

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



**CONSEJERÍA NUTRICIONAL A MADRES DE  
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DEL PUESTO  
DE SALUD LA PUNTA HUANCAYO 2014-2016**

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

**PATRICIA RUTH GAMBOA GARCIA**

**CALLAO, 2018**

**PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Patricia Ruth Gamboa Garcia', is located in the bottom right corner of the page.

## **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: 013**

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

**Resolución de Decanato N°054-2018-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. GAMBOA GARCIA PATRICIA RUTH**

# ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
1.1 Descripción de la situación problemática.....	5
1.2. Objetivo .....	7
1.3. Justificación .....	7
II. MARCO TEÓRICO .....	9
2.1. Antecedentes .....	9
2.2 Marco conceptual .....	11
2.3 Definición de términos .....	38
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL .....	41
3.1 Recolección de datos .....	41
3.2 Experiencia profesional .....	42
3.3 Procesos realizados .....	44
IV. RESULTADOS .....	49
V. CONCLUSIONES .....	54
VI. RECOMENDACIONES .....	55
VII. REFERENCIALES .....	56
ANEXOS.....	60

## INTRODUCCIÓN

Se sabe que la conversación es el medio de comunicación primordial de los seres humanos. Sin embargo, en la consejería se deben tomar en cuenta muchas recomendaciones, una de ellas es que el personal de salud debe hablar con convicción de su responsabilidad social y el beneficiario (madre, padre o responsable) debe experimentarlo de esa forma.

La consejería nutricional es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado y la madre, el padre o cuidador. Este proceso se consigue mediante un dialogo fluido, para lo cual es necesario generar un ambiente de confianza, privacidad e invertir tiempo y de esta manera el profesional de enfermería analice, juntamente con la madre, la situación nutricional del niño y la ayude a tomar decisiones, fortaleciendo acciones que se identifican como positivas y corrigiendo las prácticas de riesgo

El crecimiento y desarrollo da su origen en la gestación y prioriza la mejora de su ejercicio con la vigilancia nutricional y la salud de los niños. Se debe considerar la importancia de una buena nutrición, salud, higiene en la familia y comunidad para cubrir adecuadamente las necesidades de los niños.

Considerando lo anterior como una responsabilidad de enfermería para promover prácticas adecuadas de alimentación, es importante abordar las creencias alimentarias y reconocer ciertos aspectos que influyen en la

decisión de la madre para proporcionar determinado alimento al niño. Ya que la dieta del niño constituye uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la salud del individuo y la alimentación en los primeros años de vida debe ser suficiente para los requerimientos que demandan su crecimiento. Con ello se podrá actuar de una manera acertada e influir en el mejoramiento de los hábitos alimentarios y asegurar un adecuado estado nutricional del niño, y así evitar la desnutrición que es el resultado de múltiples factores determinados por condiciones socioeconómicas desfavorables, tales como dificultades en obtener alimentos, desempleo, limitado acceso a la educación y a los servicios de salud, y enfermedades debidas a las inadecuadas condiciones sanitarias.

La baja ingesta de alimentos complementarios después de los 6 meses de edad es el resultado de las percepciones sobre las necesidades del niño de la madre o de los cuidadores, de la complejidad de la preparación de alimentos complementarios nutricionalmente adecuados, y del acceso limitado a los ingredientes adecuados (UNICEF, 1990). Además, las madres a menudo dejan de utilizar los alimentos complementarios durante la enfermedad por creencias y costumbres o porque asumen que la enfermedad puede estar relacionada con los alimentos consumidos. Muchas veces los alimentos complementarios preparados por las madres o cuidadoras no se ajustan a las necesidades del niño, mostrando deficiencias en calidad y cantidad, y en ocasiones se los prepara, almacena y suministra en malas condiciones de higiene que provocan

enfermedades diarreicas y deterioran la nutrición del niño (Caulfield LE, 1999).

El presente trabajo académico busca determinar el impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de la salud en el desempeño de la atención en niños y niñas menores de tres años en el Puesto de Salud La Punta-Huancayo, con la finalidad de optimizar las habilidades y fortalecer la consejería como instrumento de comunicación participativa, involucrando al personal de salud a la reflexión y su aplicación con el beneficiario.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

La desnutrición es el resultado de múltiples factores determinados por condiciones socioeconómicas poco favorables, que influyen en la obtención de alimentos, enfermedades, desempleo, limitado acceso a la educación y a los servicios de salud, debido a las inadecuadas condiciones sanitarias. Sin embargo, algunas familias son capaces de hacer frente a esas condiciones tan desafortunadas y mantener a sus hijos en un adecuado estado nutricional. Uno de los problemas más importantes de nuestra población infantil es la desnutrición que la hace susceptible a enfermedades infecciosas, eleva las estadísticas de morbilidad y mortalidad en ella y ocasiona problemas de salud y desarrollo personal en la vida futura del niño, lo que perjudica el desarrollo y la formación del capital humano que en el futuro debe garantizar la continuidad de nuestro país como nación.

La anemia y la desnutrición infantil son problemas difíciles de erradicar, desde la gestación y hasta los cinco años de edad, es la etapa más importante en la vida de un ser humano, fundamental en su desarrollo físico y mental posterior.

Crecimiento y Desarrollo es detectar oportunamente alteraciones en el desarrollo físico y psicomotor. Por ello es fundamental orientar a la madre sobre los cuidados de su niño en relación a la lactancia materna, alimentación complementaria, inmunizaciones y la

importancia de la continuidad de estas; teniendo en cuenta la cultura, creencias y estilos de vida de las madres o cuidadores, para incorporar cuidados de acuerdo las necesidades de la familia. Verdaderamente el trabajo de enfermería en el control de Crecimiento y Desarrollo es exigente por la cantidad de madres que acuden, por lo que se tiene que optimizar al máximo el tiempo de atención sacrificando muchas veces la labor educativa, pues debería ser personalizada y no establecerse como una "plantilla" para todos. Siendo esta situación la que motivó la selección de este tema de orientación nutricional que recae en el personal profesional de enfermería.

Por esta razón, las consejerías están centradas en modificar comportamientos para la alimentación de niños menores de 6 meses y de niños de 6 a 35 meses. No es sencillo modificar comportamientos en estos dos momentos críticos para el estado nutricional.

Así mismo, en el Perú existe una Guía Nacional sobre Consejería Nutricional que se está aplicando en los servicios públicos de salud (INS, 2010). En general, estas estrategias educativas se realizan sobre temas de alimentación y nutrición (preparación de alimentos, cantidad, frecuencia, consistencia y calidad de los alimentos), prácticas adecuadas de higiene y cuidado de los niños enfermos. Con este documento técnico se ha buscado establecer una metodología estandarizada para realizar la consejería nutricional dirigida a madres

gestantes y que dan de lactar, y madres de niñas y niños menores de cinco años en el proceso de la atención de salud.

En mi trabajo profesional se observa, que las madres cumplen un rol fundamental en cuanto a la alimentación del niño ya que ellas permiten avanzar en su crecimiento adecuado en peso y talla, por lo que deben aprender adecuadamente como alimentar a sus hijos, debe conocer la composición nutritiva de cuanto se le ofrece a la hora de comer.

## **1.2. Objetivo**

Describir la Consejería nutricional a madres de niños menores de tres años del puesto de salud la punta Huancayo 2014-2016.

## **1.3. Justificación**

El presente trabajo académico profesional se justifica porque en el Puesto de Salud La Punta del Distrito de Sapallanga, Provincia Huancayo, Departamento Junín, se ha podido observar las deficiencias en la consejería nutricional que recibían las madres con niños menores de 3 años, el profesional de salud no intervenían oportunamente en dar una consejería nutricional y las madres carecían de conocimientos sobre nutrición balanceada, y sus hábitos alimentarios eran inadecuados sin saber cómo enfrentar los cuidados nutricionales de sus hijos.

El personal no brindaba una orientación apropiada en consultan porque optimiza al máximo el tiempo de atención en la evaluación física, de desarrollo, tamizaje de anemia, profilaxis antiparasitaria, inmunización, y otros; sacrificando muchas veces la labor educativa, pues debería ser personalizada, lo que originaba un factor de riesgo en la salud de las niñas y niños menores de 3 años. De la aplicación de estrategias adecuadas se podrá contribuir en la disminución de la desnutrición crónica y anemia, que son factores que afectan la capacidad de los niños para desempeñarse adecuadamente, en la aplicación de las estrategias adecuadas se podrá proponer mecanismos de solución para implementar la situación encontrada.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**SÁNCHEZ A.** et al (2008), en su investigación titulada, *"Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos"*. Después de un análisis estadístico de correlación, se aceptó la hipótesis de investigación, llegando a la conclusión que las inadecuadas prácticas alimentarias en los primeros 6 meses de vida tienen un efecto negativo sobre el estado nutricional antropométrico por lo menos hasta los 24 meses de edad.

**DOMÍNGUEZ P.** et al (2007) en su investigación titulada, *"Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil"*- Chile. Llego a la conclusión que la influencia de la familia sobre la conducta alimentaria infantil en relación con la obesidad, aborda tanto desde la perspectiva del ambiente familiar compartido como desde la herencia genética, estos determinan la conducta alimentaria inadecuada que conlleva a la obesidad infantil.

