel, y se pidió a los participantes dar sus opiniones respecto a las propuestas.

3. SESIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL
“UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AYUDA A CUBRIR LOS
REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL NIÑO”

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. TEMA:** ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
- 1.2. DIRIGIDO:** Madres de niños de 6 meses a 2 años de edad
- 1.3. LUGAR:** P. S. La Florida
- 1.4. FECHA:** Octubre
- 1.5. DURACION:** 45 minutos
- 1.6. RESPONSABLE:** Lic. Patricia Isabel Rao Torres

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General

Las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad, conocieron sobre la alimentación complementaria según la edad del niño.

2.2. Objetivos Especifico:

Al finalizar la sesión de consejería nutricional las madres estuvieron en condiciones de:

- Conocer la importancia de la alimentación complementaria en el niño
- Identificar la consistencia, cantidad y frecuencia de los alimentos el niño debe consumir según su edad.
- Preparar una alimentación según la edad del niño.

III. RECURSOS DIDÁCTICOS:

- Laminas ilustradas
- Fichas nutritivas
- Rotafolios

IV. CONTENIDO:

LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

1. CONCEPTO:

La alimentación complementaria es el proceso de introducir alimentos distintos a la leche materna cuando ésta ya no es suficiente para cubrir todos los requerimientos nutricionales del niño.

La alimentación complementaria debe iniciarse cuando el niño cumple seis meses, ya que a partir de esta edad el sistema nervioso y digestivo ya está listo para recibir, digerir y absorber otros alimentos. Durante este proceso de introducción de alimentos es necesario tener paciencia con el bebe, no gritarle, forzarlo, ni asustarlo.

2. RAZONES PARA INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CUMPLIR LOS 6 MESES:

Cuadro 1 Razones para iniciar la alimentación complementaria al cumplir los seis meses	
Nutricionales	<ul style="list-style-type: none">• Se complementa la demanda de energía y nutrientes que provee la leche materna, pero que no logra llenar en su totalidad, en cuanto a calorías, hierro, zinc y vitamina A.
Fisiológicos	<ul style="list-style-type: none">• El sistema digestivo está listo para digerir y absorber los nutrientes.• El estómago se encuentra preparado, pues produce mayor cantidad de enzimas¹ que permiten la digestión de los alimentos.• El riñón es capaz de digerir proteínas distintas a las de la leche materna sin que se altere su función normal.
Psicomotores	<ul style="list-style-type: none">• Los nervios y los músculos de la boca se han desarrollado lo suficiente para morder y masticar.• El niño comienza a controlar el movimiento de la lengua para tragar e ingerir los alimentos.

3. ALIMENTOS QUE DEBE CONSUMIR TU NIÑA O NIÑO

a. Alimentación de varios grupos de alimentos

- **Origen Animal:** Hígado de res, hígado de pollo, sangrecita, bofe, pescado fresco, riñón, pollo o gallina, carne de res, etc.
- **Cereales y tubérculos:** Papa, arroz, quinua, mote o maíz, camote, yuca, fideo, olluco, trigo, etc.
- **Verduras:** Acelga, tomate, espinaca, zanahoria, zapallo, brócoli o cualquier otra verdura de la estación y a tu alcance.
- **Frutas:** Mandarina, mango, papaya, plátano de cualquier variedad, naranja, aguaje, limón, pera, manzana y cualquier otra fruta de la estación.

b. Continuar con leche materna:

- La leche materna sigue siendo un alimento necesario por lo que la madre debe continuar dándole de lactar a su niña o niño por lo menos hasta los 2 años de edad.
- Cuando el niño o niña se enferma disminuye su apetito, en tanto la leche materna continua alimentándolo durante su proceso de recuperación.

c. Preparaciones para la comida de tu niña o niño:

Se debe preparar alimentos de acuerdo a la edad de la niña o niño:

- 6 y 8 meses: **Alimentos aplastados** en forma de papillas, mazamorras o purés.
- 9 y 11 meses: **Alimentos picados** o en trocitos.
- 12 a 36 meses: **Alimentación de la olla familiar.**

4. ETAPAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A. Alimentación del niño de 6 a 8 meses

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, mazamoras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona.
Cantidad	Servir la mitad de un plato mediano 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	A los seis meses, dar dos comidas al día más leche materna. A los siete u ocho meses, dar tres comidas al día más leche materna.

