

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN DE LA  
MALNUTRICIÓN A LAS MADRES DE NIÑOS  
MENORES DE TRES AÑOS EN EL PUESTO DE  
SALUD AZAPAMPA. CHILCA. HUANCAYO.  
2014-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LUCY GIOVANNA VIDAL PEREZ**

**CALLAO, 2018**

**PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lucy Giovanna Vidal Perez', is located to the right of the text 'PERÚ'.

## **HOJA DE REFERENCIA DE JURADO**

### **MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:**

<b>MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA</b>	<b>Presidenta</b>
<b>DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI</b>	<b>Secretaria</b>
<b>DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA</b>	<b>Vocal</b>

**ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA**

**N° DE LIBRO: 005**

**N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 036**

**Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018**

**Resolución de Decanato N°077-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

**LIC. VIDAL PEREZ LUCY GIOVANNA**



## INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Descripción de la Situación Problemática.....	3
1.2. Objetivo .....	5
1.3. Justificación.....	5
II. MARCO TEÓRICO .....	6
2.1. Antecedentes.....	6
2.2. Marco Conceptual .....	9
2.3. Definición de términos .....	49
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL .....	52
3.1. Recolección de Datos.....	52
3.2. Experiencia Profesional.....	53
3.3. Procesos Realizados del Informe .....	55
IV. RESULTADOS .....	57
V. CONCLUSIONES.....	62
VI. RECOMENDACIONES .....	63
I. REFERENCIALES .....	64
ANEXOS.....	66

## INTRODUCCIÓN

Se entiende por malnutrición la carencia, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Los niños que pesan menos de lo que corresponden a su edad sufren insuficiencia ponderal que se evidencia en el retraso del crecimiento.

Una alimentación adecuada es clave para un desarrollo integral y una vida digna. Sin embargo muchas veces las condiciones económicas y sociales dificultan una alimentación de calidad.

El presente trabajo académico profesional titulado "Educación a la madre de niños menores de tres años para prevenir la malnutrición en el puesto de salud de Azapampa 2014 – 2016" tiene por finalidad demostrar que la madre que dirige la nutrición del niño mejorara su estado de crecimiento y es el eje importante en la nutrición del niño.

Asimismo contribuir a identificar oportunamente una buena consejería sobre alimentación en los niños menores de tres años el cual es un paso importante para prevenir la malnutrición en la primera infancia.

Espero este documento sirva de referencia a otros profesionales.

La importancia de proteger la salud durante la infancia radica en que, en este período, se establece los cimientos de la salud en la edad adulta; así mismo se contribuye a un adecuado desarrollo de la población infantil y se consigue mejorar su estado de salud mediante la promoción de hábitos y estilos de vida.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la Situación Problemática**

De acuerdo a la OMS la malnutrición alcanza más de la mitad de muertes en niños no solo la falta de acceso de alimentos, también los métodos de alimentación o las infecciones como las diarrea, la neumonía el sarampión y la malaria deterioran la nutrición.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en la región costa, el porcentaje de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años fue menor primer semestre del 2008, y fue incrementando en el primer semestre de 2010. Observándose un incremento de consideración en este último año. Uno de los problemas nutricionales en el niño está dado por la mal nutrición.

La técnica inadecuada de amamantar elegir alimentos inadecuados y no asegurarse de que el niño haya comido lo suficiente contribuyen a la malnutrición que es el factor más influyente en el crecimiento y desarrollo de los niños los padres tienen la principal responsabilidad de la alimentación de sus hijos y el nivel de conocimiento que tienen acerca de la alimentación saludable

En todas sus formas la malnutrición abarca la desnutrición (emacian retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal) los desequilibrios de

vitaminas o minerales el sobrepeso la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Frente a esta situación problemática y teniendo en cuenta la importancia de la prevención en malnutrición por desconocimiento de las madres en la alimentación saludable en sus niños y por desconocimiento no preparaban bien los alimentos para sus niños con previo conocimiento de la magnitud del problema, surgió el interés por realizar el informe laboral sobre este tema, analizando el tema de educación a las madres menores de niños de 3 años

Uno de los problemas nutricionales en el niño está dado por la mal nutrición.

El profesional de enfermería del primer nivel de atención, como miembro del equipo multidisciplinario, cumple funciones preventivo promocionales enmarcadas dentro de un enfoque holístico, viendo a la persona de forma integral. Los programas educativos liderados por enfermería son útiles para promover y promocionar diversas actividades con el objetivo de brindar conocimientos que mejoren el bienestar de la comunidad, familia y persona.

## **1.2. Objetivo**

Describir la educación en prevención de la malnutrición a las madres de niños menores de tres años en el puesto de salud azapampa. Chilca. Huancayo. 2014-2016

## **1.3. Justificación**

El presente trabajo académico profesional se justifica porque en el puesto de salud de Azapampa se ha podido observar a través del tiempo (2014) que las madres de familia adoptan comportamientos que evidencian situaciones no adecuadas para el mantenimiento de la nutrición de sus hijos y carecían de conocimientos básicos de alimentación saludable lo que originaba un factor para la presencia de malnutrición en los niños que se manifiesta en la concurrencia de los hijos con bajo peso

Se justifica además porque de la aplicación de las estrategias adecuadas se podrá proponer mecanismos de solución para implementar la mejora frente a la situación encontrada y mejorar la nutrición de los niños menores de tres años.

Por otra parte los resultados encontrados permitirán proponer la creación de normas a fin de solucionar la problemática.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios así tenemos

**CORONADO Escobar Zully Yanira** en Quetzaltenango – Guatemala (2014) realizó un estudio sobre “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años *“con el objetivo de describir los factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud del valle de palajunoj”* el objetivo es describir los factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud del valle del Palajunoj, cuyas conclusiones fueron que existe evidencia sobre el desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición el cual es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas esto no les permite darle importancia debida al problema de desnutrición además desconocen consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus niños

**LUNA Caicedo Olga lucia, VARGAS Triana Ana Isabel** en Usaquén - Bogotá (2008) “La malnutrición infantil en niños y niñas de 0 a 5 años” con el objetivo de identificar los niveles de nutrición en niños y niñas de 0 a 5 años cuyas conclusiones fueron la evidente

necesidad de transformar los hábitos alimenticios, integrar la comunidad en procesos de formación permanente reflexión en cuanto a la adecuada ingesta diaria para la promoción de una vida saludable

**VALENCIA** Peña Pilar Allue en Lima – Perú (2014) el trabajo tiene como título “Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca en el 2013 el objetivo fue determinar el estado nutricional de la población menor de 5 años cuyas conclusiones fueron: los niños eutróficos prevalecen en todas las clasificaciones utilizadas en el presente estudio. Observando los resultados existen diferencias al evaluar el estado nutricional de los niños menores de los niños menores de 5 años adscritos al puesto de salud de Aynaca, al utilizar las diferentes clasificaciones

**FERNANDEZ** Contreras, Demari Y Montenegro Neira, Gisela Libeth en Jaén - Perú (2013), en su estudio titulado “Factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en el sector Magllanal, tiene como objetivo determinar los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años, se concluye que los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en su

mayoría son madres , adultas jóvenes de ocupación ama de casa, con educación primaria incompleta , tienen un ingreso económico menor a un sueldo vital.

**Ruiz Collazos Sor Faustina** en Ate vitarte – Lima en su trabajo titulado “ Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos a cinco años de edad puesto de salud Túpac Amaru Ate Vitarte cuyo objetivo es determinar los factores sociodemográficos asociados a la desnutrición en niños de dos a cinco años de edad puesto de salud Túpac Amaru Ate Vitarte, cuyas conclusiones fueron que los factores sociodemográficos predominantes fue el factor económico, ingreso familiar reducido y vivienda inadecuada . Los niños de 2 a 5 años tenían estado nutricional normal

**FARFAN Dianderas Catalina** en Lima – Perú (2015) el título del proyecto “Relación del estado nutricional y anemia ferropenica en niños menores de dos años evaluados en el centro materno infantil Miguel Grau, cuyo objetivo es establecer la relación entre el estado nutricional y la anemia ferropenica en niños menores de dos años evaluados en el centro materno infantil Miguel Grau, las conclusiones fueron que no existe relación entre el estado nutricional y la anemia ferropenica, teniendo un buen estado nutricional existen

diversos factores que ocasionan la anemia en los niños comprendidos entre las edades estudiadas, así como niños que presentaban desnutrición o sobrepeso puede o no presentar anemia ferropénica.

## **2.2. Marco Conceptual**

**Malnutrición.-** alteración de la nutrición, tanto por defecto (desnutrición) como por exceso (hipernutrición). Es, por tanto, el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes que puede llevar a un síndrome de deficiencia, dependencia, toxicidad u obesidad. La producción mundial de alimentos es actualmente suficiente para proporcionar una dieta adecuada a todos los habitantes del planeta. Pero, frente a la terrorífica realidad del hambre en el mundo (120 millones de niños menores de 5 años sufren malnutrición proteica y 2.000 millones de personas presentan carencias de micronutrientes), en los países industrializados las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con un exceso de alimentos (enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) van en aumento y representan la causa más frecuente de mortalidad entre sus habitantes.