**MAMANI** Limache, Ruth Ester, en Lima – Perú, el 2008, realizó la investigación titulada *"Efectividad del programa educativo "niño sano y bien nutrido" para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas*

*en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del centro de salud Moyopampa, Chosica-Lima”, cuyo objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo respecto a madres con niños menores de 1 año. Entre sus conclusiones tenemos: “El grupo experimental logró incrementar su nivel de conocimiento en comparación al grupo control.*

**GAMARRA Atero Raquel; Parroa Jacobo Mayra; Quintana Salinas Margot.** *“Conocimiento, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación en niños menores de 3 años en una 8 comunidad de lima. Asentamiento Humano del distrito de Villa María del Triunfo Lima -2010”* Objetivo: Identificar conocimientos y actitudes y percepción de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Conclusiones Las madres presentaron nivel de conocimiento alto (81%) y actitud favorable. (67%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coinciden con ello.

**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 – Precede 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 pre test de V.P. 70.0%.

## **2.2 Marco conceptual**

**Enfermería Transcultural:** Los cuidados de enfermería están sometidos a abordar las complejas necesidades de la persona, familia y comunidad de acuerdo a la cultura, teniendo en cuenta el contexto en el que vive el paciente y la situación en la que surge el problema de salud; esto es esencial para entender y reconocer las manifestaciones de la influencia cultural sobre la salud. De esta manera, Bárbara Koziar plantea que la provisión de los cuidados debe ser la siguiente: (1)

- **Sensible a la cultura:** Implica que el profesional de enfermería posee ciertos conocimientos básicos y actitudes constructivas hacia las tradiciones relacionadas con la salud que se observan en diferentes grupos culturales existentes en el medio en que practica su profesión. (1)

- **Culturalmente apropiado:** Supone que el profesional de enfermería aplica el conocimiento fundamental que es necesario poseer para ofrecer a un determinado paciente una atención sanitaria óptima.

- **Competente desde el punto de vista cultural:** Sugiere que dentro de los cuidados proporcionados; el profesional de enfermería comprende y se ocupa del contexto total de la situación del paciente y utiliza una combinación compleja de conocimientos, actitudes y habilidades .

**Parámetros Culturales para la Enfermería:** Existen ciertos aspectos que deben ser considerados para la enfermería transcultural, a continuación se mencionan algunas que son de interés: (1)

- **Las creencias y prácticas sobre la salud:** Existen tres conceptos de salud, una de ellas son las concepciones mágico-religiosas, en el cual el paciente piensa que la salud y enfermedad son causa de fuerzas sobrenaturales, como la magia, el hechizo o la propia voluntad de Dios. Estas creencias solo contempla que la sanación está dada por dichos tratamientos. Otra, es la concepción científica o biomédica y se basa en que la enfermedad son causa de una falla humana o por una infección viral o bacterial. Finalmente, la concepción holística de salud afirma que mientras las dimensiones de la naturaleza del

individuo, físico, mental, emocional y espiritual, se mantengan en equilibrio no se desarrollará la enfermedad, de lo contrario se interrumpirá la salud y bienestar.

- **Los patrones familiares:** Entiéndase como patrón, al conjunto de elementos que forman una unidad diferenciada y que se repite a lo largo del tiempo, por lo que se toma de modelo. En este caso, los valores culturales que preserva una familia son transmitidas a sus siguientes generaciones y en algunas familias, el hombre es el sustento y es quien toma las decisiones y la mujer se encuentra sometida a consultar con el esposo antes de tomar las decisiones sobre ella o la de sus hijos. Esta conducta, generalmente, puede verse influenciada por el género masculino cuando recibe instrucciones de parte del personal médico o enfermero y pueden no ser aceptadas, ya que su condición cultural lo impide o le cuesta modificarla. Por ello es necesario que la enfermera identifique la autoridad y la tome en cuenta en las discusiones sobre las orientaciones que se le brinda.

- **Estilo de comunicación:** Una comunicación verbal y no verbal puede estar influenciada por la cultura. En el primer caso, es importante que la enfermera inicie una comunicación empleando fórmulas de cortesía social y muestre interés por valorar las inquietudes del paciente sin ningún apuro.

En la comunicación no verbal, más bien se debe considerar dos aspectos: lo que la conducta no verbal significa para el paciente y qué significado tienen las conductas no verbales en la cultura del paciente. Por ello, para proporcionar cuidados de enfermería eficaces, se debe incluir el uso del silencio, las expresiones faciales, el movimiento de los ojos, el tacto y contacto físico; estas conductas pueden significar positivas o negativas para distintas culturas y la enfermera debe identificarlos para potenciar su práctica; pues cabe resaltar que la comunicación es parte esencial a la hora de entablar una relación con un paciente y su familia.

- **Patrones nutricionales:** Las personas provenientes de lugares y culturas diferentes tienen alimentos abundantes o fácilmente accesibles en su entorno y estilan una forma de prepararlos y servirlos, lo cual se relaciona con las prácticas culturales que han adquirido de sus antecesores.

Entre los comportamientos culturales relacionados con la alimentación puede incluirse la preferencia entre la lactancia materna o la artificial, así como el momento de introducir los alimentos sólidos en los niños. Esto hace referencia a los patrones culturales nutricionales que adopta la familia para la elección, preparación, consistencia y cantidad del alimento.

**Rol de Enfermería en la Consejería Nutricional:** El profesional de enfermería, en la Atención Primaria, tiene como fin prevenir la enfermedad y promover la salud procurando mejorar el nivel de conocimientos de la población.

En esa instancia, la consejería nutricional provee de información para asegurar el estado nutricional del niño y lograr la recuperación, guiar y promover prácticas adecuadas de alimentación como la consistencia, frecuencia de consumo, cantidad según la edad del niño y la calidad de la dieta, considerando los alimentos de origen animal, vegetal, frutas y alimentos fuentes de hierro. Asimismo, la enfermera reconoce los riesgos del consumo habitual de alimentos considerados poco saludables y corrige dichas acciones.

Pero, las orientaciones que se brinda implican el uso de técnicas de comunicación y escucha activa, en donde el mensaje conserve un lenguaje sencillo y claro; que el tema sobre la alimentación proporcione la búsqueda de alternativas simples y factibles de acuerdo al contexto cultural donde se desarrolla el niño.

Por ello, para reconocer la situación de cada familia es importante conseguir una atmósfera de confianza, privacidad, familiaridad, participación y sobre todo tiempo para acceder completamente a las necesidades que requiera cada familia (8). La Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor

de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica del niño que se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

En el cual, dentro de las actividades de la evaluación del crecimiento y estado nutricional se realiza la valoración antropométrica, se evalúa la tendencia del crecimiento y la clasificación del estado nutricional en base a la comparación de indicadores (P/E, T/E y P/T) con los valores de los Patrones de Referencia vigentes. Y dentro de las intervenciones de información y comunicación educativa a la familia para apoyo a la crianza de la Norma Técnica para el control de CRED, se identifican los factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño; se brinda consejería integral y nutricional, donde en éste último se remarca lo siguiente: "El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento.

El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.

- La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.
- Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto.
- La consejería nutricional se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas” (1)

### **Principios de la Consejería:**

➤ **La oportunidad:** La consejería nutricional debe ser oportuna. Durante el embarazo y en los tres primeros años de vida del niño, cada momento es una oportunidad para ofrecerle condiciones de salud, nutrición, higiene y afecto que aseguren un óptimo crecimiento y desarrollo. Cada uno de los momentos es diferente, es decir, lo que sucede en un momento dado, no se repite en otro. Si no existen condiciones favorables y permanentes (en todos los momentos), la niña o el niño habrán perdido estas oportunidades. A través de la consejería, el personal de salud puede prevenir que esto suceda.

➤ **La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño:** La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño está en los padres; es importante que ellos lo entiendan así para que puedan asumirlo en la medida en que vayan fortaleciendo sus capacidades en el cuidado y protección de la niña o el niño. La responsabilidad implica movilizar nuevos esfuerzos y recursos (si es necesario) para atender las necesidades de la gestante, la niña o el niño. Una buena consejería es el mejor apoyo que el personal de salud puede dar a la madre, padre o cuidadores para que puedan cumplir con esta responsabilidad.

➤ **La participación (involucramiento):** La consejería no sólo implica presencia, es fundamentalmente involucramiento. Permitir a la madre, padre y cuidadores que se involucren en la consejería significa ante todo, confianza, motivación y espacio para que expresen en sus propias palabras, lo que sienten y piensan sobre la situación de la niña y el niño, y buscar alternativas conjuntas para mejorar. El involucramiento de los padres o cuidadores durante la consejería es indispensable para alcanzar los resultados esperados de ella.

**Elementos claves de la consejería:**

➤ **La conversación:** En el entendido que la responsabilidad social es la identificación con las necesidades de las gestantes, madres, niñas o niños que acuden al establecimiento de salud, es preciso

esforzarse por conocer y entender el contexto cultural local y adoptar actitudes coherentes con este sentimiento, que sean evidentes para el usuario. Se trata de establecer una vinculación entre texto (lo que se dice) y contexto, distinguiendo tres dimensiones: el personal de salud que realiza consejería, el mensaje y el usuario.