B. Alimentación del niño de 9 a 11 meses

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 el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete cucharadas).
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.

C. Alimentación del niño de 1 a 2 años

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 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.

D. Alimentación del niño enfermo

ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y NIÑO DURANTE Y DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD	
Si es menor de 6 meses: Darle el pecho con mayor frecuencia y durante más tiempo cada vez.	
Si es mayor de 6 meses: Darle comida espesa más veces al día, en pequeñas porciones y de preferencia los alimentos favoritos de la niña y niño. Luego del proceso infeccioso, incorporar una comida espesa más hasta dos semanas después. Continuar con lactancia materna. Darle más líquidos: agua hervida.	
En caso de diarrea	Darle líquidos en pequeños sorbos, con una taza y cucharita; sales de rehidratación, panetela, agua hervida. Si la niña o niño vomita, esperar diez minutos y continuar después lentamente. Ofrecer alimentos más veces al día, de preferencia los favoritos de la niña o niño.

5. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS SEGÚN LA EDAD

CUADRO N° 1: PREPARACIÓN DE ALIMENTOS, SEGÚN EDAD

EDAD	CONSISTENCIA	CANTIDAD	ALIMENTOS	FRECUENCIA
Niñas y niños de 6 a 8 meses	Alimentos espesos, aplastados, tipo puré	3 a 5 cucharadas ó $\frac{1}{2}$ plato mediano	$\frac{1}{2}$ unid papa $\frac{1}{2}$ cda. zapallo 2 cdas hígado	comerán de 2 a 3 veces al día.
Niñas y niños de 9 a 11 meses	Alimentos picados	5 a 7 cucharadas ó $\frac{3}{4}$ plato mediano	$\frac{1}{2}$ unid papa 1 hoja de espinaca 2 cdas menestras 2 cdas sangrecita	comerán 3 comidas al día más 1 refrigerio
Niñas y niños Mayores de 1 año	Alimentos consistencia solida o normal	7 a 10 cucharadas ó un plato mediano	4 cda arroz 2 cda frijoles 2 cda pescado 2 rodajas de tomate	comerán 5 veces al día, (3 comidas principales y 2 refrigerios)

6. EJEMPLO DE RECETAS SEGÚN EDAD DEL NIÑO

➤ Para niños de 6 a 8 meses

ZAPALLITO FELIZ

INGREDIENTES	PREPARACION
1 trozo chico de zapallo. 1 unidad de papa amarilla. 1 onza de leche evaporada. 1 cucharadita de aceite vegetal. 1 onza de caldo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sancochar el zapallo y la papa. Guardar el caldo. 2. Aplastar con la ayuda de un tenedor la papa sancochada, el zapallo y agregar la leche, el aceite y el caldo. 3. Mezclar bien hasta obtener una consistencia espesa.

“El zapallo es una fuente rica en Vitamina A, y ayuda a prevenir enfermedades respiratorias y digestivas”

➤ **Para niños de 9 a 11 meses**

ESPESITO DE HÍGADO

INGREDIENTES	PREPARACION
2 cucharadas de arroz. 1 unidad de hígado de pollo. ½ unidad de papa amarilla. 1 hoja de espinaca. 1 cucharadita de aceite vegetal Una pizca de sal yodada. ½ taza de agua.	1. Hacer hervir el agua. 2. Agregar al agua hirviendo el arroz, la papa picada en cuadraditos, y una pizca de sal. 3. Cuando el arroz esté sancochado, agregar el hígado en trocitos y la espinaca picada. Dejar que cocine unos minutos. 4. Cuando todo esté cocido, añadir el aceite. 5. Servir.