La desnutrición se produce por una ingesta inadecuada, mala absorción digestiva, pérdida anormal de nutrientes por el tubo

digestivo, hemorragia, fallo renal o excesiva sudación, infección o adicción a drogas. La hipernutrición se origina por una ingesta excesiva, ejercicio insuficiente, abuso de dietas terapéuticas. Incluyendo la nutrición parenteral, excesiva ingesta de vitaminas sobre todo B6, niacina y vitaminas A y C, e ingesta excesiva de minerales.

Ambos tipos de malnutrición se desarrollan en varias etapas que habitualmente requieren un tiempo considerable. De lo anterior podemos concluir que la malnutrición es un cuadro clínico caracterizado por una alteración en la composición de nuestro cuerpo, ocasionado por un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales básicas. Se la observa frecuentemente en el curso de la mayoría de las enfermedades en las cuales existe cierto compromiso del estado general. A pesar de los grandes avances tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades, algo tan importante como la alimentación y el cuidado nutricional continúa en muchos casos cayendo en el olvido. Por lo que resultaría muy difícil lograr que las personas enfermas se recuperen si su cuerpo no cuenta con el ingreso de energía suficiente y los nutrientes necesarios para llevar a cabo los distintos procesos metabólicos, como por ejemplo la producción de proteínas. La malnutrición, o las condiciones físicas indeseables o de enfermedad que se relacionan con la nutrición, se

pueden deber a comer muy poco, demasiado, o por una dieta desequilibrada que no contiene todos los nutrientes necesarios para un buen estado nutricional. Un pre requisito esencial para prevenir la malnutrición en una comunidad es la disponibilidad adecuada de alimentos que permita satisfacer las necesidades nutricionales de todas las personas. Para que haya suficiente disponibilidad, debe haber una buena producción de alimentos o suficientes fondos a nivel nacional, local o familiar para comprar aquéllos que sean necesarios.

La malnutrición se puede manifestar como un problema de salud y los profesionales de la salud ofrecen algunas respuestas, pero ellos solos no pueden solucionar el problema de la malnutrición. Se requiere de los técnicos agrícolas y con frecuencia de los profesionales de la agricultura, para que se produzca suficiente cantidad de alimentos y para que se haga una selección correcta de alimentos. Los educadores, formales y no formales, son necesarios para ayudar a la gente, especialmente a las mujeres, a lograr y mantener una buena nutrición. A fin de atacar la malnutrición, con frecuencia se requiere la contribución de profesionales en economía, desarrollo social, política, gobierno, de la fuerza laboral y otras muchas esferas.

**Causas de la malnutrición en los niños de < de 3 años.**-Muchas son las causas que pueden llevar a la malnutrición, podemos agruparlas de la siguiente manera para su mejor comprensión

**Insuficiente ingesta de nutrientes:** Generalmente se produce secundariamente a una enfermedad, salvo condiciones de extrema pobreza. Entre las causas encontramos la dificultad para deglutir, mala dentición, poca producción de saliva por alteración de las glándulas salivales o enfermedades del aparato digestivo que provocan dolor abdominal y vómitos con disminución de la ingesta en forma voluntaria. Cuando las personas están hospitalizadas, es frecuente mantenerlas en ayuno como tratamiento y aportarles únicamente sueros o alimentarlos con dietas poco apetitosas. También puede presentarse en aquellos con pérdida del apetito, característico las personas con cáncer.

**Pérdida de nutrientes:** En muchos casos puede producirse una mala digestión o mala absorción de los alimentos o por una mala metabolización de los mismos. Pueden deberse a una disminución en la producción de enzimas salivales o pancreáticas o de bilis en el hígado, enfermedades inflamatorias intestinales y cirrosis hepática. Todos éstos provocan una pérdida de nutrientes por mala absorción intestinal.

**Aumento de las necesidades metabólicas:** Muchas enfermedades desencadenan un aumento en el metabolismo con un mayor consumo de energía y de las necesidades metabólicas. Como por ejemplo cirrosis, hemodiálisis, enfermedades pulmonares o insuficiencia cardíaca. Si no son diagnosticadas precozmente desencadenan o agravan cuadros de malnutrición.

**Consecuencias de la malnutrición en niños < de 3 años:** Van a ser diferentes si se deben a una enfermedad crónica y ayuno parcial que si se trata de una enfermedad aguda con ayuno total. También serán diferentes las manifestaciones si predomina el déficit de calorías o el de proteínas, aunque en la mayoría de los casos se acepta que se trata de un trastorno mixto, sobre todo en la malnutrición asociada a enfermedad.

**Efectos provocados en distintos órganos y sistemas:**

**Músculo esquelético:** Atrofia de fibras musculares que provoca pérdida de fuerza y disminución de resistencia al esfuerzo.

**Piel y faneras:** Adelgazamiento y pérdida de la elasticidad de la piel, y en fases más avanzadas zonas eritematosas, atróficas e hiperpigmentadas. Mayor facilidad de úlceras de decúbito. Retraso en la cicatrización de las heridas. Cabello ralo y seco, con mayor tendencia a la caída. Uñas quebradizas y con surcos por trastornos en su crecimiento.



Cardiovascular: Disminución de la masa cardíaca. Disminución del índice cardíaco. Trastornos de la conducción. Volumen intravascular disminuido. Consumo de O<sub>2</sub> disminuido en ayuno y aumentado en síndrome de agresión.

**Hígado.** Esteatosis hepática.

**Funciones endocrina.** Alteración en los niveles de insulina (disminuida en ayuno, aumentada en síndrome de agresión). Disminución de hormonas tiroideas en el ayuno, y aumentadas en el síndrome de agresión. Disfunción gonadal primaria (amenorrea).

**Riñón.** Disminución de la densidad de la orina y poliuria. Variaciones en el filtrado glomerular por los cambios en el gasto cardíaco. Pérdida de la capacidad de la acidificación urinaria y acidosis metabólica.

**Aparato respiratorio.** Cambios estructurales pulmonares, disminución del surfactante pulmonar, pérdida de masa del diafragma, alteración de los mecanismos de control de la ventilación con menor respuesta ventilatoria a la hipoxia.

**Gastrointestinal.** Disminución de la producción de IgA secretoria, atrofia de las vellosidades y disminución de la función barrera frente a las infecciones.

**Consecuencias inmunológicas.** No solo grandes variaciones, sino pequeñas magnitudes de pérdida de peso pueden influir en la función inmune. La malnutrición es la causa más frecuente de inmunodepresión, sobre todo la de tipo kwashiorkor (proteica), provocando gran susceptibilidad a la infección. Mecanismos:

Alteración de la integridad cutáneo-mucosa (piel afectada, disminución de IgA secretora y alteración intestinal);

Alteración de la inmunidad no específica (alteración de la función presentadora del Ag. por los macrófagos, disminución de la producción de citosinas por el macrófago, disminución de la capacidad bactericida de los PMN y alteración del sistema del complemento);

Alteración inmunidad humoral (el sistema menos afectado, y probablemente las alteraciones en las células B, son secundarias a las alteraciones en las células T

Alteración de la inmunidad celular (involución tímica, disminución número total de linfocitos T, sobre todo CD4, disminución de la respuesta de hipersensibilidad retardada, y disminución de producción de linfocinas por los linfocitos T).

En ausencia de enfermedad, la inanición conduce a la muerte cuando se pierde un 40-66% del peso ideal.

Consecuencias en cuanto a la educación: bajo rendimiento escolar, aislamiento, somnolencia, cansancio muscular, comportamientos de (hiperactividad, hipo actividad, rebeldía,) ansiedad.

Clasificación de la malnutrición:

Desde un punto de vista etiológico se puede dividir la malnutrición en dos grandes categorías: primaria y secundaria.

La malnutrición primaria se debe a un aporte insuficiente de calorías y nutrientes y su origen radica habitualmente en la pobreza siendo la prevalente en los países en vías de desarrollo.

La malnutrición secundaria es el resultado de enfermedades que alteran la capacidad de ingerir, absorber o metabolizar adecuadamente los alimentos o de una insuficiente ingesta que no cubre las mayores pérdidas o requerimientos de la enfermedad de base. Es la malnutrición que puede observarse en los países desarrollados. Su prevención y detección precoz es importante pues esa situación deficitaria puede alterar la respuesta al tratamiento y el curso de la enfermedad.

Desde el punto de vista clínico, la malnutrición puede presentarse de tres formas: marasmo, kwashiorkor y formas combinadas entre los

dos extremos. Las formas puras son poco frecuentes y la mayoría de los sujetos presenta signos y síntomas de ambas. Su mayor o menor preponderancia depende del balance de proteínas y no-proteínas como fuentes energéticas. Cada una de ellas puede ser dividida en función de su intensidad como ligera, moderada o grave según el porcentaje de peso esperado para la altura utilizando estándares internacionales: normal, 90% a 110%; malnutrición ligera, 85% a 90%; moderada, 75% a 85%; grave, < 75%.

El marasmo se produce un deficiente aporte de nutrientes proteicos y no proteicos. El niño con marasmo consume muy pocos alimentos -a menudo, la madre es incapaz incluso de amamantarlo- y es muy delgado por pérdida tanto de músculo como de grasa corporal.

El kwashiorkor es una palabra africana que significa "primer niño-segundo niño" y que viene por el hecho de que el primer hijo desarrolla esta malnutrición cuando nace el segundo hijo y le sustituye en la toma de leche materna. El niño que sufre el destete es alimentado con productos de muy escasa calidad nutricional (comparados con la leche materna) y deja de ganar peso. La deficiencia proteica es normalmente más marcada que la energética con la consiguiente aparición de edemas. Los niños con kwashiorkor tienden a ser mayores (edades superiores al año) que los que

desarrollan marasmo ya que suelen desarrollar el proceso a partir del destete.

