

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SESIONES DEMOSTRATIVAS A  
MADRES CON NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES DE EDAD EN EL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD PACHITEA – PIURA 2015 A 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y  
ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

**RUBI ROSEMARY ROJAS REYES**

**Callao, 2017  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |  |            |
|--|------------|
| ➤ DR. RAFAEL EDGARDO CARLOS REYES      | PRESIDENTE |
| ➤ MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ     | SECRETARIA |
| ➤ MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE | VOCAL      |

### ASESORA: MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 283

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 30/06/2016

Resolución Decanato N° 1740-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

|  | Pág. |
|--|------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                          | 2    |
| <b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>         | 2    |
| 1.1 Descripción de la Situación Problemática | 2    |
| 1.2 Objetivo                                 | 6    |
| 1.3 Justificación                            | 6    |
| <b>II. MARCO TEÓRICO</b>                     | 10   |
| 2.1 Antecedentes                             | 10   |
| 2.2 Marco Conceptual                         | 14   |
| 2.3 Definición de Términos                   | 15   |
| <b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>          | 17   |
| 3.1 Recolección de Datos                     | 17   |
| 3.2 Experiencia Profesional                  | 17   |
| 3.3 Procesos Realizados del Informe          | 18   |
| <b>IV. RESULTADOS</b>                        | 23   |
| <b>V. CONCLUSIONES</b>                       | 25   |
| <b>VI. RECOMENDACIONES</b>                   | 26   |
| <b>VII. REFERENCIALES</b>                    | 27   |
| <b>ANEXOS</b>                                | 28   |

## **I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

La nutrición adecuada es fundamental para la supervivencia, el crecimiento físico, el desarrollo mental, el desempeño, la productividad, la salud y el bienestar durante toda la vida: desde las primeras etapas del desarrollo fetal y el nacimiento, hasta la lactancia, la niñez, la adolescencia y la edad adulta. Actualmente la desnutrición constituye uno de los más graves problemas de salud a nivel mundial, el cual conlleva a incrementar las altas tasas de morbilidad y mortalidad, afectando a la población en general.

Uno de los principales problemas de salud infantil en nuestro país, es la desnutrición crónica, originada por la ingesta de una dieta inadecuada (excedente en carbohidratos o deficiente en yodo, hierro y micronutrientes) o por la existencia de una enfermedad recurrente, o la presencia de ambas.

De acuerdo con la ENDES, el promedio nacional de desnutrición crónica en niños menores de 5 años alcanzó el 23,8% en el año 2012. Los departamentos más afectados son: Huancavelica (53,6%), Ayacucho (41,4%), Cajamarca (39,8%), Huánuco (39,2%), Cusco (38,4%), Pasco (38,4%) y Apurímac (34,8%). Los niños afectados ven vulneradas sus capacidades potenciales de enfrentar la pobreza debido al impacto directo de la desnutrición crónica sobre su desarrollo físico y educativo.

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el periodo que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable. Es entonces cuando muchos lactantes empiezan a sufrir de malnutrición y a engrosar la elevada cifra de menores de cinco años malnutridos que hay en el mundo. Sin embargo, este requisito no se cumple en la mayoría de países de América Latina, tal es el caso del Perú, donde debido a diversos factores, entre ellos el factor cultural, a pesar de que la actitud y conducta de la madre frente a la alimentación del niño es más positiva que en 1992, la alimentación complementaria inadecuada sigue siendo el problema prioritario de la alimentación infantil actual en este país. La mayoría de madres poseen conocimientos sobre la adecuada alimentación complementaria, sin embargo éstos no se reflejan en sus prácticas. La ingestión de abundantes líquidos para favorecer la producción de leche es otra creencia difícil de erradicar. La introducción temprana de agüitas e infusiones continúa amenazando la exclusividad de la lactancia. Saben que lo correcto es iniciar con mazamoras y purés pero deciden empezar con “sopas” para que el niño “no se atore”. Estas decisiones son influenciadas notablemente por los consejos de la familia, principalmente madres y suegras, que manejan un conjunto de creencias erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura, que interfieren negativamente en la alimentación del niño. Esto se ve reflejado en las estadísticas, donde solo el 69,9% de niños menores de seis meses tuvieron

lactancia materna exclusiva y el 5,2% de niños menores de seis meses además de la lactancia materna reciben otros líquidos como agua y jugos (ENDES, 2012).