Las condiciones más importantes que a nivel práctico pueden ayudar a mejorar habilidades para conversar mejor con el usuario. Se puede tomar cualquier aspecto en particular para ponerlo en práctica con colegas, amigos y miembros de redes sociales. Este ejercicio permitirá ir mejorando progresivamente sus habilidades conversacionales y la escucha consciente. (1)

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

que el usuario entiende por esto y cómo establece relaciones con su cultura material y con los otros, a partir de dicho entendimiento. De lo contrario, será un diálogo improductivo puesto que los marcos de referencia de los cuales se habla son diferentes.

➤ **Condiciones del personal de salud que realiza consejería**

El personal de salud deberá tener en cuenta:

**La relación que establece con la otra persona:** ésta va a marcar “el estilo” de toda la conversación. No es lo mismo un diálogo donde el personal de salud se encuentra sola(o) con el usuario, que una situación en la que éste llega acompañado con otra persona de su entorno. Tampoco es lo mismo dialogar con alguien a quien se conoce de largo tiempo, que tratar por primera vez con una persona. Por ello es importante que la relación sea simétrica (igualitaria), no especializada (por muy técnica que sea la conversación), se debe mantener una relación fluida y cotidiana dentro de marcos no rígidamente marcados. Por ejemplo, si se habla de “hábitos y costumbres”, el personal de salud debe primero explorar qué es lo que el usuario entiende por esto y cómo establece relaciones con su cultura material y con los otros, a partir de dicho entendimiento. De lo contrario, será un diálogo improductivo puesto que los marcos de referencia de los cuales se habla son diferentes

**Limitaciones temáticas:** La relación que se establece con el usuario guarda relación con las limitaciones temáticas. Cuánto menos información tenga sobre el tema a tratar, o sobre el contexto cultural del usuario, más pobre será la conversación.

Es importante comprender que dichas limitaciones no sólo las tiene el personal de salud, también las tiene el interlocutor, obviamente de una forma y en un grado diferente. Usar un lenguaje sencillo y claro, y evitar el uso de términos técnicos, contribuirá a lograr acuerdos exitosos. Es preciso abordar lo complejo desde lo simple, analizar con el usuario la situación y ofrecer información que permita identificar soluciones apropiadas para mejorar las prácticas de cuidado.

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

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

persona o familia, pero a la vez ayudar en la búsqueda de alternativas simples y factibles.

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

Saber escuchar, saber tomar la palabra, saber mantener el uso de la palabra, saber ceder la palabra.

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

**Predictibilidad:** Las preguntas, respuestas, silencios o gestos del usuario, proveen a su vez elementos para poder reaccionar, callar, saber qué respuesta tener o esperar el momento oportuno para decir

algo o no decirlo. A esta propiedad del lenguaje humano se le llama predictibilidad, y puede ser muy útil en la consejería para orientar la conversación hacia toma de acuerdos sin imponer nada.

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

**Sentido amplio:** Debe evitarse presuposiciones o sobreentendidos. Esto es frecuente en contextos donde los hablantes provienen de culturas diferentes y no hay un adecuado manejo del enfoque intercultural. Explorar aspectos culturales, religiosos, sociales, entre otros, que guarden relación con el tema tratado.

**Imagen social (principio de prioridad):** Se refiere a la imagen social de los usuarios: actitudes, presentación personal, costumbres sociales, preferencias, entre otros. En los contextos donde el personal de salud trabaja, este principio de carácter general, puede llegar a determinar la construcción (la forma y el contenido) de las

intervenciones: atender o dejar hablar primero al hombre, o a quien parece más pudiente, hábil o poderoso es frecuente y vulnera los derechos básicos de la persona. Es necesario adoptar actitudes coherentes con responsabilidad, esto implica estar siempre dispuesto a dar el mejor trato a cada persona que viene buscando ayuda, actuando con el respeto y la consideración que todos merecemos por igual.

**El valor y el sentido cultural del silencio:** La conversación funciona con base en la relación entre sonidos (palabras) y silencios. En toda conversación no hay sólo palabras, también hay un tránsito o espacio entre lo que dice el personal de salud y el usuario responde, que comúnmente llamamos "silencio".

- El silencio se define como la falta de actividad que delimita la conversación entre las personas, señalando su comienzo, duración y final, marcando un ritmo entre ellos. Esta falta de actividad puede ser:  
Cuando los hablantes se callan al mismo tiempo
  - Cuando fracasa la petición o el cambio de turno.
  - Por vacilaciones o titubeos.
  - Entre la introducción y el inicio del punto central de la conversación.

- Porque el hablante se da cuenta que el oyente está distraído y se queda callado para obligarlo a reaccionar.

Al final del turno.

**Secuencia de la Sesión de Consejería Nutricional:** La conversación en la consejería nutricional es una gran oportunidad para el profesional de la salud de enseñar y educar a la madre, padre y/o cuidadora de los niños menores de tres años en la promoción de hábitos saludables de alimentación y nutrición. Para ello, el documento técnico de Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil del Ministerio de Salud, ha elaborado un diagrama de cinco momentos, para poder realizar esta secuencia de manera eficaz. (Grafico 2)

➤ **Primer Momento: encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada:** Hay condiciones que limitan o determinan el saludo y la naturaleza del primer encuentro: el lugar, el momento, el tiempo transcurrido desde la última cita y, sobre todo, la relación que se mantiene con los usuarios.

La actividad rutinaria que realiza el personal de salud puede crear hábitos repetitivos y una relación impersonal con el usuario.

La apertura crea expectativas y sus efectos se van a sentir durante todo el encuentro.

Durante el primer contacto con el usuario, el primer momento de la consejería es muy breve, pero a medida que se profundiza en el caso y se empieza a hablar de la situación encontrada las secuencias serán cada vez más fáciles de manejar, lo cual dependerá de la calidad de la comunicación que se establezca.

En este momento se debe explicar también por qué es importante que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente, cuáles son las consecuencias en el corto y mediano plazo.

La evaluación del crecimiento de la niña o niño es parte de la atención integral de los servicios de salud. (1)

El monitoreo del crecimiento, consiste en evaluar a la niña o niño de manera individual, periódica y secuencial utilizando las curvas de crecimiento.

En caso de las niñas y niños menores de cinco años se utilizan los indicadores: Peso/Edad, Peso/Talla y Talla/Edad. Si el estado nutricional es normal, debe darse el reconocimiento y motivarlos para continuar con el cuidado. Si se encuentran problemas, debe explicarse a la madre, padre o cuidadores lo que esto significa para la salud, el crecimiento y el desarrollo de la niña o niño.

En este primer momento es importante considerar lo siguiente:

- Si la consejería se realiza en el domicilio, es recomendable que el personal de salud se presente adecuadamente, de ser necesario identificándose por su nombre, ocupación y preguntando por el nombre de la madre, padre o cuidadores de su niña o niño.
- Sea amable, tratar a la persona como ésta se sienta mejor. Se recomienda no usar diminutivos que expresen aparente paternalismo o subvaloración encubierta.
- Los gestos, postura corporal y actitud de escucha demuestran el interés por la persona: mantener contacto visual, poner atención, evitar barreras físicas, asentir con la cabeza o sonreír, entre otros. La actividad conversacional pertenece al dominio práctico de la comunicación (es una función pragmática). (1)

➤ **Segundo Momento: Análisis de factores causales o riesgos:**

El segundo momento es aquel en el que el personal de salud y la madre, padre o cuidadores analizan las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos. Ayudarlos a encontrar estas causas o riesgos y explicarlas en su propio lenguaje.

Luego de haber explicado el estado del crecimiento (a partir de la evaluación nutricional antropométrica) y desarrollo de la niña o niño, el personal de salud debe indagar y preguntar sobre los posibles factores que influyen en la situación encontrada: alimentación, salud, higiene, aspectos emocionales, sociales, económicos, etc.

En ese sentido, los aspectos relacionados a la alimentación de la niña y niño se evalúan y registra en la Historia Clínica, cada vez que acuda al establecimiento de salud para sus controles o en seguimiento respectivos. Al momento de realizar las preguntas, el personal de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

- Las preguntas abiertas son muy útiles, usualmente comienzan con “¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?”. Por ejemplo: “¿Cómo está usted alimentando a su bebé?”.
- Las preguntas cerradas usualmente son menos útiles, sin embargo, a veces es conveniente hacer uso de una pregunta cerrada para tener certeza de un hecho; por ejemplo: “¿Le está dando usted alguna “vitamina” (suplemento de hierro) otro alimento o bebida”, si la madre dice “sí”, se puede continuar con una pregunta abierta para indagar algo más: “¿Cómo le está dando?” o “¿Cómo le está yendo con la “vitamina”? (1)
- Escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a la información que puede ayudar a entender la situación e identificar los factores (alimentarios, sociales, culturales, entre otros) más importantes.
- Si las respuestas no son claras, abordar la situación con otras palabras y preguntas más sencillas. Por ejemplo; si la madre de un niño que no ha ganado peso adecuadamente dice que le ofrece una

porción "grande" de alimento, usted podría preguntar: "Cuando termina de comer su niño, ¿él quiere más comida o se queda satisfecho?"

- Es importante que, mientras el usuario responde el personal de salud no lo interrumpa, no opine, ni haga comentarios, motivándolo a preguntar cuantas veces sea necesario.