➤ **Para niños de 1 a 2 años**

POLLO CON SALTADO DE BRÓCOLI Y ARROZ

INGREDIENTES	PREPARACION
1 pierna mediana de pollo. 1 rodaja de cebolla. 3 rodajas de tomate. Ajo molido. 1 cucharadita de aceite vegetal. 1 rama mediana de brócoli (25 g). Una pizca de sal yodada. Gotas de limón. 1/8 de taza de agua. 3 cucharadas de arroz graneado.	1. Freír el ajo molido, la cebolla picada en cuadraditos, una rodaja de tomate picado en cuadraditos y el aceite. 2. Agregar el pollo sin piel y el agua hasta que cocine. 3. Adicionar el brócoli picado en ramitas delgadas, una pizca de sal yodada y dejar que cocine por unos minutos. 4. Para preparar la ensalada de tomate, lavar, pelar, agregar en el jugo de limón y una pizca de sal. 5. Servir el saltado de brócoli acompañado de ensalada de tomate y el arroz graneado.

7. CREENCIAS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Cuadro 10 Creencias sobre alimentación complementaria	
Creencia	Realidad
No se debe dar repollo, ni aguacate al niño porque son alimentos fríos.	<p>El repollo es una verdura muy nutritiva que se recomienda dar a partir de que el niño cumple 12 meses de edad, sin embargo, su consumo aumenta la producción de gases intestinales, lo cual puede causar malestar al niño. Al consumirlo se recomienda prestar mayor atención a su correcta higiene, ya que este alimento se encuentra frecuentemente contaminado con microbios, los cuales pueden poner en riesgo la salud del niño.</p> <p>El aguacate aporta grasas buenas que contribuyen al crecimiento y a mejorar la función del corazón; este alimento rara vez causa alergia alimentaria. Este alimento se recomienda introducirlo a la alimentación del niño a partir de que cumple 12 meses.</p>
El caldo alimenta más.	Es cierto que algunas vitaminas pasan al agua de cocción, pero en cantidades muy pequeñas. Los nutrientes que el niño necesita están en el alimento sólido, no en el caldo.
Los niños están "listos" para comer entre los ocho y los nueve meses de edad.	Después de los seis meses de edad, para el niño se hace cada vez más difícil cubrir sus necesidades de nutrientes solamente con la leche materna. A esta edad la mayoría ha alcanzado el desarrollo suficiente que permite recibir otros alimentos. Si un niño no inicia a recibir los alimentos a partir de los 6 meses, tiene alto riesgo de desnutrirse y enfermarse.
Dar sólo los caldos es bueno porque los alimentos enteros como las verduras, carnes, hierbas o frijoles se "pegan" en la garganta y pueden ahogar al niño o provocarle diarrea.	<p>A partir de los seis meses de edad, el estómago y demás órganos del sistema digestivo del niño ya están listos para recibir, digerir y absorber los nutrientes de los alimentos distintos a la leche materna; sin embargo, debe iniciar dando los alimentos con la consistencia adecuada según el orden indicado anteriormente dependiendo la edad del niño.</p> <p>Siempre oriente a la madre a preparar sopas y caldos espesos que incluyan hierbas o verduras licuadas o picadas, trocitos de tortillas, y, dependiendo de la edad del niño, incluya pollo desmenuzado o trocitos de carne o fideos, pues esto ayudará a aumentar el valor nutritivo de las comidas.</p>
Es mejor servir poca comida para que el niño no se enferme si come mucho.	La cantidad de alimentos que tienen que comer los niños es diferente según la edad, se debe aumentar de manera gradual, mes a mes, a medida que el niño crece. Recuerde que si el niño no recibe la cantidad adecuada de alimentos se puede enfermar o desnutrir.

8. RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ADECUADA

- Lavarse bien las manos antes de preparar los alimentos y antes de darle de comer al niño.
- Continuar con la lactancia materna hasta los dos años.
- Aumentar la cantidad de alimentos conforme el niño vaya creciendo.
- Ofrecer al niño una variedad de alimentos complementarios de acuerdo a su edad.
- Incrementar la consistencia de los alimentos conforme aumenta la edad del niño.
- Motivar a dar con amor la alimentación complementaria.
- Tener paciencia y buen humor al momento de dar de comer al niño ya que poco a poco irá aprendiendo a comer. Nunca forzarlo a comer.
- Al momento de darle de comer a tu niña o niño, convérsale y cántale, haciéndole gestos con juegos o juguetes para que abra su boquita.
- Permita que la niña o niño participe de la mesa familiar durante el almuerzo y disfrute de la compañía de cada uno de sus seres amados.

9. RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA DESNUTRICIÓN EN LA NIÑA O NIÑO ENFERMO

- Cuando la niña o niño está enfermo tiene poco apetito y puede bajar de peso, considerando este período como el de mayor riesgo de desnutrición.
- En estos casos, se debe dar pequeñas cantidades de alimentos, con mayor frecuencia, entre 6 y 8 veces al día.
- Aumenta el consumo de líquidos durante el día.
- Dale de lactar a la niña o niño con mayor frecuencia.
- Ofrécele una variedad de comidas, éstas deben ser sus favoritas.

V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

N°	PROCESOS PEDAGÓGICOS	ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES		RECURSOS DIDÁCTICOS	TIEMPO
		Estrategia Metodológica	Actividad		
1	INICIO <ul style="list-style-type: none"> Motivación 	Método: Activo participativo	Motivación: El facilitador informó a los participantes sobre el objetivo de la sesión y luego, realizó la siguiente dinámica:	Música de animación	5
	<ul style="list-style-type: none"> Recuperación de saberes previos 	Técnica Grupal	Dinámica: Tengo un hijo El educador explicó la dinámica y solicitó a las madres que hagan un círculo y cada madre explique lo siguiente: tengo un hijo de 7 meses y le doy de comer puré de zapallo , cada madre explicó variedades de comidas según la edad de su hijo. Luego se agruparon según la edad de su hijo respectivamente: 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y 1 a 2 años.	Papelotes Plumones de colores Cinta maskig	5
			Recuperación de saberes previos: El educador solicitó a las madres que discutieran entre los miembros del grupo, que es una alimentación complementaria y den un ejemplo de comida o receta según la edad de su hijo, el cual lo plasmaron en un papelote. Luego de culminar, un representante de cada grupo explicó a través de un breve resumen la descripción de su papelote y los demás grupos explicaron alguna sugerencia. Finalmente el educador explicó a cada lámina, profundizando el tema.		

VI. EVALUACIÓN

Se evaluó de la siguiente manera:

- **Método:** Activo - participativo
- **Técnica:** Demostrativa
- **Descripción:**

El educador solicitó formar 3 grupos, cada grupo realizó una demostración receta nutritiva según las etapas de la alimentación complementaria, luego un participante de cada grupo presentó el plato que realizaron.

Grupo 1: Alimentación para un niño de 6 a 8 meses de edad.

Grupo 2: Alimentación para un niño de 9 a 11 meses de edad.

Grupo 3: Alimentación para un niño de 1 a 2 años de edad.

Luego el educador reforzó cada presentación, haciendo las conclusiones.

4. SESIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL
“LOS MICRONUTRIENTES AYUDAN A MI HIJO A PREVENIR
LA ANEMIA”

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. TEMA:** SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES
- 1.2. DIRIGIDO:** Madres de niños de 6 meses a 2 años de edad
- 1.3. LUGAR:** P. S. La Florida
- 1.4. FECHA:** Octubre
- 1.5. DURACION:** 45 minutos
- 1.6. RESPONSABLE:** Lic. Patricia Isabel Rao Torres

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General

Las madres de los niños de 6 meses a 2 años de edad, conocieron sobre la suplementación con multimicronutrientes y la importancia para evitar la anemia infantil.

2.2. Objetivos Especifico:

Al finalizar la sesión de consejería nutricional las madres estuvieron en condiciones de:

- Conocer la importancia de los micronutrientes en la alimentación del niño
- Identificar los micronutrientes en la alimentación del niño de 6 meses a 2 años de edad.
- Preparar correctamente los multimicronutrientes en polvo.

III. RECURSOS DIDÁCTICOS:

- Laminas ilustradas
- Dípticos o Trípticos
- Rotafolios

IV. CONTENIDO:

SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES

LOS MICRONUTRIENTES

Son las vitaminas y los minerales, que se consumen en cantidades relativamente menores, pero que son imprescindibles para las funciones orgánicas. La deficiencia de micronutrientes particularmente el hierro, vitamina A y zinc.

PARA QUÉ SIRVEN LOS MICRONUTRIENTES

- Sirven para prevenir la anemia por deficiencia de hierro y otras enfermedades derivadas del bajo consumo de vitaminas y minerales.
- Sirven también para mejorar el apetito, así como el crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños.

SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES

La suplementación es una intervención que tiene como objetivo asegurar el suministro de Multimicronutrientes en las niñas y niños menores de 36 meses de edad, para mantener niveles adecuados de hierro en su organismo, prevenir anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo.

Es el consumo diario de vitaminas y minerales, en cantidades pequeñas pero indispensables para el buen funcionamiento de nuestro cuerpo.

ANEMIA

Es la concentración baja de hemoglobina en la sangre de la persona. Afecta principalmente a niños y niñas de 6 a 24 meses, Niños y niñas de 2 a 5 años y madres gestantes.

¿Cómo nos damos cuenta que nuestro bebé tiene anemia?

- Poco, escaso apetito.
- Insuficiente crecimiento y desarrollo.

¿Cómo prevenir la anemia en las niñas y niños?

- Tomando las pastillas de hierro y ácido fólico en el embarazo.

- Dándole a nuestro bebé lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.
- Dándole a nuestro niño o niña alimentos de origen animal ricos en hierro, como: bazo, sangrecita, hígado y carnes rojas en general.
- Dándole a nuestra niña o niño suplementos de micronutrientes a partir de los 6 meses durante 1 año (12 meses).


ESQUEMA DE SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES


CONDICIÓN DEL NIÑO	PRESENTACIÓN DEL HIERRO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS A ADMINISTRAR POR VÍA ORAL POR DÍA	DURACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN
Niñas y niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)


- **Indicaciones para la administración del suplemento de multimicronutrientes en polvo:**
 - En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño.
 - Mezclar bien el total del contenido del sobre de multimicronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.
 - Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.
- **Advertencias del uso y conservación de los multimicronutrientes**
 - Explicar a la madre o cuidador que el suplemento no le cambiará el sabor ni color a la comida.
 - Explicar a la madre o cuidador que en casos excepcionales se podrían presentar las deposiciones de color oscuro y que pueden ocurrir molestias, tales como náuseas, estreñimiento o diarrea, que son leves y pasajeras. Si continúan las molestias, se recomienda llevar a la niña o niño al establecimiento de salud, para su evaluación.


- El consumo de los multimicronutrientes deberá ser suspendidos cuando la niña o el niño se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento.
- Mantener los sobres de multimicronutrientes bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad, en lugares no accesibles a las niñas y niños para evitar su ingestión accidental o intoxicaciones.


ALIMENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS MICRONUTRIENTES

HIERRO  En el hígado, sangrecita, bazo, bofe, carnes rojas en general, el pescado (Son los más ricos en hierro).

ZINC  Todas las carnes y viseras en general como el corazón, hígado, carne de res, etc; menestras en general, leche y derivados, yema de huevo, quinua, avena, etc.

VITAMINA A  En la leche, carnes, huevos, mantequilla, aceite vegetal, frutas y verduras de color amarillo intenso o verde oscuro como zanahoria, espinaca, mango, papaya, etc.

VITAMINA C  En el brócoli, coliflor, limón, camu camu, tumbo, naranja, mandarina, granadilla, papaya, ciruelas, lima, pepino, otras frutas y verduras.

ÁCIDO FÓLICO  En el hígado, leche y derivados, cereales cocidos como el arroz, maíz, quinua, avena, trigo, menestras en general, palta, papaya, melón, naranja, plátano, etc.

PREPARACIÓN DEL MICRONUTRIENTE

- **Primero:** Lávate las manos con agua y jabón.
- **Segundo:** Del plato servido, separar dos cucharadas de comida (de consistencia espesa como papillas, puré o segundos).
- **Tercero:** Abre el sobre de los micronutrientes y echa todo el contenido del sobre en las dos cucharadas de comida.
- **Cuarto.** Mezcla bien las dos cucharadas de comida separada con los micronutrientes.
- **Quinto:** Apenas esté lista la mezcla dale de comer a la niña o niño estas dos cucharadas de comida separada, luego continúa con el resto de la comida.