Otro factor de esta problemática también encontramos al grado de instrucción de las mujeres en edad fértil, el cual se encuentra asociado a problemas de salud y nutrición. En el Perú 51,6% de los niños con desnutrición crónica son hijos de mujeres sin instrucción. En el año 2000, el 13% de las mujeres de las áreas rurales no contaba con ningún grado de instrucción; mientras que en las áreas urbanas, esta cifra era de 1,7%.

Con respecto al factor socioeconómico, según el estudio “Estado de la Niñez en el Perú” realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reveló que del total de la población (cerca de 30 millones), el 36% está conformada por niños, niñas y adolescentes peruanos, es decir más de 10 millones y medio de peruanos, en donde cerca del 45% de los niños y adolescentes peruanos (entre 0 y 17 años) vive en condiciones de pobreza, mientras que el 19% se desarrolla en medio de la pobreza extrema. Es por ello que el Estado Peruano dentro de sus políticas de salud, trata de cumplir con los Objetivos del Milenio, de los cuales el primer y cuarto de ellos mencionan erradicar la pobreza extrema y el hambre, y reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, respectivamente.

El principal problema se observó durante la experiencia laboral en el área comunitaria, en las actividades realizadas dentro del marco del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Niño, en el Centro de Salud I- 4 Pachitea, donde se atiende 15 niños por turno respectivamente y se observa esta deficiencia en cuanto al inicio de la alimentación complementaria. Situación que evidencia que las madres necesitan cubrir sus necesidades de aprendizaje con respecto a la alimentación del lactante para reducir problemas alimentarios como: la desnutrición, la obesidad o sobrepeso y la anemia.

Por lo tanto, es necesario que las madres de los niños lactantes que acuden al Centro de Salud I- 4 Pachitea del distrito de Piura, reciban capacitación sobre alimentación complementaria lo que se traducirá en el incremento de sus conocimientos y mejores prácticas alimentarias con respecto a la preparación adecuada de las papillas, ante esta realidad surge el interés por desarrollar este trabajo.

## **1.2. OBJETIVOS.**

Describir la intervención de enfermería en sesiones demostrativas a madres con niños de 6 meses a 12 meses de edad en el Establecimiento de Salud Pachitea – Piura 2015 a 2016

## **1.3. JUSTIFICACIÓN.**

La necesidad de este tema surge de la reflexión y discusión de la realidad problemática que se encuentra entorno a la alimentación complementaria, factor de vital importancia para garantizar el crecimiento y desarrollo del niño y evitar graves problemas como la malnutrición crónica. En esta etapa de la vida en el niño se encuentra en pleno desarrollo biológico, físico, psíquico y social. Es decir, se producen cambios notables en las magnitudes físicas y en la composición corporal que tiene como base una buena alimentación. Si las necesidades nutricionales presentes en este grupo de edad no son satisfechas, el organismo sufre alteraciones bioquímicas y fisiológicas a las que se les agrega retardo en el crecimiento, alteraciones cognoscitivas y una menor capacidad física e intelectual

Es así que mediante el presente informe se podrá describir las características de la alimentación complementaria como el inicio, tipo de alimentos con que se inicia, frecuencia y cantidad de la población a estudiar, identificando

debilidades y fortalezas tanto del cuidador como del profesional de salud desde sus respectivas posiciones. Asimismo se podrán identificar las causas que conllevan a una inadecuada práctica de la alimentación complementaria.