- Muestre empatía (ponerse en posición del usuario y mirar las cosas desde su punto de vista) y evitar gestos o palabras que suenan como si el usuario estuviera siendo juzgado.

- Asimismo, es importante identificar el contexto social y cultural del usuario, respetando sus valores y patrones.

➤ **Tercer Momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos:** El tercer momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución a los factores identificados. (1)

Recordar que, las decisiones sobre cuáles alternativas son más convenientes debe ser tomada finalmente por ellos, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades.

Los acuerdos negociados con la madre, padre y cuidadores, deben ser concretos y factibles de realizar hasta la próxima cita, por ejemplo:

aumentar una comida diaria en la mañana, darle comidas espesas, etc.

➤ **Cuarto Momento: Registro de acuerdos tomados:** El personal de salud deberá registrar en la historia clínica, las decisiones o acuerdos (máximo tres) tomados con la madre, padre o cuidadores y anotarlas en una hoja de indicaciones para que se la lleve, motivándolos a ponerlas en práctica con el apoyo de su familia y de la comunidad.

Al finalizar la sesión, es importante expresar la disposición para seguir conversando con el usuario en una siguiente cita o en otras actividades que ofrezca el servicio.

➤ **Quinto Momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados:** Este momento se realiza en las citas posteriores, puede ser intramural o extramural.

Es importante despedirse cálida y afectuosamente para crear un vínculo positivo que motive al usuario a regresar. Asimismo, el personal de salud debe asegurar el seguimiento a los acuerdos en los siguientes controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar y reforzarlas. (2)

La fecha acordada para el siguiente control dependerá del estado nutricional encontrado. (2)

**Contenidos temáticas claves de la consejería:**

**a. Orientación sobre Lactancia materna:** Promover la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses es clave para asegurar el crecimiento infantil, debido a que la leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto comparada a la mayoría de los alimentos complementarios, es una fuente de energía y ácidos grasos esenciales. Sin embargo, en ciertas situaciones, puede haber problema con algunos micronutrientes antes de los 6 meses.

En el caso del hierro, las reservas del niño al nacer juegan un papel importante en determinar el riesgo de anemia durante la

Infancia, pues la concentración de hierro en la leche humana es baja. También puede haber limitación de otros nutrientes, como el zinc y la vitamina A, generalmente por una dieta insuficiente de las madres de ciertas vitaminas.

Eso no quiere decir que la introducción de alimentos complementarios antes de los seis meses mejorará las deficiencias nutricionales del niño, por el contrario tienden a desplazar la leche materna. Por ende, la OMS recomienda que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es a los seis meses de vida y la continuación de la

lactancia materna debe seguir hasta los dos años, tal cual como lo establece la Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de cinco años. (3)

**b. Orientación sobre Alimentación complementaria Alimentación complementaria:** se refiere a la introducción de alimentos que se van a adicionar de forma paulatina a partir de los 6 meses, sin suspender la lactancia materna.

La necesidad radica en que la lactancia materna sola, no aporta los suficientes nutrientes para el crecimiento del niño y las exigencias energéticas se incrementan conforme transcurre la edad del niño; por ende sino se cubren dichas necesidades nutricionales, se puede detener el crecimiento y enlentecer el mismo.

En un párrafo de un documento, se resalta lo siguiente: “El comienzo de la alimentación complementaria implica que existe un buen grado de desarrollo de la función gastrointestinal que ha alcanzado la capacidad de absorción de nuevos nutrientes”. (4)

En esta etapa aparece en el niño los primeros dientes y se aprecia el comienzo de los movimientos masticatorios y la deglución; también se descubre la contextura y sabores de los alimentos. Por ello, para generar la aceptación de los alimentos por parte del niño, es importante promover hábitos alimentarios como tener mucha paciencia, no forzarlo, no gritarlo ni asustarlo, mantener una

comunicación permanente mediante el canto, palabras tiernas y caricias en la piel; estas son las mejores formas de estimular la relación afectiva entre los niños y sus padres.

Actualmente, el Ministerio de Salud como parte del Proyecto Nutriwawa le suma a la alimentación complementaria la suplementación con micronutrientes que consta de agregados vitamínicos de hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico; según el programa establece el consumo de micronutrientes todos los niños entre 6 y 35 meses en tres fases por 6 meses consecutivos con el fin de asegurar el crecimiento, mejorar las defensas, proteger contra las enfermedades y sobre todo reducir la desnutrición crónica infantil y la anemia.

Para la administración de la suplementación en polvo, el Minsa aconseja que la madre debe agregarlo en las 2 primeras cucharadas de los alimentos que le da a su niño, de preferencia de consistencia espesa y tibia. Luego continuar con el resto de comida.

Por otro lado, los lineamientos de nutrición Materno infantil del Ministerio de Salud, establece lo siguiente:

- **En relación a la consistencia y textura,** La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello son necesarios alimentos de transición, especialmente adaptados para esta primera

etapa, hasta que, aproximadamente al año, el niño es capaz de alimentarse en la mesa familiar, con alimentos de consistencia no muy dura. Por esto se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores.

El avance del proceso de alimentación está asociado al desarrollo general del niño, al desarrollo de los maxilares y a la evolución de la dentición. Alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar, los niños a esta edad controlan mejor la lengua y pueden mover mejor la mandíbula hacia arriba y hacia abajo. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamorras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

A los seis meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses se tendrá hacia los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirá los alimentos picados; y finalmente; entre los 12 y 35 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

- En relación a la cantidad, a partir de los 6 meses se empezará con 2 a 3 cucharadas, entre los 7 y 8 meses la cantidad será entre 3 a 5 cucharadas, o lo que equivale a  $\frac{1}{2}$  taza. Entre los 9 y 12 meses aumentará  $\frac{3}{4}$  de taza, es decir de 5 a 7 cucharadas Aproximadamente, y finalmente; entre los 12 y 35 meses de 7 a 10 cucharadas (1 taza), tres veces al día, más dos comidas adicionales.

- En cuanto a la frecuencia, ésta será de acuerdo a la capacidad gástrica del niño y las necesidades energéticas, los cuales se incrementarán gradualmente de acuerdo a la edad. Es por ello que a

los 6 meses se empezará con dos comidas al día, entre los 7 y 8 meses se aumentará a 3 comidas diarias y entre los 9 y 12 meses deberá recibir 3 comidas principales y una adicional, el cual puede ser a media mañana o media tarde, en este caso se recomienda

brindar pan, fruta o alguna mazamorra. En todos los casos adicionar la lactancia materna después de cada alimentación.

- **La calidad**, se refiere a la introducción de varios grupos de alimentos, como los de origen animal para lo cual se recomienda introducir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita, queso y huevo. Los alimentos de origen vegetal deben incluir verduras de color verde, naranja o amarillo como la espinaca, el zapallo, la zanahoria y a partir de los 9 meses preparar menestras sin cáscara como lentejas, habas, frejoles, arvejas y añadir cereales como arroz, trigo, quinua, etc. Asimismo ofrecer diariamente las frutas de estación como la papaya, mango, plátano de isla. Estos alimentos son importantes porque van a contribuir sustancialmente el aporte de proteínas, vitaminas y minerales, que son indispensables para el crecimiento y desarrollo normal del niño.

- **Enriquecer las comidas del niño con una cucharadita de aceite vegetal o mantequilla**, esto le proporcionará energía y ácidos grasos esenciales importantes para el desarrollo del sistema nervioso central; asimismo es necesario para favorecer la absorción de las vitaminas y mantener la viscosidad de las comidas.

- **La suplementación de hierro con sulfato ferroso**, es necesario en el niño que presenta anemia, ya que a la edad de 6

meses ocurre una deficiencia del mineral por las reservas limitadas, pérdida excesiva o ingesta insuficiente del mismo. Por ello, la norma establece contrarrestar esta deficiencia con sulfato ferroso a una dosis de 1mg/kg de peso por un tiempo de 6 meses y evitar repercusiones funcionales sobre la capacidad mental, inmunológica y endocrina. Este informe se basa a las siguientes teorías:

**Según la teoría de Nola 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 influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. (Grafico 1)

## 2.3 Definición de términos

**Consejería con enfoque intercultural:** La consejería es un procedimiento basado en la permuta dialógica centrada en ayudar a otra persona a comprender aquellos factores fundamentales de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución al problema.

**Intercambio – dialógico:** Es una conversación informal donde se discute no solamente un tema específico, sino el trasfondo cultural sobre el cual se discute. Se busca un punto de equilibrio entre procesos culturales diferentes.

**Interculturalidad en salud:** Interculturalidad en salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos. Las poblaciones tienen el derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico en la actualidad. Esta relación debe realizarse sin discriminación, ni relaciones de poder entre ambas partes.

**Consejería Nutricional:** Es un procedimiento educativo comunicacional entre el profesional de salud entrenado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El objetivo es analizar un caso específico y ayudar a tomar las mejores decisiones

con base en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas. Fortaleciendo las buenas prácticas y corrigiendo las malas o las de riesgo.

**Situaciones para brindar consejería:** La Consejería Nutricional se realiza durante la etapa del crecimiento y desarrollo normal de la niña o niño, durante el embarazo, durante la lactancia materna, en situaciones de riesgo nutricional o en casos de enfermedades durante la infancia (Enfermedad diarreica aguda, Infecciones respiratorias agudas, etc.).