La desnutrición mixta es la más frecuente en los hospitales. Son pacientes con cierto grado de desnutrición calórica previa que, ante un proceso agudo, presentan un incremento de los requerimientos proteicos que desencadenan el proceso.

Desnutrición relacionada con el estrés, sobre todo en pacientes hospitalizados con una infección grave o una intervención quirúrgica mayor, de instauración rápida, con clínica y analítica similar al kwashiorkor (kwashiorkor-like, pérdida de calorías y de proteínas), pero de etiopatogenia diferente y trascendencia clínica más dramática, ya que empeora el pronóstico, aunque suele ser transitoria, resolviéndose con la mejoría del cuadro clínico que la ha precipitado, siempre que no se prolongue demasiado.

#### Estado nutricional

Es la situación física en la que se encuentra una persona como consecuencia de la relación que existe entre el aporte y el consumo de energía y nutrientes. Por lo tanto, evidencia si los nutrientes ingeridos son suficientes para cubrir las necesidades del organismo. Un individuo bien nutrido presenta un funcionamiento correcto de todos sus sistemas celulares, tanto en situaciones fisiológicas (crecimiento, lactancia, embarazo, ancianidad, etc.) como en

situaciones patológicas (respuesta frente a infecciones, enfermedades agudas o crónicas, intervenciones quirúrgicas, entre otras)

### **Factores que condicionan el estado nutricional**

Existen numerosos factores que condicionan el estado nutricional. Se han realizado diferentes clasificaciones de estos factores, siguiendo distintos criterios. En este caso se ha dividido en tres grandes grupos: sociodemográficos y económicos, culturales y sanitarios, destacando en cada uno de ellos un aspecto que resulta especialmente relevante.

Si definimos la seguridad alimentaria como la situación existente cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana

**Factores sociodemográficos, económicos** y disponibilidad de alimentos el modelo de consumo alimentario en los países pobres se caracteriza por una alimentación monótona donde el alimento base proporciona el 60-90% del aporte energético, con una pequeña cantidad de productos animales en la composición de la ración, con un aporte glucémico elevado (en forma de azúcares complejos), un aporte proteico discreto (y esencialmente vegetal) y un aporte

elevado de fibras. Las consecuencias que este modelo tiene para la salud pública van en la línea de carencias en energía y proteínas o carencias específicas de minerales o vitaminas. Este modelo de consumo alimentario se ve influenciado por muchos factores, entre ellos el nivel educativo y social de las mujeres (alfabetización de las mujeres) como las principales gestoras de la alimentación en una sociedad, la situación económica del país (el producto nacional bruto), las comunicaciones y los transportes, las políticas agrarias, las características geográficas, el clima, el acceso a agua potable, etc. Una patología viene determinada, además del comportamiento alimentario, por otros factores de riesgo como la predisposición genética, factores comportamentales o ambientales, económicos o sociales.

### **Factores culturales y hábitos alimentarios**

Sólo cuando una persona cuenta con alimento suficiente para satisfacer el hambre, puede interesarse en otro significado cualquiera del mismo. Es la alimentación una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos, pues el alimento es una forma de comunicación, vehículo de conductas, normas y prohibiciones religiosas. Cada comunidad selecciona sus alimentos entre lo que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, medio

ambientales, socioeconómicas, entre otras. Los factores que afectan a la elección de los alimentos y que pueden condicionar el estado nutricional son, entre otros, las pautas de crianza, los cuidados y la alimentación del niño, el marco familiar, las preferencias alimentarias, los tabúes, la religión, el marco social, el costumbrismo, el nivel cultural, el marco educativo, los hábitos de higiene, el estado de salud, la educación nutricional, la publicidad, el marketing, la disponibilidad económica, etc. Los modelos alimentarios se crean en torno a una geografía concreta de cultivos y cría de animales, según los adelantos tecnológicos y la capacidad económica de la comunidad. Entonces, los hábitos alimentarios específicos se adaptan a la situación, siendo influidos por creencias religiosas y prohibiciones impuestas.

### **Factores sanitarios, nutrición e infecciones**

El estado nutricional está estrechamente relacionado con el sistema inmunitario, de manera que un estado nutricional deficitario limita la capacidad de reacción del sistema inmune, disminuyendo la resistencia del individuo a las infecciones. A la vez, las infecciones van a agravar la malnutrición preexistente, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper. Los efectos de la nutrición y la infección sobre el organismo no sólo se suman sino que se potencian, estableciéndose un efecto sinérgico.



El estado inmunitario se agrava considerablemente en la malnutrición. Por eso, los episodios de infecciones son mucho más severos en niños malnutridos. De manera que si no se trabaja por mejorar el estado nutricional de la población, las medidas encaminadas a disminuir la prevalencia de determinadas enfermedades infecciosas serán siempre menos efectivas de lo que podrían resultar. Los niños con retraso en el crecimiento debido a una alimentación insuficiente y a enfermedades recurrentes suelen presentar mayor número de episodios diarreicos graves, además de ser más vulnerables al desarrollo de algunas enfermedades infecciosas como el paludismo, la meningitis, las neumonías, etc. Conocer la prevalencia de determinadas enfermedades infecciosas nos da una idea interesante del estado nutricional de esa población

### **Formas de evaluar el estado nutricional**

a. Determinación de la ingesta de nutrientes consiste en cuantificar los nutrientes ingeridos durante un período que permita suponer que responde a la dieta habitual. Cuando estas cantidades de nutrientes se comparan con tablas de ingestiones recomendadas, podemos tener una idea de qué es lo que tomamos en exceso y qué en defecto. En estas encuestas se valoran los alimentos ingeridos durante un cierto número de días, mediante tablas de composición de alimentos, y se cuantifican los nutrientes. Finalmente, se compara

lo ingerido con lo recomendado según tablas de composición de alimentos. Básicamente, existen 3 ámbitos distintos de encuestas: a escala nacional (hojas de balance alimentario que permiten conocer la disponibilidad de alimentos de un país), a escala familiar (encuestas de presupuesto familiar, inventarios dietéticos familiares) y a escala individual, que es lo que genéricamente se conoce como encuestas nutricionales. A su vez, de éstas también hay muchos tipos: el diario dietético, el recordatorio de 24 horas o el cuestionario de frecuencia.

Determinación de la estructura y composición corporal para medir la estructura corporal se usan las medidas antropométricas básicas (según las tablas de la OMS - 2006) de peso para la edad, talla o longitud para la edad y peso para la talla o longitud.

#### Evaluación clínica del estado nutricional

En caso de malnutrición específica de algún nutriente o generalizada, cuando llega a un grado importante de gravedad da lugar a la aparición de signos clínicos evidentes en ciertas zonas u órganos corporales tales como la cara, cabello, cuello, ojos, labios, dientes, encías, lengua, piel, uñas, tejido subcutáneo, abdomen, aparato genital, sistema esquelético y extremidades inferiores.

## **Indicadores antropométricos**

**Peso para la talla:** Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición. El déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

**Talla para la edad:** Esta tabla mide el crecimiento lineal de su hijo con relación a la edad y su tendencia en el tiempo, siendo este crecimiento lineal una respuesta a una dieta adecuada y así mismo a un buen estado nutricional. El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica.

**Peso para la edad:** Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento.

### **Nutrición. Alimentación balanceada**

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una mejor salud.

Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial. A consecuencia del alza de los precios de los alimentos y el descenso de la productividad agrícola, la seguridad alimentaria en el mundo está cada vez más amenazada, lo que podría llevar a un aumento de la desnutrición. Por el contrario, algunas poblaciones se enfrentan a un notable aumento de la obesidad. La alimentación equilibrada, es aquella que incluye una diversidad suficiente de alimentos en las cantidades adecuadas, en función de las características de cada persona y de su estilo de vida que garantiza que se cubran los requerimientos de energía y nutrientes que nuestro organismo necesita para mantener un buen estado nutritivo, de salud y bienestar. Mediante una alimentación balanceada se puede controlar los requerimientos logrando un equilibrio y evitando así un déficit o exceso de los principales nutrientes. Debe ser suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del organismo y mantener el

estado nutricional. Debe ser completa en el sentido de considerar a la alimentación como una dieta indivisible entre todas las sustancias que la integran y satisfacer el hambre. Debe ser adecuada para cumplir su finalidad alimenticia de acuerdo a la edad, sexo, peso, actividad, estado fisiológico, disponibilidad de alimentos, hábitos y situación económica de la persona que va a consumir. Siendo fundamental en la infancia y en la adolescencia que son etapas básicas en crecimiento y formación del organismo humano.

**La alimentación balanceada se puede clasificar en:** Alimentos energéticos: Son los que proveen la energía para realizar distintas actividades físicas y también nos proporcionan calor para mantener la temperatura corporal. Están constituidos por los carbohidratos y lípidos. Los carbohidratos o glúcidos se encuentran en los cereales (maíz, trigo, avena, cebada, arroz) y sus derivados (harinas, pan, galletas, fideos), los tubérculos (papa, camote), los granos (arvejas, garbanzos, lentejas), los glúcidos o azúcares se encuentran en la miel, las frutas (plátano, ciruela, manzana), los caramelos, refrescos, chocolates; los lípidos o grasa que se obtienen de aceite, embutidos, mantequilla, manteca, etc. Los cuales se consumen poco a poco, por lo que van formándose depósitos, acumulándose en muchas partes del cuerpo. Estos depósitos sirven de reserva de energía. Ambas clases de alimentos se combinan con el oxígeno que respiramos, al combinarse producen caloría y energía.