Uno de los problemas más frecuentes que se presenta al inicio de la alimentación complementaria (a los 6 meses), son las denominadas alergias a los alimentos, que ocurre cuando el sistema inmune reacciona frente a una sustancia concreta (alérgeno). El alérgeno es principalmente una proteína de un alimento con la que el afectado entra en contacto por ingestión, contacto o inhalación. La reacción más común es la formación de anticuerpos IgE (inmunoglobulina E)

Es por ello que el desarrollo del presente informe de experiencia profesional se realiza en virtud de que la misma representa un aporte significativo en la profesión de enfermería, ya que es una de las tantas funciones de la enfermera, es la detección y seguimiento de niños con problemas nutricionales, así como la implementación de acciones preventivo promocionales en base a la educación principalmente al cuidador lactante con el objetivo de orientar a dichos actores sobre la adecuada alimentación del lactantes y así mejorar su estado nutricional. Considerando al perfil del profesional de enfermería en formación que desde los ciclos básicos está orientado a realizar actividades de prevención y promoción de la salud, los cuales deberían repercutir en el entorno más cercano, como es la familia en la

que encontraremos a un lactante que se encuentre en el inicio de su alimentación complementaria y evitar posibles complicaciones en un futuro no muy lejano.

El personal de enfermería cumple un rol importante en la evaluación de los usuarios, por estar capacitados para ejercer esta función orientadas al cuidado de la salud en todas las etapas del ciclo de la vida. En el programa de CRED se realizan actividades preventivo promocionales dirigidas a las madres con la finalidad de que el lactante tenga un crecimiento y desarrollo óptimo de acuerdo a su edad. Así mismo se sabe que el profesional de enfermería tiene como función brindar atención al niño menor de 5 años y a la familia. Identificando oportunamente los posibles riesgos potenciales, que le permita formular actividades preventivo promocionales dirigido a las madres de los niños a fin de prevenir consecuencias como la desnutrición, una de las tantas funciones de la enfermera, la detección y seguimiento de niños con problemas nutricionales, así como la implementación de acciones preventivo promocionales en base a la educación principalmente a las madres de los lactantes con el objetivo de orientar, y educar función donde se tiene un trato directo con las madres de los lactantes, quienes no solo reciben recomendaciones de personal de salud sino también de su familia, además de los patrones tradicionales u otras creencias que influyen positivamente o negativamente en el proceso de introducción de nuevos alimentos en la dieta de sus hijos. La actitud que asuman es muy importante y finalmente la que

genera un comportamiento específico por lo que la enfermera debe orientar sus actividades a resolver dudas o temores que tengan las madres acerca de la alimentación que deben recibir los lactantes a partir de los 6 meses, a fin de prevenir posibles alteraciones nutricionales.

Además de poder servir de evaluación con respecto a las políticas de Salud del Estado Peruano, quien se orienta a promover la adecuada nutrición de la población, en especial de la infantil, para lograr una disminución de la desnutrición crónica, actividad que le corresponde controlar al Ministerio de Salud. Es por ello, que dentro de las diversas actividades del MINSA, en las que mejor se concreta este propósito, tenemos las de CRED, cuyo objetivo es “promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años”.

## II. MARCO TEÓRICO.

### 2.1. ANTECEDENTES.

Sánchez Valverde V. F. (España-1988) en el trabajo titulado “Hábitos de alimentación durante el primer año de vida en Navarra”. Concluye que:

- La duración de la lactancia materna en nuestro medio es corta y es menor que en otros países industrializados de Europa.
- La introducción de la alimentación complementaria se hace de forma mayoritaria entre los 4 - 6 meses, y un 19 % lo hacen a los 2 y 3 meses.
- El alimento introducido con mayor frecuencia en primer lugar son las frutas caseras.
- El consumo de proteínas de alto valor biológico es universal en nuestra población y las más consumidas son pollo, ternera, cordero y vaca por este orden.
- El 30 % no consumen fórmulas de continuación y la edad media de introducción de la leche de vaca es 10'42 meses. El 13 % añaden productos azucarados al chupete. El 14 % no dan vitaminas y el 31 % no administran zumos de frutas.
- En el estudio asociativo hemos comprobado que en nuestro medio practican peores hábitos las madres de menos de 30 años, que se guían por su experiencia propia y del medio rural.