**Perspectiva transcultural:** Referida a tomar en cuenta los aspectos culturales de la madre y adaptarlos a la consejería nutricional preservando una práctica o creencia benéfica para la salud de su niño.

**Patrones culturales nutricionales:** Estilos, hábitos, costumbres y prácticas que tienen las madres para la elección, preparación y consumo de alimentos.

**Estado nutricional:** es la condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de nutrientes.

**Alimentación Complementaria:** Es la incorporación de otros alimentos junto con la leche materna en los niños a partir de los seis

meses de edad. 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

**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.

**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.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para la realización del presente trabajo académico profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, mediante la cual se realizó la revisión de los libros de registro de enfermería, así como las historias clínicas, además se contó con la base de datos proporcionados por el servicio de Estadística del Centro de Salud Sapallanga, recabando datos interesantes y coherentes vinculados al tema de estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

**Autorización:** Se pudo acceder a los registros de enfermería, a la base de datos de la Etapa vida niño, historias clínicas, previa solicitud y autorización de la jefatura del Puesto de Salud La Punta.

**Recolección de datos:** La recolección de los datos se llevó a cabo mediante técnica de revisión documentaria.

**Procesamiento de datos:** Los datos obtenidos serán organizados por métodos automatizados y se confeccionará una base de datos a través del Programa Microsoft Excel, y para dar salida a los objetivos se utilizarán estadígrafos descriptivos como número absoluto, media aritmética, razón y análisis porcentual. **Resultados:** Los mismos se

expresarán en tablas de frecuencias con valores absolutos y porcentajes que facilitarán el análisis, discusión y presentación de los resultados obtenidos.

Análisis e interpretación de resultados: Se hace una descripción detallada de los datos recolectados durante el 2012 y 2016 en el servicio de CRED específicamente en las consejerías nutricionales y la experiencia de 05 años en dicho servicio.

### **3.2 Experiencia profesional**

En mi labor profesional de 13 años de servicio como Enfermera; enfocándome los primeros años en la atención hospitalaria.

Iniciando mi trabajo en el Puesto de Salud La Punta del Distrito de Sapallanga, de la Provincia Huancayo y Departamento Junín a partir de 2012, desarrollando y aplicando formas integrales, en los cuidados al individuo, la familia y la comunidad. Contribuyendo a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten un entorno saludable y mejorar la calidad de vida de la población.

Como responsable de la estrategia de crecimiento y desarrollo, realizando evaluaciones periódicamente y sistemáticamente del crecimiento y desarrollo del niño y de la niña de 0 a 11 años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su

crecimiento y desarrollo, también nos permite identificar desnutrición crónica y anemias.

Se observó que el personal de salud no estaba comprometido en temas relacionados a nutrición, no brindaba una consejería nutricional adecuada y las madres de niños menores de 3 años tenían un conocimiento deficiente en hábitos alimentarios para el cuidado nutricional de sus hijos.

Contando con una población 202 niños y niñas menores de tres años, con una población es subestimada, ya que contamos con grupos migrante pluriculturales que; muchas veces el personal de salud desconoce sus costumbres y creencias y no logrando a que las madres comprendan la educación brindada como la consejería nutricional que se quiere lograr para mejorar el estado nutricional de sus niños.

Dada esa inquietud, el personal de Enfermería viene realizando consejerías nutricionales personalizadas en consulta de crecimiento y desarrollo incrementando el tiempo de atención de cada niño y si no se logra realizar en el tiempo de consulta se está programando visitas domiciliadas, en las que se brindaron acciones educativas y estrategias para que la madre o cuidadora mejoren la alimentación de su niño de acuerdo a su realidad, respetando sus costumbres y creencias, además se están brindando sesiones educativas en el

Puesto de Salud con las madres que asisten por diferentes motivos, se programó mensualmente sesiones educativas y demostrativas dadas a madres de niños y niñas menores de 3 años, donde todo el personal de salud interviene en estas sesiones. Las madres aprenden haciendo, priorizando los alimentos de la zona.

Se vienen ejecutando con el único fin de promover el crecimiento y el desarrollo de la población infantil, logrando de esta forma disminuir la desnutrición crónica, la anemia y otros problemas de salud presentados por niños y niñas menores de tres años, las madres disminuirán costos en tratamientos recuperativos para el niño, si estos se previenen con la promoción de la salud.

### **3.3 Procesos realizados**

Los datos obtenidos en el presente trabajo académico profesional fueron procesados en un sistema que nos permitiría obtener cuadros y gráficos estadísticos para un análisis de la información, el programa utilizado será Microsoft Excel, al realizar gráficos correspondientes se hará una comparación de los años 2014 al 2016, en la cual se evidenciará la mejora de la intervención del profesional de enfermería en las consejerías nutricionales a madres de niños menores de 3 años, con la finalidad de disminuir el número de niños con desnutrición crónica y anemia, conocedoras de que una de las estrategias en educación es la demostración. Lo que se hizo:

- Reuniones técnicas con los presidentes de los cinco barrios.

- Capacitaciones permanentes al personal de salud y presidentes de la localidad, sobre la importancia, principios, elementos, secuencias, contenidos temáticos y el propósito de las consejerías nutricionales.
- Comprometiéndolos a participar activamente y cambiar la alimentación familiar, valorando las costumbres y los alimentos locales.
- Se buscó estrategias para satisfacer las necesidades nutricionales del niño oportuno, adecuado, seguro y que va a favorecer la interrelación madre – hijo. Como:
  - Se elaboró una agenda para programar consejerías nutricionales en el domicilio respetando el día y la hora que la madre y/o la cuidadora disponga para visitarla. Priorizando a los niños y niñas menores de 3 años con riesgos nutricionales, desnutrición crónica, y con anemia
  - Sesiones educativas por grupos de madres con niños menores de 3 años que asisten al Puesto de Salud por diferentes motivos (medicina, obstetricia, odontología, etc) momento que usamos nuestras habilidades como la comunicación verbal, preguntas abiertas, darle confianza a la madre y entender cómo se siente sin juzgarla en el momento de la consulta.
  - Se realizó sesiones demostrativas se hizo un cronograma para la madre de los niños(as) menores de 3 años por barrios, con la ayuda de los presidentes quienes apoyaban con la difusión de la actividad a

realizarse y la asistencia es obligatoria, todo el personal de salud comprometido exponía novedosos platos.

- Se realizó concursos de platos nutritivos y referentes a la lactancia materna con la participación de las madres.

.Según datos estadísticos la punta cuenta con una población total 4.0340 habitantes y 202 son niños menores de 3 años; el 2014 trabajábamos 2 enfermeras, una obstetra y una técnica de enfermería y el trabajo extramural no se daba, por falta de la programación de tiempos y actividades múltiples que cada personal tenía ;además las capacitaciones al personal eran insuficientes durante el año recibimos dos capacitación sobre : La anemia , uso el hemoglobímetro, y consejería nutricional, y aun no se tomaba estrategias.

Para el 2015 trabajamos un médico, dos enfermeras, una obstetra, una técnica en enfermería, las capacitaciones al personal durante el año se dieron cinco entre talleres y sesiones educativas, se realizaron las visitas domiciliarias dando énfasis a nuestros niños menores de tres años se lograron realizar las sesiones demostrativas con la participación activa de todo el personal. Para el 2016 recibimos ocho capacitaciones, talleres educativos sobre alimentación y alimentos nutritivos; las consejerías nutricionales personalizadas se dieron en las visitas domiciliarias según la programación de nuestra agenda; se pudo reducir las cifras de niños (as) con riesgo nutricional, desnutrición crónica y anemia. Este último se pudo realizar mejor la

evaluación ya que se nos hizo entrega el Hemoglobímetro, facilitándonos nuestro trabajo y seguimiento de los casos.

Interviniendo en las visitas domiciliarias de esta manera:

Se pide que me preste la tarjeta de vacunas para verificar el estado nutricional y vacunal se encontraba dentro de lo normal la felicidad, empezamos con la consejería sobre alimentación complementaria dándole su espacio y la confianza que la madre se merece mediante una cartilla la lista de alimentos la consistencia y la cantidad y cuantas veces tiene que comer, también le explique sobre la administración de micronutriente que tenía que darle a diario para finalmente hacerle las preguntas si había entendido o no y la mamá me confirmó que sí, continué, sacándole una muestra de sangre explicándole el procedimiento y le pedí que descubra el talón para sacarle una muestra de sangre y ver la hemoglobina y confirme que tenía 10.1 gr/dl (anemia leve) valor ajustado, le explique sobre las causas de la anemia y como profesional de enfermería tengo que darle un tratamiento preventivo a la madre; finalmente le hago una retroalimentación sobre todas las actividades que realice con la madre lactante y le puse la cita para la siguiente visita agradeciéndole por haberme escuchado y que la esperamos hasta el próximo mes en el Puesto de salud La Punta para su cita ya programada.

Es en estas circunstancias como enfermera cumplimos una función importante de tipo preventivo promocional tanto físico mental y

emocional en el componente de crecimiento y desarrollo del Paquete de Atención Integral de Salud del Niño, ya que brindamos una atención integral, asistiendo y aconsejando a la madre sobre la alimentación del niño para que este alcance estándares promedios de peso y talla. Durante el trabajo diario.