**Alimentos constructores:** Son aquellos alimentos que contienen nutrientes y participan de algún modo en el crecimiento y mantenimiento de las células, además nos van a permitir crecer, estudiar, adecuadamente en cada una de las etapas. Son alimentos que contienen proteínas las cuales se encargan de brindarnos las sustancias necesarias para crecer, construir o formar los tejidos de nuestro cuerpo, reparar o cicatrizar las partes que han sido dañadas por una cortadura, un golpe, etc. Así mismo se encarga de formar y fortalecer la piel, músculos, huesos, uñas, dientes, etc., evita la anemia así como la fatiga muscular y facilita las reacciones químicas necesarias para el mantenimiento de la vida. En este grupo se encuentran todos los alimentos de origen animal, es decir, la carne, pollo, cerdo, pescado, vísceras, mariscos, moluscos, huevos, la leche y derivados, las legumbres que contienen proteínas en regular cantidad (como los frejoles, lentejas, habas, garbanzos, etc.). Estos alimentos son buena fuente de proteínas, grasas y hierro. Adicional a ello, los lácteos proveen calcio al organismo y los alimentos que vienen del mar son fuentes de fósforo.

**Alimentos reguladores:** Estos alimentos aportan vitaminas, minerales y fibra al cuerpo. Contribuyen al buen funcionamiento intestinal y previenen algunas enfermedades. Contienen sustancias que utiliza el organismo en cantidades muy pequeñas para asimilar correctamente los alimentos y así contribuir a coordinar el

funcionamiento del cuerpo, además permiten fortalecer nuestro sistema inmunológico. Dentro de estos alimentos se encuentran: Las frutas, verduras hortalizas y el agua, lechuga, tomate, cebolla, brócoli, coliflor, zanahoria, pimentón, naranja, guayaba, piña y el mango entre otros, estos alimentos ayudan a una buena visión, formación y conservación de la piel, además colaboran en la prevención del cáncer y la disminución de los niveles de colesterol. Se consideran que estos alimentos no aportan calorías al organismo. Dentro de este grupo de alimentos también se incluye a los minerales como el hierro, fósforo, calcio, zinc, yodo, etc. y el agua. Según el doctor Meyer Magarici la lonchera es: "Cajita portadora de alimentos que contribuyen a que el niño mantenga una dieta balanceada y realmente nutritiva". Debe contener alimentos energéticos, reguladores y constructores. Sus funciones son mantener suficientes reservas de nutrientes durante el día escolar, suministrar alimentos nutritivos que al pequeño le gusten y crear hábitos saludables de alimentación. Por lo tanto, la lonchera contribuye a que el niño mantenga una dieta balanceada durante el día con suficientes reservas de nutrientes para recuperar las energías perdidas durante sus actividades. Los alimentos prohibidos en las edades de 2 a 5 años son los alimentos viscosos o adherentes, difíciles de ser eliminados de la cavidad bucal y con un alto contenido en azúcares. No deben incluirse en la dieta el pan

dulce y las golosinas. Los alimentos preparados deben ser sencillos: prefiriendo el cocido y el asado como técnicas de cocción y conviene desalentar el abuso de sal. Cuando los niños comienzan a ir al jardín a los 2 años entran a una etapa de la vida infantil que no solo implica drásticos cambios en la rutina afectiva y social, sino en su alimentación, porque la lonchera forma parte importante en la dieta diaria que el niño consume. El requerimiento energético del niño se define como la ingesta calórica necesaria para mantener un estado de salud y crecimiento normal, así como un nivel de actividad física adecuado.

Clasificación de la desnutrición: De acuerdo a los indicadores antropométricos (Peso, Talla, Edad).

**Desnutrición aguda (Peso/falla):** Deficiencia de peso para la talla es un indicador de desnutrición, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato, y que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.

**Desnutrición Crónica (Talla/Edad):** Es 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.



La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. 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.

**Desnutrición Global o Crónica reagudizada (Peso/Edad):** Este tipo de desnutrición se determina al comparar el peso del niño con el esperado para su edad y sexo. El peso para la edad es considerada como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente. Se considera severa para niños con 3 o más desviaciones estándar por debajo de la media y total para niños con dos o más desviaciones estándar por debajo de la media.

Waterlow.-Propone 4 categorías para clasificar a los niños menores

**Eutrófico:** son niños Peso/talla normal y Talla/Edad normal

**Desnutrido agudo:** Son niños con Peso/Talla bajo y Talla/Edad normal.

**Desnutrido crónico:** Son los niños con Talla/Edad bajo y Peso/Talla normal.

**Desnutrido crónico reagudizado:** Son los niños con Talla/Edad y Peso/Talla bajo.

**Sobrepeso:** Es el incremento del 10% del peso en relación con el peso estándar correspondientes. Son niños que tienen el peso mayor del 10% por encima de la medida.

**Obesidad** son niños que tienen peso mayor de 20% por encima de la medida.

**El rol de los padres en la salud del niño:** El rol de los padres es fundamental en la educación alimentaria de los niños. La exposición reiterada al alimento puede terminar cambiando el rechazo inicial por aceptación y es la forma de establecer una dieta variada que asegure un patrón de alimentación saludable en el futuro”, comenta Marcela Giacometto, docente de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad Andrés Bello.

La formación de hábitos alimentarios saludables debe comenzar desde los primeros años porque los hábitos instalados tempranamente tienden a perdurar a lo largo de la vida. El rol de los padres en el desarrollo de hábitos saludables es fundamental ya que no sólo enseñan con el ejemplo, sino que los padres también son

quienes pueden orientar qué y cómo comen los niños. Es vital que los niños tengan una adecuada nutrición y una dieta sana para que su potencial de desarrollo sea óptimo. Durante la infancia y la adolescencia, los hábitos dietéticos y el ejercicio pueden marcar la diferencia entre una vida sana y el riesgo de sufrir enfermedades en años posteriores. Rol del profesional de enfermería en la nutrición del niño

### **EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD:**

Rol del profesional de enfermería en la nutrición del niño preescolar en los centros educativos La enfermería es una profesión de carácter humanista educativa y de servicio, la cual ha ido evolucionando durante siglos de acuerdo con el avance tecnológico y científico de los sistemas de salud. En los últimos años, se ha demostrado la necesidad de un proceso continuo de fortalecimiento y actualización de conocimientos, con el fin de ofrecer una atención de calidad que llegue a asistir las necesidades del presente y actualicen los conocimientos de las enfermeras los cuales deben responder a las necesidades e intereses, teniendo presente la realidad del servicio donde laboren.

Una de las actividades que debe desarrollar la enfermera, en su que hacer cotidiano, es el de educar al paciente, familia y comunidad, Respecto a medidas preventivo promocionales, promoviendo estilos

de vida saludables. El medio más utilizado para realizar ello es la actividad educativa, la cual es una intervención que se realiza con la finalidad de brindar conocimientos, cambiar actitudes y desarrollar destrezas en los participantes.

No obstante, otra fuente sostiene: "El personal de Enfermería pediátrica interviene directamente en la salud infantil mediante programas preventivos promocionales donde involucra también a la madre en la correcta alimentación del menor de edad con el objetivo de asignarle una conducta saludable que contribuya de una manera u aspecto positivo en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño por ello es necesario y vital crear estrategias y/o programas educativos para revertir y mejorar esta situación.

La enfermera debe:

Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida

Promover y apoyar la lactancia materna prolongada hasta los 2 años.

Promover y apoyar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses.

Promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos.

Detectar los riesgos de desnutrición a las deficiencias nutricionales y a establecidas en el niño menor de 5 años para su oportuna intervención.

Apoyar en las acciones de intervención en los niños con deficiencia nutricional.

Intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional.

### **Este trabajo se sustenta en la teoría**

Así mismo Jean Watson en la "Teoría del Cuidado Humano", define el cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad y compromiso en la acción de cuidar.

La enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado, generando y promoviendo la salud. Es lo que se busca en las madres de los niños el compromiso en el cuidado de sus hijos y que el profesional de enfermería incremente los conocimientos en ellas.

(MARTHA RAILE ALLIGOOD, 2015)

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esto las lleva o induce a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. [9]

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

**“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”**

## **METAPARADIGMAS:**

**Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

**Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

**Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

**Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como

una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las



fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishbein, 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.

La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento". Adicional a lo anterior, la auto-

eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.

La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de

riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autor reguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población. Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o

social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.

Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.

Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de

un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos: Estados emocionales, Autoestima, Grado de urbanización.

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, del examen físico y de la historia clínica, 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.

### **Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.**

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

Las características y experiencias individuales.

La cognición y motivaciones específicas de la conducta.

El resultado conductual.

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una **meta teoría**, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.

También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública.