V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

N°	PROCESOS PEDAGÓGICOS	ESTRATEGIAS/ACTIVIDADES		RECURSOS DIDÁCTICOS	TIEMPO
		Estrategia Metodológica	Actividad		
1	INICIO <ul style="list-style-type: none"> Motivación 	Método: Activo participativo	Motivación: El facilitador informó a los participantes sobre el objetivo de la sesión y luego, realizó la siguiente dinámica:	Música de animación	5
	<ul style="list-style-type: none"> Recuperación de saberes previos 	Técnica Grupal	Dinámica: ¿Diga Ud. Nombres de? El educador explicó la dinámica y solicitó a las madres que hagan un círculo y cada madre dijo el nombre de una fruta o verdura. Ejemplo. Diga Ud. Nombres de: frutas, verduras, mazamorras, etc. Según lo que mencione el educador.	Figuras o imágenes Papelotes Cinta maskig	5

2	<p>PROCESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construcción de nuevos conocimientos 	<p>Método Expositivo</p> <p>Técnica Grupal</p>	<p>Construcción de nuevos conocimientos El educador realizó la exposición a través de los materiales visuales como rotafolio con láminas ilustrativas didácticas y otros medios de manera sencilla y clara sobre el tema.</p> <p>Transferencia El educador solicitó que conformen 3 grupos los cuales les entregó tarjetas de los pasos de cómo darle el multimicronutrientes al niño, tuvieron que ordenarlo según criterio en el panel, luego un representante de cada grupo sustentó el tema y se discutió la presentación de los grupos. Luego el educador realizó un resumen según lo plasmado.</p>	<p>Laminas rotafolio afiches tarjetas de colores</p>	<p>20</p> <p>10</p>
3	<p>SALIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación 	<p>Método Activo participativo</p> <p>Técnica Interrogativa</p>	<p>Evaluación – Se les entregó a las participantes tarjetas donde escribieron las respuestas a las siguientes preguntas: 1. ¿Para qué sirven los micronutrientes? 2. ¿Cómo se preparan los multimicronutrientes o chispita? Luego cada madre colocó sus respuestas en el panel, y el educador realizó una síntesis del tema.</p>	<p>Tarjetas de colores Cinta maskig</p>	<p>5</p>

VI. EVALUACIÓN

Se evaluó de la siguiente manera:

- **Método:** Activo - participativo
- **Técnica:** Interrogativa
- **Descripción:**

Se les entregó a las participantes tarjetas donde escribieron las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Para qué sirven los micronutrientes?
2. ¿Cómo se preparan los multimicronutrientes o chispita?

Luego cada madre colocó sus respuestas en el panel, y el educador realizó una síntesis del tema.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO

ANEXO N° 6

CALCULO DE LA MUESTRA

$$N = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1) e^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

N = tamaño de la población

Z = multiplicador de confianza de la distribución normal para un nivel de confianza de 1.96

P = Probabilidad a favor = 0,5

q = Probabilidad en contra = 0,5

e = Error mínimo aceptable = 5%

α = precisión en las mediciones = (0,1)

Resultado:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 85}{84(0,05)^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{81,634}{0,21 + 0,9604}$$

$$n = \frac{81,634}{1,1704}$$

$$n = 69,75$$

Hallar el n:

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}; \text{ Si } n/N > 0,10$$

$$\frac{n}{N} = \frac{69,75}{85} = 0,82 > 0,10$$

$$\Rightarrow nf = \frac{69,75}{1 + 0,82} = \frac{69,75}{1,82} = 38,324$$

$$n = 39$$

ANEXO N° 7

PRUEBA DE NORMALIDAD

Prueba de normalidad Peso

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
d_peso	39	0.95426	1.773	1.203	0.11440

Prueba de normalidad de Estatura/Talla

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
d_talla	39	0.95678	1.675	1.084	0.13910

La prueba de Shapiro Wilk no resulta significativo (Prob >z), lo que indica las variables peso y talla, tiene una distribución normal.