- También hay una asociación muy estrecha entre la duración de la lactancia materna y la edad de introducción de la alimentación complementaria. Existe un modelo de comportamiento por el cual hemos comprobado una clara asociación entre la introducción precoz de todos los alimentos del primer año de vida.
- La introducción más temprana de la leche de vaca es el marcador final de esa continuación de introducciones precoces.

García C (Sao Paulo, Brasil - 2004) realizó una investigación sobre las prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida en la región de Boucatu; SP. 2004, cuyo objetivo fue estudiar las prácticas de alimentación complementaria en el primer año de vida de niños de la región de Boucatu, las cuales fueron descritas según el grupo etáreo y las prácticas de lactancia materna (LM). Se concluye que:

- La introducción de alimentos complementarios fue precoz, lo que produjo una baja frecuencia en la lactancia materna exclusiva (36,9% < 4 meses), niños menores de 4 años maternos (30,7%) entre 4 y 6 meses consumieron frutas (54,1%), sopas (39,9%) y comida (19,2%).
- Los jugos fueron ofrecidos apenas en 15,2% de los niños menores de 4 meses quienes ya no lactaban y agua en 60% de los casos.
- Los datos muestran prevalencia en el consumo de preparaciones inadecuadas con relación a su consistencia: oferta de comida por parte de la familia en niños entre 6 y 8 meses (48,8%) y oferta de sopa a niños

mayores de 8 meses (71,6%). Se sugiere que el municipio realice intervenciones enfocando la alimentación suplementaria.

Soncco Sucapuca, M.,(Perú-2005) en el trabajo titulado “Efectividad del programa educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 06 a 12 meses de edad, en el asentamiento humano los Olmos, Pucallpa, Perú, 2005, realizado con el objetivo demostrar la efectividad del programa Precede – Procede educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 16 meses de edad, en el asentamiento humano los Olmos, Pucallpa, 2005. Cuyos resultados fueron:

- 17 madres con niños 6 a 12 meses contribuyen la población de estudio.
- El 100% participa activa y permanente.
- La mejora de prácticas de alimentación es significativa, logrando modificar las prácticas de alimentación en el 70.6% de las madres respecto al pretest de V.P. 70.0%.

Jiménez Huamaní C. O, (Lima-2008), en la tesis titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008”, realizada con el objetivo de determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el Centro de Salud “Fortaleza”. Se concluye que:

- La mayoría de los lactantes del centro de salud “Fortaleza” inician la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.

- Un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad.
- Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I<sup>o</sup>, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses).
- Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de Desnutrición de I<sup>o</sup>, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses).
- Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. H<sub>0</sub>: No existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional.
- Los lactantes pueden estar influenciados por la calidad de los alimentos, por estadios salud-enfermedad y otras variables que requieren mayor análisis.

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL.**

### **2.2.1.- Cuidados de enfermería en Crecimiento y Desarrollo.**

- **TEORÍA DE NOLA PENDER.**-Nació en 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU y fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer. A los 7 años vivió la experiencia de ver como su tía recibía cuidados de enfermería, lo que creó en ella “una gran fascinación por el trabajo de enfermería” su idea de enfermería era cuidar de ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas. Su teoría de Pender se basa en **PROMOCIÓN DE LA SALUD** 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. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una buena “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”

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

1. Sesión Demostrativa.- Es una metodología del “APRENDER HACIENDO”, tiene como finalidad fomentar en las familias, las práctica adecuadas de alimentación y nutrición materno infantil, en base a preparaciones hechos con alimentos variados de la zona; destinado a los niños y niñas menores de dos años, madres gestantes y madres lactantes, ya que en esta etapa, es donde se presentan mayor potencial en su crecimiento y desarrollo.
2. Alimentación Complementaria.- Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