El MPS se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

En cualquiera de los casos las intervenciones de enfermería podrían recluir modificaciones sociales o ambientales y también modificaciones en el comportamiento individual que incluyen cambios en las percepciones de sus sistemas de creencias, percepción del tema salud enfermedad. Identificar el funcionamiento de la familia desde el punto de vista cognitivo, afectivo y del comportamiento sería el foco que daría la idea de cómo ayudar a la familia en cambiar sus percepciones y creencias acerca de sus problemas de salud, para poder reducir o aumentar las emociones que podrían bloquear los esfuerzos de la familia para resolver el problema. En octubre de 1986, se celebró en Ottawa

(Canadá), la Primera conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en la que se caracterizó el proceso de proporcionar a los pueblos las medidas necesarias para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre las mismas ,estableció que la promoción se centra en alcanzar la equidad en salud. [10]

Desarrollar estrategias encaminadas a la Promoción de Salud es una de las respuestas válidas que permiten resaltar la importancia del entorno social como elemento indispensable para lograr la verdadera equidad en salud , tiene dentro de sus herramientas la comunicación y la educación para la salud las cuales están dirigidas a difundir y fomentar los estilos de vida teniendo como base la cultura, la política y económica ;esto lleva a destacar la importancia de los procesos de construcción social de la salud y la necesidad de la participación de la sociedad en el alcance de los objetivos propuestos y esencialmente, para el logro de cambios de conductas y condiciones necesarias en el camino hacia una mejor salud. Conjuntamente con los cambios que se vienen produciendo en el orden demográfico y epidemiológico; se han rediseñado y desplegado una serie de prioridades sobre la base de la calidad de la atención, la satisfacción de los servicios prestados, la eficiencia y la eficacia. En correspondencia con estos cambios, el trabajo se ha ido desplazando de la muerte a la enfermedad, de esta al riesgo y, de este último, a la salud; de las acciones terapéuticas a

las preventivas y de esta a la promoción de salud. [10] El fortalecimiento de las acciones de promoción de salud a nivel comunitario constituye una herramienta que brinda todos los elementos necesarios, en esta materia al personal que labora en este nivel de atención y, en especial, el profesional de enfermería potenciaría su trabajo integral en la comunidad y permitiría lograr los cambios esperados en los factores de riesgo y mejorar los perfiles de salud, la comunidad debe estar dispuesta a aprender. El sistema de salud tiene la función de explicar, asesorar, y dar clara información sobre los diferentes problemas que existen, tiene que estar capacitado en aspectos de promoción y educación para la salud enfatizando en la comunicación interpersonal, grupal y social así como en diversos aspectos socioculturales. [12,13] La Promoción de Salud forma parte del rol de trabajo de los profesionales de la enfermería y abarca en ello un amplio rango de actividades, que van desde iniciativas locales hasta interacción global con la comunidad; a nivel local las estrategias podrían comprometer e involucrar la participación gubernamental con el objetivo de obtener mayor sostenibilidad y ayuda a las diferentes instituciones encaminadas a mejorar o cambiar los esquemas adoptados; a nivel global la Promoción de Salud podría comprometerse convenientemente a resolver aquellos problemas de salud que afectan globalmente a los países como ejemplo: La Enfermedad Cardiovascular ,causa más



importante de muerte en todo el mundo; se hace imprescindible involucrar a la comunidad ayudándola a identificar y superar cualquier barrera o impedimento para mantener su salud y prevenir la enfermedad. [9,10] Para los profesionales de Enfermería poder cumplir con éxito su rol debemos; mediante el método científico de la profesión, en la etapa de valoración, tratar de analizar de manera crítica toda la información disponible acerca de los factores que pudieran comprometer la salud, trabajar en asociación con los miembros de la comunidad y entender como estos mediante el conocimiento local se trazan objetivos para el restablecimiento o mantenimiento de la misma. Las enfermeras adoptaron el paradigma del estilo de vida para promover salud; se puede argumentar que esto simplemente ha sido una extensión de lo que han hecho las enfermeras durante años; promover estilos de vida y conductas saludables han sido durante mucho tiempo un foco central de la práctica de enfermería ;en el hospital las enfermeras proporcionan una enseñanza didáctica a los pacientes y sus familias en cómo lograr recuperar o mantener su salud, pero ha sido aún más cierto para las enfermeras que trabajan en la Atención Primaria de Salud, otra razón por la que el enfoque conductual el estilo de vida aparece como predominante en la práctica de enfermería, porque muchos de los modelos de enfermería utilizados en la educación y la práctica de la profesión han sido influenciados

fuertemente por conceptos y teorías de otras ciencias, Ejemplo la Psicología, si tenemos en cuenta que el estilo de vida es una categoría socio-psicológica utilizada por los profesionales de la salud, en la cual lograr los cambios en el comportamiento individual constituye el resultado de interés. [13]En cualquiera de los casos las intervenciones de enfermería podrían recluir modificaciones sociales o ambientales y también modificaciones en el comportamiento individual que incluyen cambios en las percepciones de sus sistemas de creencias, percepción del tema salud enfermedad, identificar el funcionamiento de la familia desde el punto de vista cognitivo, afectivo y del comportamiento sería el foco que nos daría la idea de cómo ayudar a la familia en cambiar sus percepciones y creencias acerca de sus problemas de salud, para poder reducir o aumentar las emociones que podrían bloquear los esfuerzos de la familia para resolver el problema. La Enfermería, al igual que el resto de las Ciencias de la salud, ha venido realizando un desplazamiento progresivo del protagonismo en salud de los hospitales hacia el sistema de atención primaria y de este hacia el individuo, la comunidad y la sociedad en su conjunto, aceptar el carácter social de la enfermería de hoy en día, no significa desconocer su comportamiento biológico, la sustitución del paradigma biológico por el social será la respuesta lógica a las necesidades de salud de nuestra sociedad. Se impone entonces cuidar con un enfoque

integral, que incluya los aspectos biológicos, sociales y ecológicos pues no podemos obviar como influye el entorno en la salud. La sociedad contemporánea evidencia que, las personas ya no son "pacientes", sino "protagonistas" en el cuidado de su salud. [13]

**Conclusiones:** modelo de promoción de la salud por Nola J. Pender mantiene su actualidad ,pues integra las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, constituye una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud, ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el medio ambiente en busca de su salud, considera a la salud un estado positivo de alto nivel, y lo asume como objetivo hacia el cual se esfuerza el individuo. Identifico la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de las enfermedades lo fue del siglo XX.

Según Kathryn E. Barnard "Modelo de interacción padre-hijo". Esta teoría procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción madre-niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los

tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas. La teoría de esta autora se centra principalmente en el desarrollo de instrumentos para evaluar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño; a la vez considera a padres e hijos como un tema interactivo. Fuente: Títulos y Teorías en Enfermería. Mirtha Roile Alligal y Ann Martiner Toney. 7ma. Edición. Elsevier. España 2011.

### **2.3. Definición de términos**

**Nutriente:** Sustancia química contenida en los alimentos que se necesita para el funcionamiento normal del organismo. Los seis principales tipos de nutrientes son: proteínas, carbohidratos, grasas, minerales, vitaminas y agua.

**Alimentos:** Son sustancias que, introducidas en el organismo, son utilizadas por éste para su crecimiento, para el buen funcionamiento de los órganos vitales y para obtener la energía necesaria para las distintas actividades

**Lactante:** Son todos aquellos niños de ambos sexos de 6 a 12 meses.

**Alimentación complementaria:** Es la incorporación de otros alimentos junto con la leche materna en los niños a partir de los seis meses de edad.

**Consejería:** Es un proceso de apoyo, educación y comunicación en el que se discuten las necesidades y percepciones de las madres en forma integral

**Emacion:** se trata de un adelgazamiento patológico, la pérdida involuntaria de más del 10% del peso corporal (particularmente de masa muscular) y de por lo menos 30 días ya sean de diarrea o de debilidad, y fiebre.

**Faneras:** Son estructuras complementarias y visibles sobre la piel o que sobresalen de ella. Son faneras las uñas y los pelos en los seres humanos y las plumas, pezuñas, escamas y cuernos en otros animales

**Resiliencia:** La resiliencia es la capacidad que tiene una persona o un grupo de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro. En ocasiones, las circunstancias difíciles o los traumas permiten desarrollar recursos que se encontraban latentes y que el individuo desconocía hasta el momento.

**Esteatosis hepática:** La esteatosis hepática, también conocida como hígado graso, es la forma más frecuente de esteatosis, no siempre se acompaña de lesión hepática debido a la gran capacidad funcional del hígado.

**Metabolización:** Conjunto de reacciones que se producen continuamente en la célula viva, mediante las cuales esta obtiene y transforma materia y energía: las reacciones del metabolismo se producen en orden al mantenimiento de la vida, al crecimiento del individuo y a su reproducción.

**Hipernutrición:** Desequilibrio del estado nutricional, producto de la excesiva ingesta de nutrientes. Generalmente, la hipernutrición genera un desequilibrio energético entre el consumo de alimentos y el gasto de energía que conduce a trastornos tales como la obesidad.

**Enzimas:** Las enzimas son moléculas de naturaleza proteica que catalizan reacciones químicas, siempre que sean termodinámicamente posibles: una enzima hace que una reacción química que es energéticamente, pero que transcurre a una velocidad muy baja, sea cinéticamente favorable.