ANEXO N° 8
MATRIZ DE DATOS SEGÚN MEDIDA ANTROPOMÉTRICA
Seguimiento de peso

EDAD	SEXO	Peso_i	Peso_1	peso_2	peso_3	peso_4	peso_f
6	2	8.8	9.1	9.3	9.5	9.9	10.0
6	2	8.1	8.4	8.9	9.2	9.8	9.9
6	2	7.2	7.6	7.7	7.8	8.0	8.1
6	1	9.4	9.5	9.7	9.9	10.2	10.6
6	1	8.4	8.7	8.8	8.9	9.4	9.5
6	1	8.6	8.8	9.0	9.8	10.4	10.9
7	2	9.1	9.5	9.7	10.0	10.2	10.8
7	1	10.0	10.4	10.8	11.2	11.7	12.0
7	2	7.7	8.0	8.3	8.5	8.8	9.4
7	2	8.7	9.2	9.5	10.0	10.4	11.1
8	2	7.3	7.8	7.9	8.1	8.4	8.7
8	1	9.4	10.0	10.4	11.0	11.5	11.9
8	2	8.9	9.2	9.5	9.8	10.1	10.5
8	1	8.2	9.0	9.4	9.6	10.1	10.5
9	2	7.0	7.0	7.3	7.5	7.8	8.0
9	2	9.0	9.2	9.5	9.9	10.1	10.4
9	2	10.3	10.7	10.7	11.0	11.3	11.8
9	2	9.7	10.6	10.4	10.4	10.6	10.7
10	2	9.8	10.9	10.6	11.0	11.2	11.5
10	2	8.9	8.9	9.0	9.3	9.5	10.0
11	2	10.4	10.7	10.8	11.0	11.2	11.7
11	2	8.4	9.0	9.4	9.7	10.0	10.5
11	2	7.7	7.8	8.0	8.1	8.2	9.0
11	1	9.9	10.0	10.2	10.4	10.7	11.0
11	1	8.0	8.2	8.4	8.6	8.8	10.0
11	1	8.7	9.2	9.5	10.0	10.4	11.0
12	1	9.8	9.9	10.2	10.3	10.5	10.6
12	2	11.5	12.5	12.2	12.0	12.0	12.4
12	2	10.2	10.8	11.2	11.0	11.5	11.8
12	1	10.5	10.6	10.8	11.3	11.4	12.1
12	2	9.7	10.5	10.7	10.5	10.6	11.0
13	2	9.8	10.0	10.4	10.8	11.0	11.5
13	1	9.7	10.0	10.4	11.0	11.6	12.0
14	1	9.4	9.5	10.0	10.1	10.2	10.6
14	1	12.0	12.6	12.8	13.2	13.3	13.9
14	2	10.5	10.6	10.8	11.3	11.4	12.1
17	1	10.2	10.9	11.1	11.2	11.3	11.5
16	2	11.5	11.7	11.8	12.1	12.5	12.8
13	1	11.6	11.9	12.2	12.4	12.7	13.0

Seguimiento de estatura/Talla

EDAD	SEXO	Talla_i	Talla_1	Talla_2	Talla_3	talla_4	Talla_f
6	2	66	68	70	71	72	73
6	2	66	67	70	70.4	71.4	73
6	2	66	68	70	71	72	73
6	1	69	71	72	73	75	77
6	1	69	70	72.3	73	74	75
6	1	69	70	72	73	75	77
7	2	67	68	70	71	72	74
7	1	73	74	75	76.9	78	79
7	2	65	67.5	69	70	71	73
7	2	69	70	73	74	74.5	76
8	2	67	68.5	70	71	73	75
8	1	71	71.5	72.5	75	76	78
8	2	69	70.5	72	74	75	76
8	1	68	71	72	73	74	75
9	2	68	69	70	72	72.5	73
9	2	70	71	73	75	76	77
9	2	72	73	75	75.9	77	79
9	2	70	71	72	74	75	77
10	2	70	71	73	75	76	77
10	2	73	74	76	76	77	78
11	2	73	74	74	75	76	78
11	2	70	72.5	74	76	78	79
11	2	68	68.5	69	71	73	74
11	1	75	75	76	77	78	79
11	1	72	73	73	74	76	78
11	1	71	72	73	74	76	78
12	1	73	74	75	77	78	79
12	2	78	78	79	80	80	81
12	2	72	73	74	75	77	79
12	1	76	77	78	80	81	83
12	2	72	72	73	75	76	78
13	2	78	78	79	80	81	83
13	1	74	76	77	79	81	83
14	1	73	75	77	78	79	80
14	1	79	80	82	84	86	87
14	2	76	77	78	79.2	81	82
17	1	76	78	79	80	81	82
16	2	80	81	82	83	84	86
13	1	77	78	79	80	81	82