3. Promoción de la salud.- Permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.
4. Crecimiento.- Es un proceso que sucede en el interior de su organismo, y consiste en el aumento del número y tamaño de sus células. Este crecimiento puede ser medido por el peso, la longitud o talla de su cuerpo y por el tamaño del contorno de su cabeza. Una alimentación adecuada es fundamental durante toda la etapa del crecimiento.
5. Desarrollo.- Es adquirir nuevas habilidades y aprender, mediante la experiencia, nuevos comportamientos y funciones. Si la alimentación es esencial para el crecimiento de los tejidos, de los huesos y del cuerpo en general, el afecto es esencial para el desarrollo emocional del niño, y el juego es definitivo para estimular su inteligencia y sus sentidos.
6. Lactante.- Durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. Este periodo a su vez puede dividirse en dos sus periodos.
  - Lactante Menor: desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad.
  - Lactante Mayor: desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad.

### **III. EXPERIENCIA LABORAL**

#### **3.1.- RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La recolección de datos la pude obtener mediante las fichas de asistencia que cada madre firma durante una sesión demostrativa, también obtuve información estadística con apoyo de la oficina de estadística del centro de salud I4 Pachitea.

#### **3.2.- EXPERIENCIA LABORAL:**

Mi experiencia profesional en el servicio de Crecimiento y Desarrollo se inició desde mi SERUMS en el Establecimiento de Salud I 3 Táchala en el año 2008 al 2009, a cargo de la Lic. Dora Lorren Linares .quien compartimos un 1 año de trabajo en el cual pude obtener experiencia tanto en la forma intramural y extramural (visitas domiciliaria) .Luego que culmine mi SERUMS tuve la oportunidad de obtener a una plaza presupuestada de 11 meses para el establecimiento de salud San Rafael que se encuentra ubicado en el medio Piura , ( 2009 al 2010 ). El cual tenía a cargo dos Caseríos: San Rafael y San Vicente. En el establecimiento no solo estaba a cargo del servicio de crecimiento y desarrollo también aprendí a trabajar en el área de farmacia, admisión, triaje ya que en dicho establecimiento solo contaban con un personal técnico ,una obstetra y un médico los cuales solo llegaban al establecimiento tres veces por semana porque tenían que atender en otro establecimiento del caserío la Obrilla que también pertenece al medio Piura .Después que culmino mi contrato postule a las plazas de presupuesto por resultados (PPER) obtuve una plaza para el

establecimiento de salud I 4 Pachitea (2010) desde ese año vengo trabajando en el área de crecimiento y desarrollo , tengo a cargo el programa de enfermedades no transmisibles y también trabajo en el área de hospitalización y sala de partos .(atención del recién nacido).este año en el mes de octubre ya no estoy contratada como plaza presupuestada ,tuve la oportunidad de ser nombrada en este establecimiento I4 Pachitea el cual voy a cumplir 7 años .

### **3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

#### **SESIONES DEMOSTRATIVA**

##### **¿Qué es una sesión demostrativa?**

Es una actividad educativa, en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos

Locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de

3 años, gestante y en la mujer que da de lactar, a través de una participación activa y un Trabajo grupal.

##### **Importancia de la Sesión Demostrativa**

Es importante porque nos ayuda a:

1. Promover el uso de los alimentos nutritivos de la localidad.
2. Conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada.
3. Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales.

4. Conocer la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y anemia.
5. Mejorar nuestras prácticas de alimentación y nutrición para tener una mejor calidad de Vida y de salud.
6. Adoptar buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos.

Una Sesión Demostrativa promueve además:

- La participación activa de todas y todos los asistentes.
- El compromiso de toda la localidad para hacer cambios en la alimentación familiar,
- Valorando las costumbres y los alimentos locales.
- La importancia de criar animales menores y tener bio-huertos familiares para contribuir a mejorar prácticas de alimentación.

### **¿Cómo organizamos la sesión demostrativa?**

Para organizar correctamente una sesión demostrativa de preparación de alimentos es necesario

Tener en cuenta los siguientes momentos:

- Antes de la Sesión Demostrativa
- Durante la Sesión Demostrativa
- Después de Sesión Demostrativa

## ANTES DE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

A continuación se desarrollan cada una de las actividades previas a la sesión demostrativa.