**Kwashiorkor:** a desnutrición severa en los niños causados por una dieta excesivamente rica en carbohidratos y baja en proteínas.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de Datos**

Para elaborar el presente informe hemos recolectado datos de las historias clínicas necesarios para evidenciar las actividades realizadas con los informes estadísticos, hojas de información sistematizada, los his report cuyos instrumentos sirve para conocer la cantidad de niños que acuden al consultorio de etapa vida niño

En el servicio de consultorio de etapa vida niño se revisó:

Informes operacionales mensuales para la información de niños con adecuado crecimiento del programa de CRED

Historia clínica de los niños menores de tres años (para verificar peso y talla)

Para la elaboración de cuadros de cuadros y gráficos estadísticos se usó del programa Excel

La recolección de datos se realizó a través del análisis documental utilizándose:

Registro de atención y seguimiento de donde se obtuvo los datos de bajo peso

Cuaderno de citas (donde anotamos la hora y cel. De la madre)

Registros de enfermería

### **3.2. Experiencia Profesional**

En mi experiencia laboral en el consultorio de atención en la etapa de vida niño en el puesto de salud de Azapampa encontré que las madres de familia de los niños menores de 3 años asistían al puesto por las vacunas de sus niños, no se preocupaban por la ganancia de peso Y talla de los mismos . Las mamás decían que solo les pesan y tallan desconocían que la nutrición es la que influye en el crecimiento y desarrollo de los mismos, referían que el control demoraba y protestaban no querían esperar solo querían recibir la vacuna.

Esta situación se evidencia constantemente en nuestro puesto de salud lo que se evidencia en los informes mensuales. En nuestra preocupación por solucionar estas deficiencias a partir del 2014 nos propusimos implementar actividades adicionales independientes para fortalecer el consultorio de consultorio de etapa vida niño

Estas actividades estuvieron centradas específicamente en sesiones educativas. Proceso de sensibilización e información respecto a la importancia del cuidado de la salud de sus niños y consistían en los siguientes aspectos

Separar los consultorios de consultorio de etapa vida niño y vacunas para poder educar a las madres en la alimentación de los



niños, tipos de alimentos características de los alimentos, cantidades de los alimentos.

Observando que la madre empezó asistir al consultorio de etapa vida niño buscando mejorar la alimentación de los niños y por ello se ha optado por programar citas para las atenciones de los niños con hora y número telefónico para poder llamarlos si no llegan a la hora citada así logramos que los niños asistan a sus controles y se observa que en la actualidad la madre asisten al control de sus niños y mejoraron su alimentación y existe un incremento de peso y talla en sus niños y también observamos la disminución de enfermedades respiratorias y diarreicas. Asimismo realizamos visitas domiciliarias a los niños con riesgo.

El establecimiento de salud en el consultorio de etapa vida niño actualmente somos 2 enfermeras no se cuenta con personal técnico en Enfermería las cuales realizamos atenciones intramurales y extramurales con las actividades preventivas promocionales

Estas actividades preventivas promocionales fortalecieron el vínculo entre la madre y la enfermera al mejorar la confianza a fin de que tomen conciencia y se logre sensibilizar para que acudan al establecimiento y cumplan con los cuidados de sus niños en la alimentación en los niños menores de tres años

Así mismo en las sesiones educativas se ha logrado sensibilizar a las madres en la importancia de la nutrición de los niños menores de tres años y con las citas horarias logramos la asistencia de las madres y disminuir el tiempo de espera.

### **3.3. Procesos Realizados del Informe**

Las intervenciones realizadas en el puesto de salud de Azapampa fueron actividades preventivas promocionales dirigida a las madres de niños menores de tres años con la finalidad de obtener los datos : peso y talla del niño para verificar el estado nutricional conociendo que una de las estrategias en educación es la demostración se realizó el lavado de manos se brindó consejería : educación alimentaria nutricional, los alimentos, tipo de alimentos, cantidad de alimentos, alimentación complementaria, consistencia de los alimentos, administración de micronutrientes, dieta balanceada, y proporcionando por escrito algunas ejemplos de recetas

**Caso relevante.-** en nuestro desempeño laboral hemos tenido un caso de un niño que nació con bajo peso al que llegó al consultorio de etapa vida niño con 2 meses de edad la mamá refiere que asiste para su vacuna al evaluar peso y talla se detecta una desnutrición crónica infantil, además de anemia. Se brinda consejería en nutrición, se otorgó el sulfato ferroso para el

lactante. Y actualmente recibe sus controles de CRED donde se evidencia cambios favorables en el estado nutricional.

**Limitaciones para el desempeño laboral profesional.-** nuestro principal inconveniente se presenta en que nuestra población es migrante de la región de Huancavelica y Ayacucho que su lengua nativa es el quechua otro inconveniente las madres trabajan. Las limitantes institucionales determinadas por el insuficiente número de recursos humanos, la infraestructura deficitaria, y la sobrecarga de actividades que son programadas, (la multifuncionalidad).

**Innovación,-** El servicio de CRED de nuestra institución como estrategia novedosa de la consulta ha creído conveniente la creación de un cuaderno de citas con fecha, hora y números telefónicos de los padres, que usamos cuando la madre se olvida de su cita programada para llamarla.

Se mejoró e implemento el sistema de captación y seguimiento de los niños menores de tres años a través de visitas domiciliare y sesiones educativas de la importancia del CRED. Valorando en forma oportuna los factores que originan los problemas de malnutrición.

#### IV. RESULTADOS

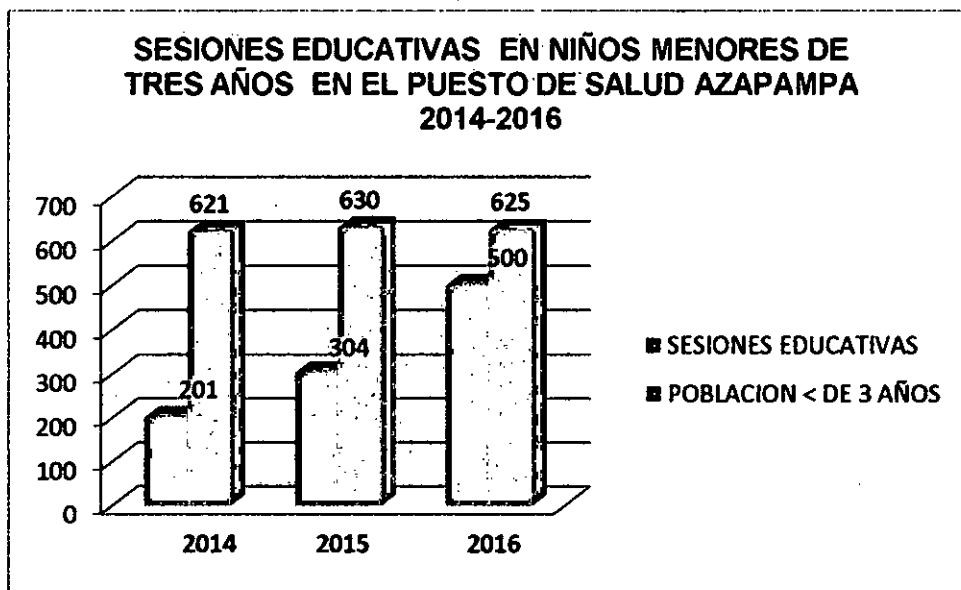
Los datos obtenidos serán procesados en un programa Excel que nos ayudara a graficar los resultados

CUADRO N° 4.1

#### SESIONES EDUCATIVAS EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD AZAPAMPA 2014-2016

AÑO	2014	2015	2016
POBLACION < DE 3 AÑOS	621	630	625
SESIONES EDUCATIVAS	201	304	500
% PORCENTAJE	32.4	48.3	80

GRÁFICO 4.1



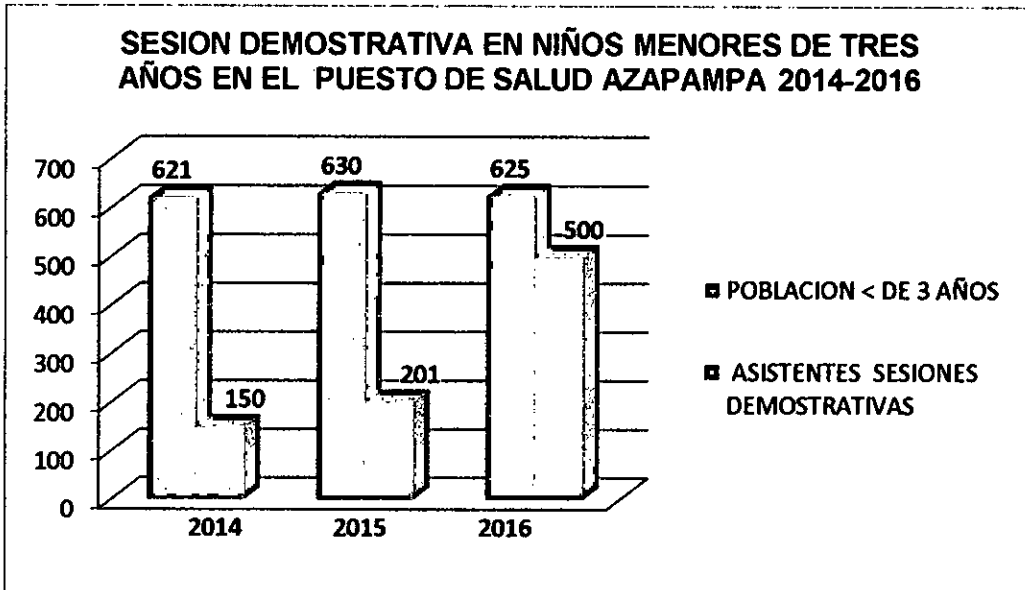
En el gráfico N° 1 Se observa que en el año 2016 se dio la mayor cantidad de madres participantes en las sesiones educativas a comparación de los años 2014 y 2015. Es decir a medida que ha transcurrido el tiempo, la intervención de enfermería ha sido efectiva siendo esto el reflejo de las atenciones que se brinda.