## IV. RESULTADOS

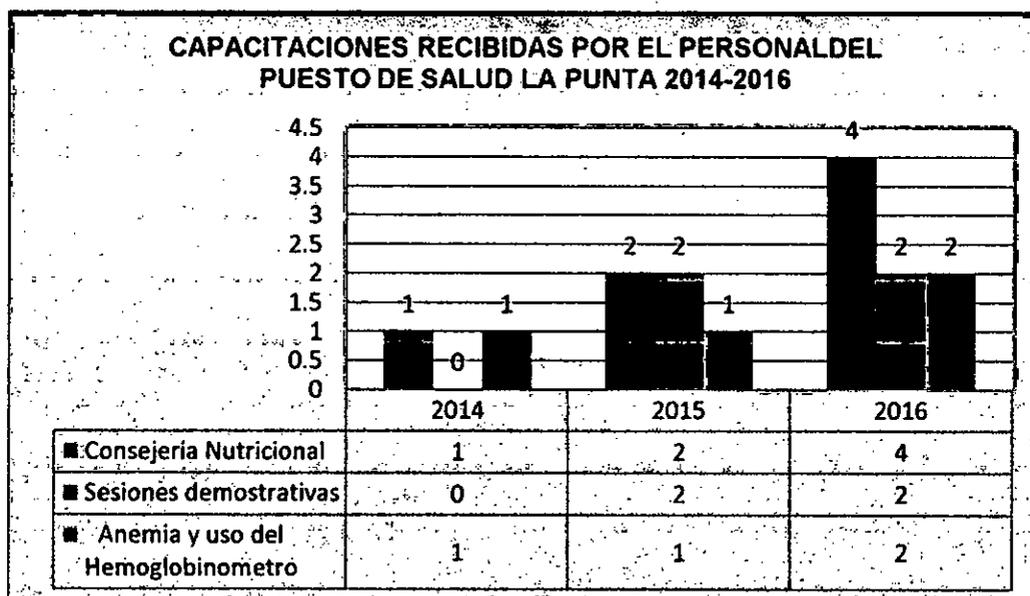
**TABLA N° 4.1**

### **CAPACITACIONES RECIBIDAS POR EL PERSONAL DEL PUESTO DE SALUD LA PUNTA DEL 2014-2016**

CAPACITACIONES RECIBIDAS POR EL PERSONAL DE SALUD	2014	2015	2016
Consejería Nutricional	1	2	4
Sesiones demostrativas	0	2	2
Anemia y uso del Hemoglobinometro	1	1	2

FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

**GRÁFICO N° 4.1**



FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

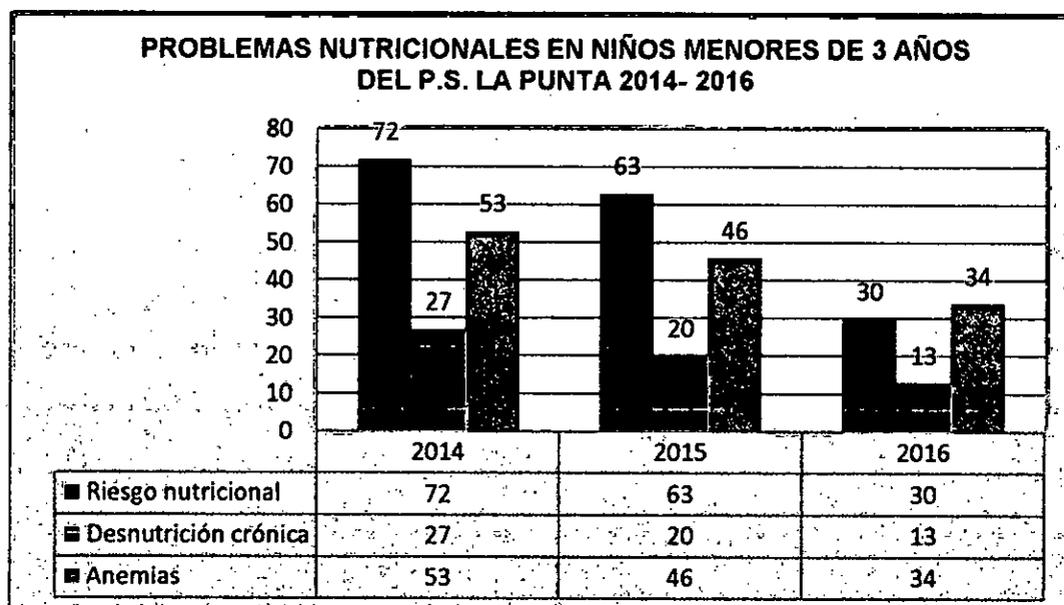
En el gráfico N° 1 podemos apreciar que en el año 2016 los profesionales de la salud del Puesto de Salud La Punta recibieron mayor número de capacitaciones sobre consejerías nutricionales, sesiones demostrativas y anemia y uso del hemoglobinometro. A comparación del 2014 las capacitaciones se dieron en un menor número sobre estos temas.

**TABLA Nº 4.2**  
**PROBLEMAS NUTRICIONALES EN NIÑOS MENORES DE TRES**  
**AÑOS DEL PUESTO DE SALUD LA PUNTA 2014- 2016**

PROBLEMAS NUTRICIONALES	2014	2015	2016
Riesgo nutricional	72	63	30
Desnutrición crónica	27	20	13
Anemias	53	46	34

FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

**GRÁFICO Nº 4.2**



FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

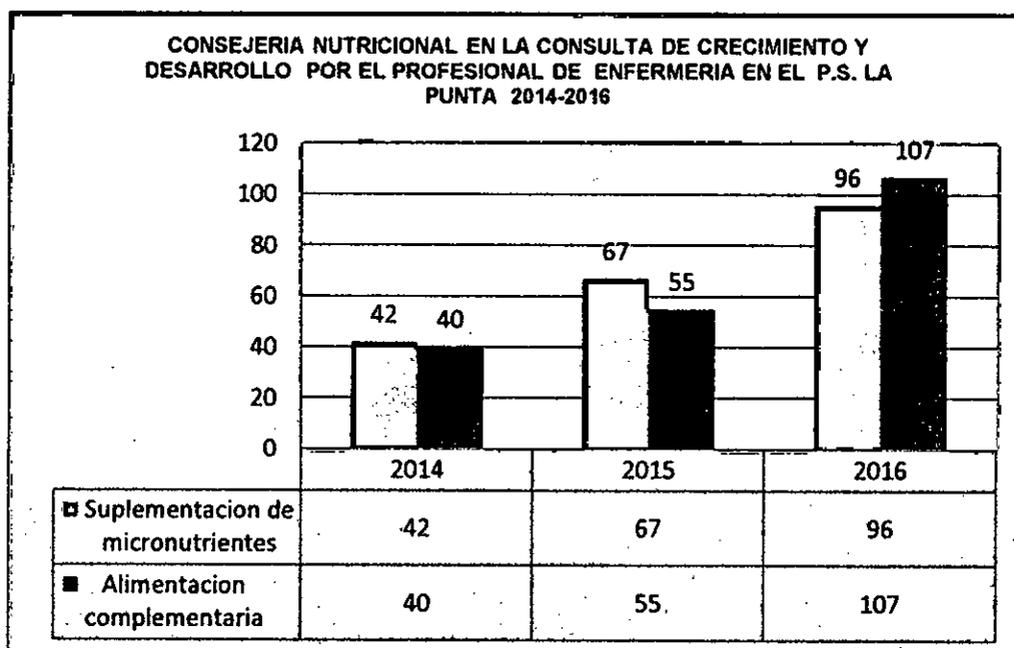
Como se aprecia en el Gráfico Nº 2 el problema nutricional en niños menores de 3 años se presentaron en mayor porcentaje en el 2014 con 72 niños(as) con riesgo nutricional, 27 casos de desnutrición crónica y 53 casos de niños con anemia, mientras que el menor porcentaje alcanzado fue el año 2016, 30 niño(as) con riesgo nutricional, 13 con desnutrición crónica, y 34 con anemias, evidenciándose el trabajo realizado por el profesional de enfermería.