### 1. Las responsabilidades:

El personal de salud y los agentes comunitarios de salud coordinarán las acciones para desarrollar la sesión demostrativa. Revisarán juntos la Ficha de Organización de las Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos y allí anotarán el nombre del responsable de cada tarea.

### 2. La fecha:

Anote la fecha y el horario de la Sesión Demostrativa, teniendo en cuenta que debe ser un día que el equipo de facilitadores e invitados puedan asistir.

### 3. El local:

Busque un local adecuado, con buena ventilación e iluminación. Es necesario que cuenten con agua para el lavado de manos y utensilios, durante y después de la sesión. Asegure un espacio para 4 mesas y 15 sillas o bancos para los participantes.

### 4. La Convocatoria:

En el establecimiento de salud, solicite la relación de niños menores de 1 año

Elabore su lista de invitados hasta un máximo de 15, debe asegurar que asista un mínimo de 6 y un máximo de 15 personas.

- Los invitados deben ser:
  - Padres y madres de familia o persona (s) responsable (s) del cuidado del niño y niña menores de 1 año.
  - Podemos invitar también a:
    - Las personas miembros de organizaciones (comedor, wawawasis, otros) que son responsables de la alimentación de niños menores de 1 año.
    - Líderes y autoridades comunales.
- Prepare las invitaciones registrando el nombre del invitado, fecha, hora y lugar en cada una. Utilice el modelo que le presentamos a continuación.

Sería conveniente contar con personas que ayuden a cuidar a los niños el día de la sesión, así los participantes podrán poner mas atención a la sesión.

- Al entregar la invitación explique la importancia de la Sesión Demostrativa para asegurar su asistencia.
- Materiales para realizar una Sesión Demostrativa
- Días antes de la sesión, asegúrese de contar con los materiales y llene la Ficha de Control de Préstamo de materiales para sesión demostrativa
- Asegúrese de contar con todos los materiales necesarios.
- Es importante saber distinguir el tamaño de los platos a ser usados.

## DURANTE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

### 1. La recepción y el registro de participantes

Uno de los facilitadores se encarga de recibir cordialmente a cada participante.

Pregunte y registre en la lista de participantes el nombre completo y la información requerida.

- Escriba el nombre de cada participante en un solapín y colóqueselos a la altura del Pecho.

Recuerde:

- Los facilitadores debe tener seguridad y voz firme.
- Deben promover la participación ordenada de los participantes,
- Saber escuchar, aceptar y respetar las opiniones.
- Tratar con respeto y amabilidad a todos los participantes para ganar su confianza.

## DESPUÉS DE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

### 1. Verificación del aprendizaje

Propósito:

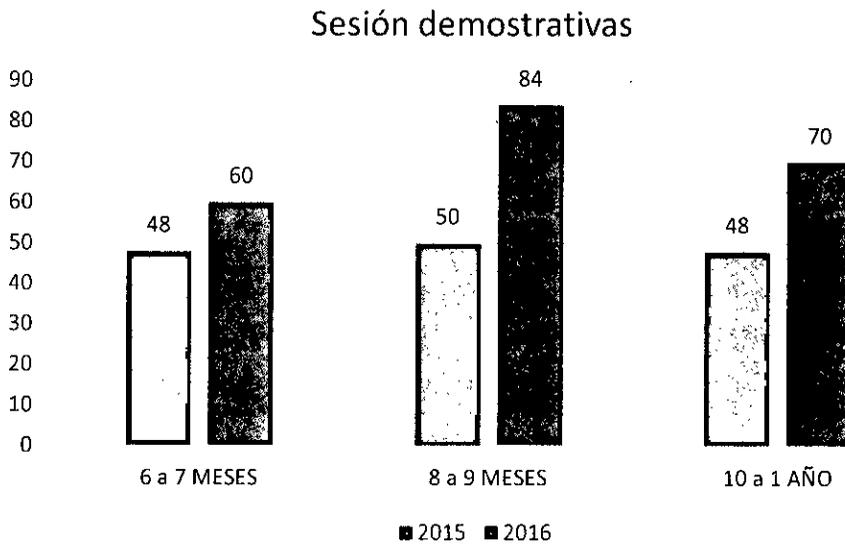
- Verificar que los participantes han captado los mensajes importantes.
- Puede elegir una dinámica o un socio drama de acuerdo al tiempo y a la disposición de los participantes.