**CUADRO N° 4.2**

**SESION DEMOSTRATIVA EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD AZAPAMPA 2014-2016**

<b>AÑO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>POBLACION &lt; DE 3 AÑOS</b>	<b>621</b>	<b>630</b>	<b>625</b>
<b>ASISTENTES A SESIONES DEMOSTRATIVAS</b>	<b>150</b>	<b>201</b>	<b>500</b>
<b>% PORCENTAJE</b>	<b>24.2</b>	<b>31.9</b>	<b>80</b>

**GRÁFICO 4.3**



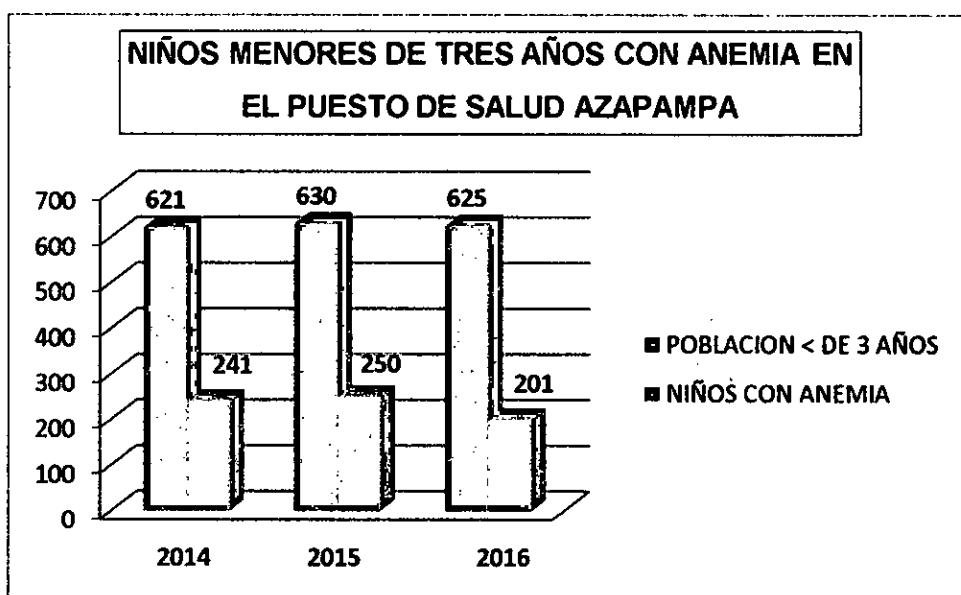
En el grafico N° 2 Se observa que en el año 2016 se dio la mayor cantidad de madres participantes en las sesiones demostrativas a comparación de los años 2014 y 2015. Es decir a medida que ha transcurrido el tiempo, la intervención de enfermería ha sido efectiva siendo esto el reflejo de las atenciones que se brinda.

**CUADRO N° 4.3**

**NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA EN EL PUESTO DE SALUD AZAPAMPA**

<b>AÑO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>POBLACION &lt; DE 3 AÑOS</b>	<b>621</b>	<b>630</b>	<b>625</b>
<b>NIÑOS CON ANEMIA</b>	<b>241</b>	<b>250</b>	<b>201</b>
<b>PORCENTAJE %</b>	<b>38.8</b>	<b>39.7</b>	<b>32.2</b>

**GRÁFICO 4.3**

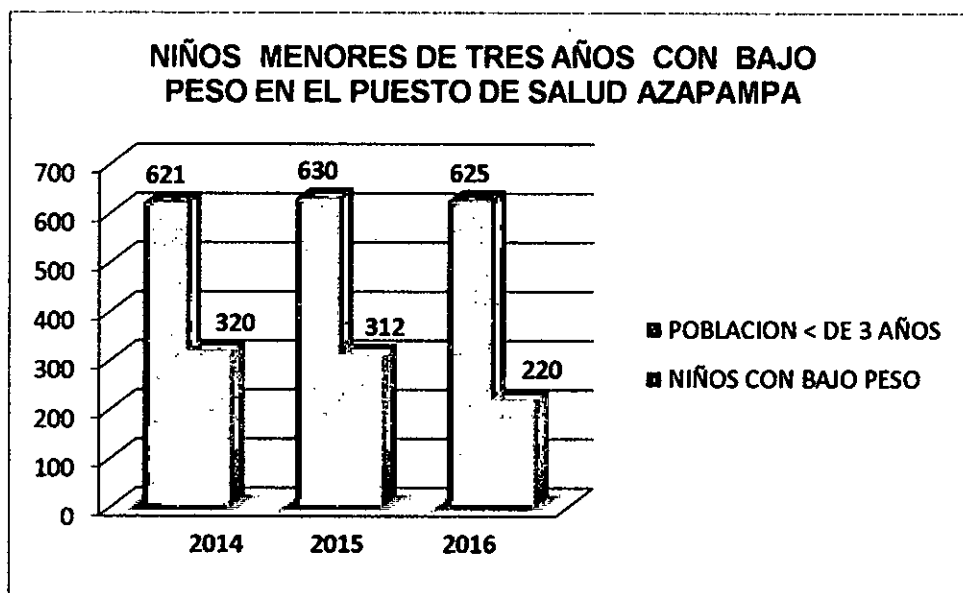


En el gráfico N° 3 Se observa que en el año 2014 se presentaba mayor número de casos de anemia a comparación del año 2016. Que se presentó menor casos de anemia, las estrategias usadas para disminuir los casos de anemia fueron efectivas.

**CUADRO N° 4.4**  
**NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON BAJO PESO EN EL**  
**PUESTO DE SALUD AZAPAMPA**

<b>AÑO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>POBLACION &lt; DE 3 AÑOS</b>	<b>621</b>	<b>630</b>	<b>625</b>
<b>NIÑOS CON BAJO PESO</b>	<b>320</b>	<b>312</b>	<b>220</b>
<b>PORCENTAJE %</b>	<b>51.5</b>	<b>49.5</b>	<b>35.2</b>

**GRÁFICO 4.4**

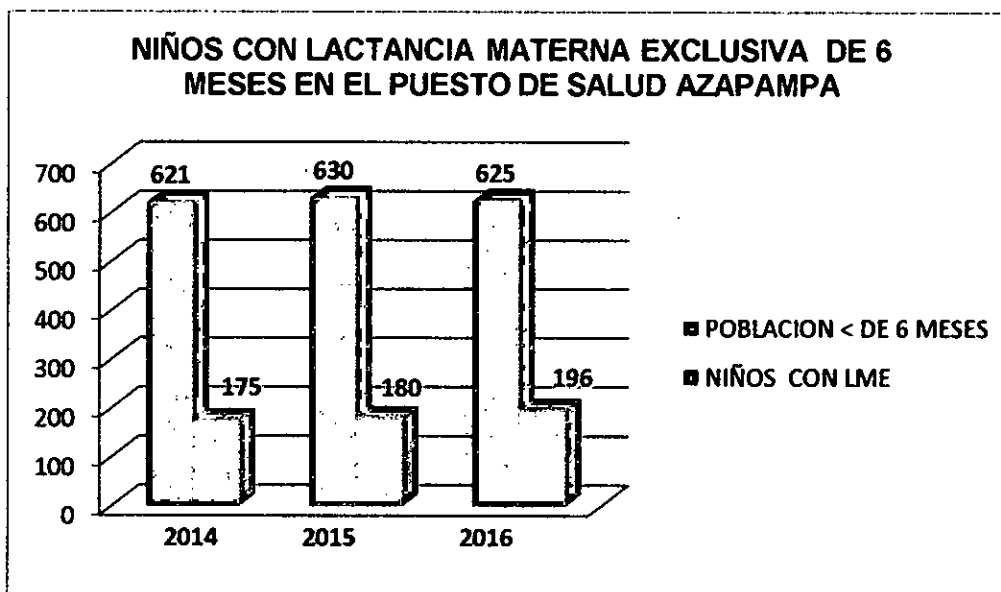


En el gráfico N° 4 Se observa que en el año 2014 se dio la mayor cantidad de bajo peso en los niños menores de tres años a comparación del año 2016 que se presentó menor número de casos de niños con bajo peso. las estrategias implementadas para mejorar la nutrición si fueron efectivas en los niños menores de tres años

**CUADRO N° 4.5**  
**NIÑOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE 6 MESES EN EL**  
**PUESTO DE SALUD AZAPAMPA**

<b>AÑO</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>POBLACION DE 6 MESES</b>	<b>621</b>	<b>630</b>	<b>625</b>
<b>NIÑOS CON LME</b>	<b>175</b>	<b>180</b>	<b>196</b>
<b>PORCENTAJE %</b>	<b>28.2</b>	<b>28.6</b>	<b>31.4</b>

**GRÁFICO 4.5**



En el grafico N° 5 Se observa que en el año 2016 se dio la mayor cantidad de madres con lactancia materna exclusiva a comparación de los años 2014 y 2015. Es decir a medida que ha transcurrido el tiempo, la intervención de enfermería ha sido efectiva siendo esto el reflejo de las atenciones que se brinda.