**TABLA N° 4.3**  
**CONSEJERIA NUTRICIONAL EN LA CONSULTA DE CRECIMIENTO Y**  
**DESARROLLO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL**  
**PUESTO DE SALUD LA PUNTA 2014-2016**

CONSEJERIA NUTRICIONAL SOBRE:	2014	2015	2016
Suplementación de micronutrientes	42	67	96
Alimentación complementaria	40	55	107

FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

**GRÁFICO N° 4.3**



FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

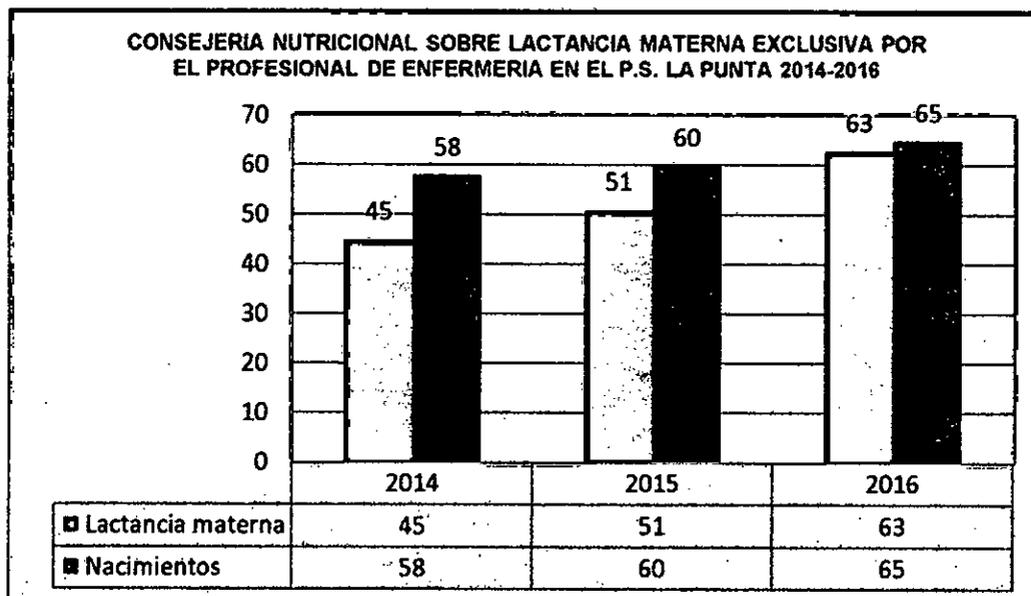
Como se aprecia en el Gráfico N° 3 las consejerías nutricionales en la consulta de crecimiento y desarrollo en niños menores de 3 años del P.S La Punta, se observa que en el 2014 las consejerías nutricionales sobre el consumo de micronutrientes se dio en 42 niños (as), y sobre alimentación complementaria a 40 niños, presentándose un mayor porcentaje de consejerías nutricionales en el año 2016 se dio a 96 niños sobre el consumo de micronutrientes y 107 consejerías nutricionales sobre alimentación complementaria alcanzándose el incremento paulatino de las consejerías nutricionales por el profesional de enfermería

**TABLA N° 4.4**  
**CONSEJERIA NUTRICIONAL SOBRE LACTANCIA MATERNA**  
**EXCLUSIVA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL**  
**PUESTO DE SALUD LA PUNTA 2014-2016**

CONSEJERIA NUTRICIONAL	2014	2015	2016
Lactancia materna	45	51	60
Nacimientos	58	60	68

FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

**GRÁFICO N° 4.4**



FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

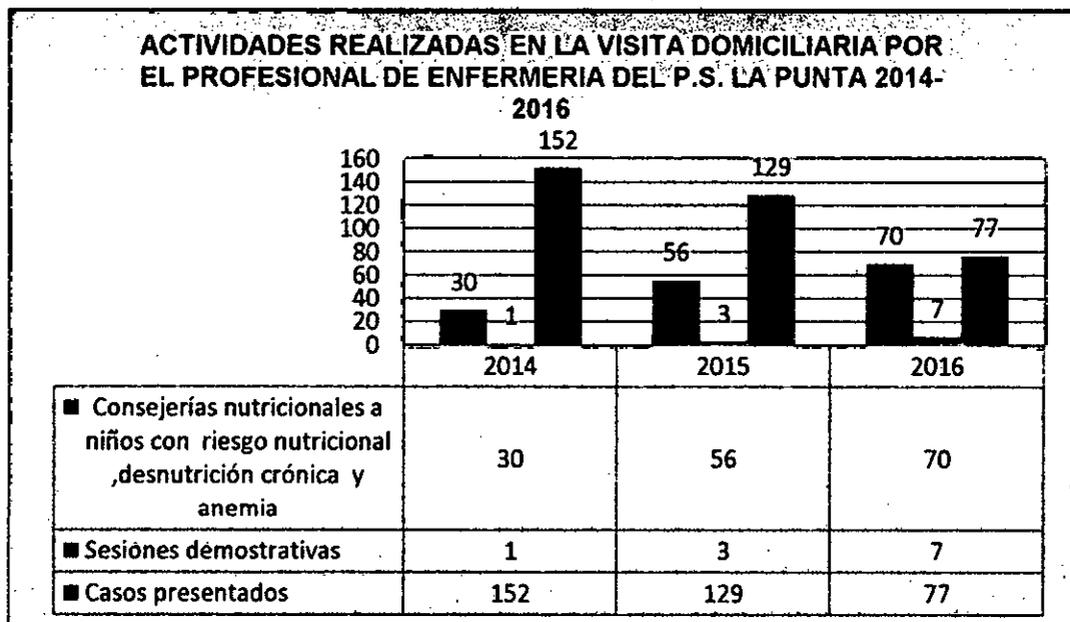
Se observa en el gráfico N° 4; que de 58 nacimientos en el 2014 solo 45 mamás recibieron consejería nutricional sobre lactancia materna llegando solo a un 77% de lo programado , logrando para el 2016, de 65 nacimientos 63 madres recibieron consejería sobre lactancia materna logrando un 97% de lo programado.

**TABLA N° 4.5**  
**ACTIVIDADES REALIZADA EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS POR EL**  
**PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL PUESTO DE SALUD LA**  
**PUNTA 2014-2016**

ACTIVIDADES EN LA VISITA DOMICILIARIA	2014	2015	2016
Consejerías nutricionales a niños con riesgo nutricional ,desnutrición crónica y anemia	30	56	70
Sesiones demostrativas	1	3	7
Casos presentados	152	129	77

FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

**GRÁFICO 4.5**



FUENTE ESTADISTICA DEL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA

Se observa en el gráfico N° 5; de las actividades realizada en las visitas domiciliarias por el profesional de enfermería del puesto de salud la punta Que de 152 casos presentados entre riesgo nutricional, desnutrición crónica y anemia en el 2014 solo 30 de estos recibieron consejería nutricional en su domicilio y una sesión demostrativa, en el 2015 de 129 casos presentados, 56 recibieron consejería nutricional en su domicilio y 3 sesiones demostrativas. En el 2016 se realizaron más visitas domiciliarias brindando consejerías nutricionales a los 77 casos presentados

## V.CONCLUSIONES

- a) Las estrategias de consejería a través de los servicios de salud o de madres con hijos son igualmente efectivas en el crecimiento de los niños.
- b) Los mensajes de las consejerías son útiles adaptándolas a los patrones culturales y nivel educativo de las madres del centro poblado la punta.
- c) En su gran mayoría del personal de salud no consideran en la valoración los patrones culturales nutricionales de la madre, las características sobre la procedencia, tipos de alimentos, hábitos a la hora de alimentación; número, consistencia y cantidad de la comida.
- d) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero (a) desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales (competencias), para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al usuario que demanda nuestros servicios de salud.
- e) Las consejerías nutricionales nos enseña a prender a realizar diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales y a conocer la importancia de prevenir la desnutrición y la anemia.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda fortalecer las intervenciones oportunas referentes a la promoción de la alimentación y nutrición saludable a través del fortalecimiento de la consejería nutricional
- b) Se deben brindar a las madres de las niñas y niños menores de tres años, consejerías nutricionales respetando sus costumbres, y creencias para poder reducir la desnutrición crónica infantil (talla baja), anemias.
- c) El personal de salud debe tener conocimiento de la norma técnica de consejería nutricional adaptándolas a los patrones culturales y nivel educativo de las madres del centro poblado la punta.
- d) Revisión, actualización y adecuación de guías técnicas a nuestra realidad local.
- e) Se debe valorar los diversos factores que determinan las prácticas alimentarias, enfocándose en la seguridad alimentaria en sus tres dimensiones (disponibilidad, acceso y la utilización de los alimentos)
- f) Se recomienda realizar capacitaciones al personal de salud y preparar materiales de apoyo tanto para la valoración y educación.
- g) facilitar y brindar un cuidado congruente con la cultura de cada familia
- h) Las visitas domiciliarias ayudaran a mejorar las prácticas alimentarias que realizan las madres durante la alimentación de sus hijos y sean saludables.

## VII.REFERENCIALES

1. Kozier Bárbara, Erb Glenora y otros. Fundamentos de Enfermería, concepto, procesos y práctica.7° edición, España. Mc. Graw Hill, 2007  
Vol.1, pág. 232 – 237
2. Ministerio de Salud. Documento técnico de Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil. MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud; Lima MINSA Junio.2011.
3. SPECTOR, Rachel E. Teoría Enfermera. La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. [Página de internet]. Cultura de los cuidados. 2000 [14 de abril del 2012] Disponible en:  
[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5115/1/CC\\_07-08\\_15.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5115/1/CC_07-08_15.pdf)
4. Documento técnico. Lineamientos de Estrategias Sanitarias de Alimentación y Nutrición Saludable. Lima 2011.MINSA.  
[www.iniciativacontradesnutricion.org.pe/consejeria-nutricional/](http://www.iniciativacontradesnutricion.org.pe/consejeria-nutricional/)
5. Organización Mundial de la Salud. Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Curso Integrado. Manual del Participante. OMS. 2009.
6. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003. [Versión pdf]
7. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición en madres de niños menores de tres años, gestantes y escolares.

- Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. 2004. [Versión pdf]  
[20 de junio del 2013].
8. Shimabuku R, Huicho L, Fernández D, Nakachi G, Maldonado R, Barrientos A. Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n4/a10v29n4.pdf>. Perú. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2012;29(4):483-9.
  9. Instituto nacional de estadística e informática. Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos (2000- 1er semestre 2010) julio 2010.
  10. Sierra L. Guía de Consejería (documento de trabajo del programa Buen Inicio). Lima: UNICEF; 2001.
  11. Ministerio de Salud, Documento Técnico Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil. MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud 2011
  12. NOGUERA Ortiz Norma Yaneth y Rodríguez Rodríguez María Raquel. Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. 2008, Colombia
  13. Nutrición por etapa de vida. Alimentación complementaria del lactante de 6 a 24 meses. MINSA
  14. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de

Salud. 2011. Disponible en:

<http://www.saludlaconvencion.gob.pe/otros/crecimiento/NORMA%20TECNICA%20DE%20%20%20CRECCIMIENTO%20Y%20DESARROLLO.pdf>

15. BERMÚDEZ Menacho Kelly Mylene. Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brinda en el componente crecimiento y desarrollo de los Centros de Salud de la Dirección V. 2003.
16. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. [Página de internet] [18 de marzo del 2014]. Disponible en: [p://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](p://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf)
17. Vidal Giove Fiorella Milagros. Significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2011
18. Llamamientos de nutrición Materno Infantil. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima 2004. MINSA, Unicef, OPS. [Versión pdf]
19. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de cinco años. MINSA 2011.
20. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003. [Versión pdf]

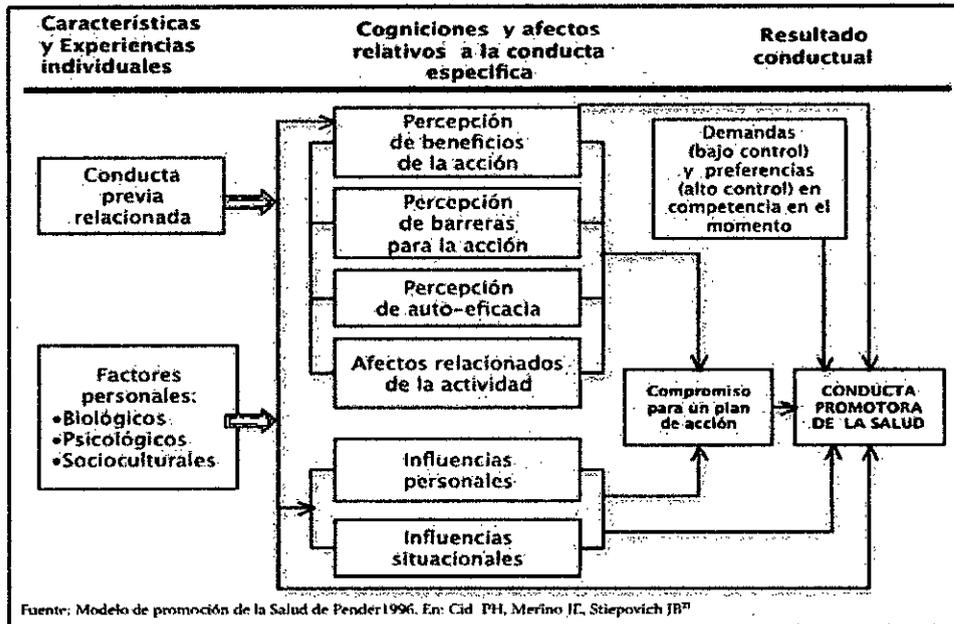
**21. Nutrición por etapa de vida. Alimentación complementaria del lactante de 6 a 24 meses. MINSA**

**22. Ministerio de Salud, Proyecto de Salud y Nutrición Básica. Pautas básicas para la consejería en alimentación infantil. Lima: MINSA/PSNB; 2001**

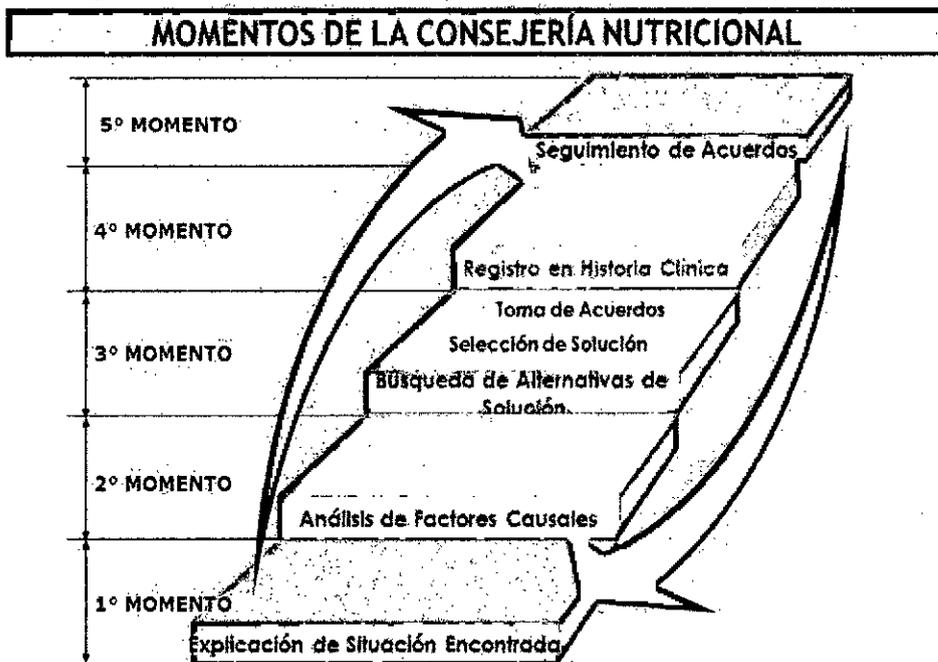
## **ANEXOS**

**ANEXO 01**  
**GRAFICO Nº 1**

**Esquema del modelo de la promoción de la salud de Nola Pender**



**GRAFICO Nº 2**



Fuente: Elaboración propia DEPRYDAN - CENAN - 2008

**ANEXO 02**  
**FOTOS DE VISITAS DOMICILIARIAS**  
**CONSEJERÍAS NUTRICIONALES A LAS FAMILIAS DEL CENTRO**  
**POBLADO LA PUNTA**



ANEXO 03

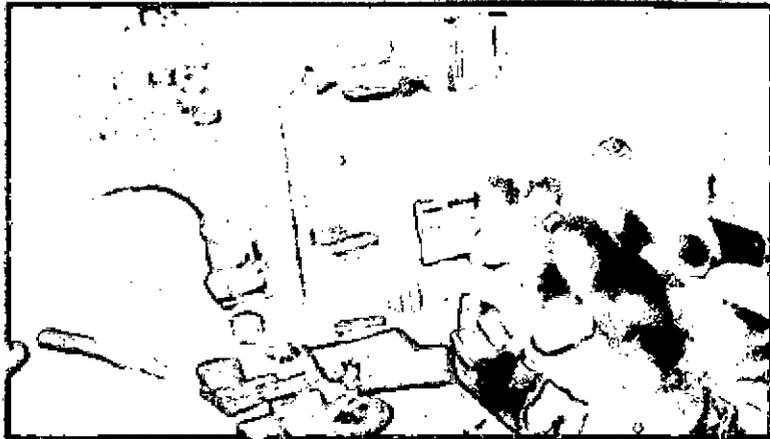


**ANEXO 04**  
**CONSEJERÍAS NUTRICIONALES EN EL CONSULTORIO DE**  
**CRECIMIENTO Y DESARROLLO PUESTO DE SALUD LA PUNTA**

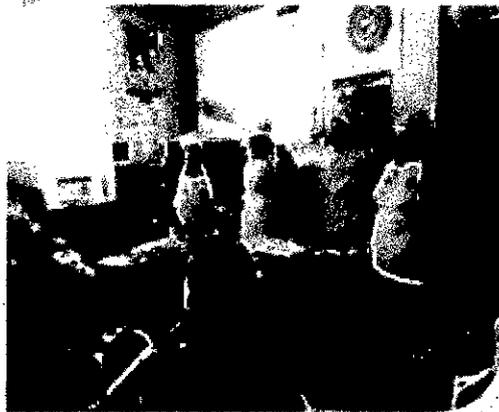
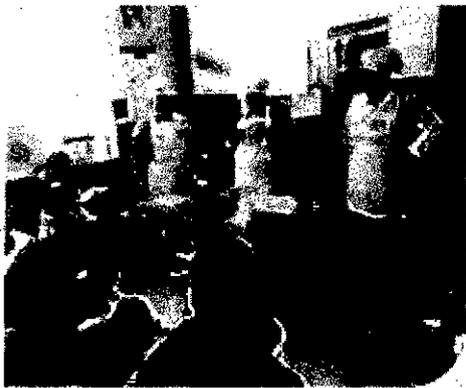


**ANEXO 05**

**FOTOS DE CONSEJERIAS NUTRICIONALES EN MADRES DE NIÑOS  
MENORES DE 1 AÑO**



**ANEXO 06**  
**SESIONES DEMOSTRATIVAS REALIZADAS POR EL PERSONAL DE**  
**SALUD LA PUNTA**



## DESARROLLO DE CONCURSOS DE PLATOS NUTRITIVOS CON LOS JARDINES DE LA LOCALIDAD LA PUNTA