Agradecerles por su participación.

#### IV. RESULTADOS:

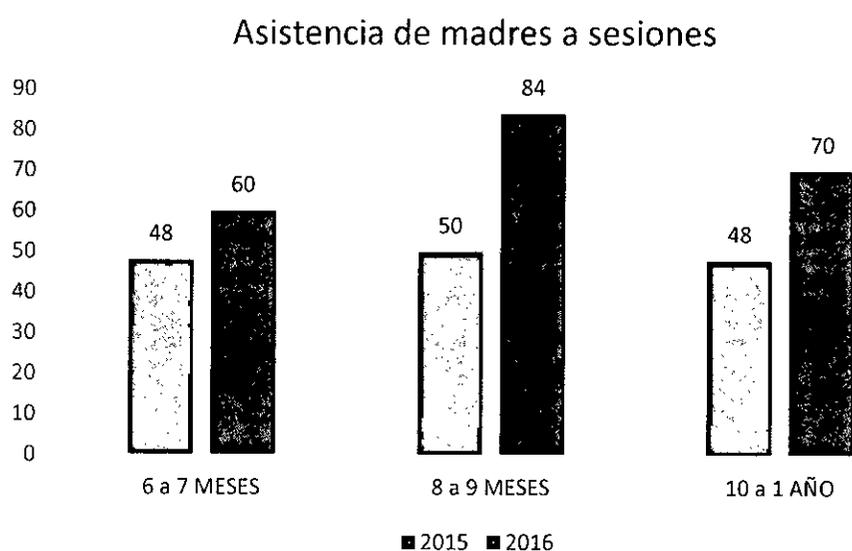
¿Cuántas sesiones demostrativas se realizaron en el 2015 y 2016?

| GRUPO ETAREO | 2015 | 2016 |
|--------------|------|------|
| 6 a 7 MESES  | 6    | 10   |
| 8 a 9 MESES  | 5    | 12   |
| 10 a 1 AÑO   | 6    | 5    |



¿Cuántas madres acuden a las sesiones demostrativas en el 2015 y 2016?

| GRUPO ETAREO | 2015 | 2016 |
|--------------|------|------|
| 6 a 7 MESES  | 48   | 60   |
| 8 a 9 MESES  | 50   | 84   |
| 10 a 1 AÑO   | 48   | 70   |



## V. CONCLUSIONES

- a) Las Sesiones Demostrativas nos ayudan a promover el uso de alimentos nutritivos de la localidad.
- b) Nos ayuda a conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada.
- c) Las sesiones demostrativas no enseñan a preparar a realizar diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales y a conocer la importancia de prevenir la desnutrición y la anemia.
- d) A mejorar nuestras prácticas de alimentación y nutrición para tener una mejor calidad de vida.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda que en los centros de salud deber promover las sesiones demostrativas ya que son importantes para que las madres puedan aprender que tipo de alimentos deben brindar a sus memores hijos de acuerdo a la edad que se encuentres y así evitar la anemia y la Desnutrición.
  
- b) Se recomienda promover las sesiones demostrativas no solamente en los centros de salud sino también en los locales donde acuden niños menores de 3 años (colegios, WAWAWASI – PRONEIS) para que las madres conozcan que alimentos de su localidad son nutritivos en hierro. zinc vitaminas

## VII.- REFERENCIALES:

- (villar bernaola, 2013) [WWW.GOOGLE.COM.PE](http://WWW.GOOGLE.COM.PE)
- (ochoa alescastr, 2009) [WWW.MINSA.COM.PE](http://WWW.MINSA.COM.PE).
- (sanchez valverde, habitos alimentacion durante el primer año de vida, 1988)
- (vasquez mendez, 2012) (ochoa alescastr, 2009)

ANEXOS :