## V. CONCLUSIONES

- a) El desconocimiento de las madres, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, la variedad y forma de cocinar los alimentos el desconocimiento de dietas nutritivas, madres adolescentes.
- b) La consejería nutricional brindada a los niños fue según edad, teniendo con las madres el tiempo, el trato y la comunicación abierta necesaria de tal manera que pueda entenderse el mensaje y aclarar dudas con respecto a la alimentación.
- c) Los conocimientos de las madres acerca del tema de nutrición son escasos debido a que la mayoría de ellas tienen un nivel educativo primario esto no les permite darle la importancia debida al problema de la desnutrición además porque desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus niños.
- d) Las actitudes por ende de estas madres son la poca importancia al problema, resistencia a los cambios así como al control del peso y talla de sus hijos, si lo hacen es por tener acceso a los programas del gobierno como la bolsa segura pero no lo hacen con el conocimiento para el bienestar nutricional de sus hijos.

## **VI. RECOMENDACIONES**

El Puesto de Salud debe establecer programas permanentes sobre:

- a) consejería nutricional a la madre o apoderado de los niños y niñas menores de tres años, considerando la importancia vital de la alimentación para la prevención de la desnutrición y sus consecuencias., enseñándoles a aprovechar los recursos que se encuentren a su alcance en beneficio de la nutrición de sus hijos
- b) Se recomienda que toda madre o apoderado con niños menores de tres años deba recibir consejería nutricional, resaltando la importancia de la lactancia exclusiva y el buen aporte de nutrientes durante la alimentación complementaria. Realizar visitas domiciliarias a los niños con el fin de mejorar el seguimiento nutricional y la atención personalizada.
- c) Es importante describir los conocimientos y las actitudes de las madres de manera constante para disminuir los riesgos de desconocimiento y malas actitudes en la alimentación de los niños menores de tres años.
- d) El trabajo comunitario en salud es uno de los pilares fundamentales para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud, por lo que el personal debe realizar visitas domiciliarias a los niños con el fin de mejorar el seguimiento nutricional y la atención personalizada.

## I. REFERENCIALES

1. **Martínez A. Astiazarán I, Madrigal H.** Alimentación y salud pública. 2da ed. Editorial MC Graw –Hill-Interamericana: 2002.
2. **Sánchez Valverde,** hábitos alimentación durante el primer año de vida, 1988 Mahan, K. Nutrición y dieto terapia de Krause. México: 9 ed., 1996.
3. **Instituto Nacional de Salud.** Centro Nacional de alimentación y nutrición. Requerimientos de energía para la población peruana. Lima 2012 – [acceso el 16 de octubre del 2013]. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/1/Requerimiento%20de%20energ%C3%ADa%20para%20la%0poblaci%C3%B3n%20peruana.pdf>
4. **Instituto Nacional de Salud del Niño.** Evolución de los indicadores del Programa Articulado Nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia. [sede web]. Perú. 2012- [acceso el día 5 de Abril del 2013]. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe>.
5. **Machado de Ponte L.** Nutrición Pediátrica. 1a ed. Caracas: Editorial médica panamericana; 2009

6. **MINSA.** Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 2013 – [acceso el 16 de abril del 2013]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/ESRI/pdf/p\\_0004.pdf](http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/ESRI/pdf/p_0004.pdf)

## **ANEXOS**

**ANEXO 01**

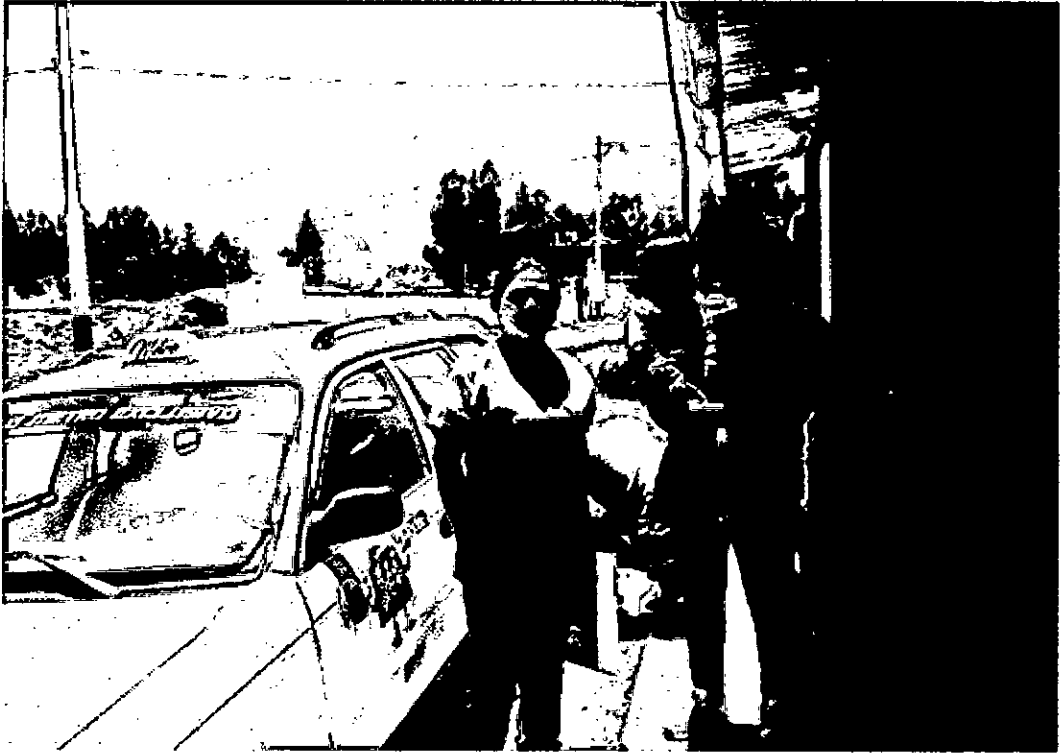


**Brindando consejería en el consultorio de crecimiento y desarrollo**

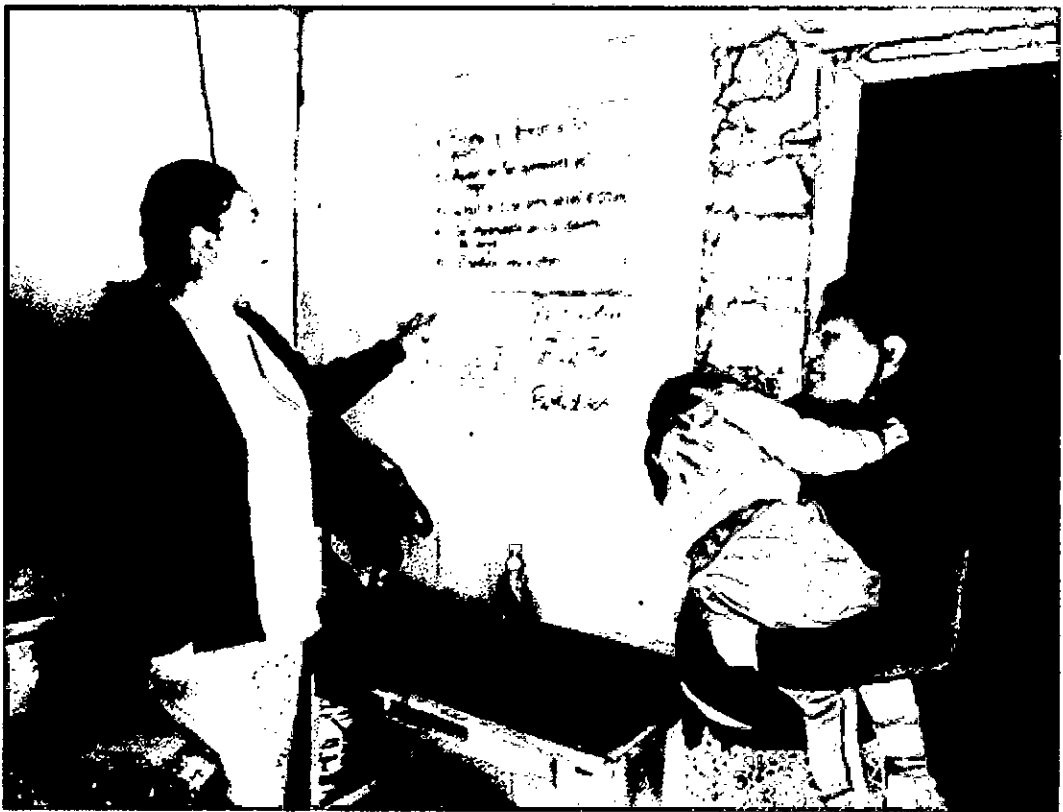


**Controlando el peso de la niña**

**ANEXO 02**



**Visita domiciliaria de seguimiento**



**Revisando los compromisos de la madre en su domicilio**

**ANEXO 03**



**Brindando consejería nutricional en casa**





## ANEXO 04

### Orientando la nutrición de la madre lactante



Orientado la toma de micronutrientes



Verificando la toma de micronutriente