

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 A 11 MESES. PUESTO DE SALUD  
CATALINAYOCC - CANGALLO  
AYACUCHO - 2017**

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

**AUTORES:**

**YANINA MILAGROS YAULI RIVERA.  
MIRTHA SOLEDAD NINA SULLCARAYME  
CARMEN EVANGELINA JESÚS MATOS**

**Callao, 2017  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS PRESIDENTE
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ SECRETARIA
- MG. MIRIAN CORINA CRIBILLERO ROCA VOCAL

**ASESORA:** DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 194-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 05/11/2017

Resolución de Decanato N° 2839-2017-D/FCS de fecha 27 de Octubre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

## *DEDICATORIA*

Con mucho amor a nuestros padres quienes con su esfuerzo y amor marcaron el ritmo de mi vida personal, profesional y familiar, ahora al lado del señor seguirán guiando mis pasos.

## **AGRADECIMIENTO**

Damos gracias A Dios, por permitirnos realizar este estudio de investigación, fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente.

A todos los docente de la unidad de Post grado de la Facultad de Ciencias de la Salud que compartieron sus conocimientos en cada ciclo de la especialización.

Al puesto de salud Catalinayocc por permitirnos realizar el presente trabajo de investigación en su institución.

A Dra. Arcelia Olga Rojas Salazar decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

A todas las personas que voluntariamente aceptaron participar en la aplicación de los instrumentos ya que sin su participación no se hubiera logrado la finalización del presente trabajo.

## INDICE

	Pág.
TABLA DE CONTENIDOS	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
<b>I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Identificación del problema	5
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Objetivos de la Investigación	11
1.3.1. Objetivo general	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
1.4. Justificación	12
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	14
2.2. Base Teórica	21
<b>III. VARIABLES E HIPÓTESIS</b>	
3.1. Definición de variables	39
3.2. Operacionalización de variables	40
3.3. Hipótesis	
3.3.1. Hipótesis general	44
3.3.2. Hipótesis específica	44
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	
4.1. Tipo de investigación	45
4.2. Diseño de investigación	45
4.3. Población y muestra	46
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
4.5. Procedimientos de recolección de datos	47
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos	48
<b>V. RESULTADOS</b>	49
<b>VI. DISCUSION DE RESULTADOS</b>	
6.1. Contrastación de la hipótesis con los resultados	53
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares	55
<b>VII. CONCLUSIONES</b>	58
<b>VIII. RECOMENDACIONES</b>	59
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	60
<b>ANEXOS</b>	
• Anexo N° 01 : Matriz de consistencia	
• Anexo N° 02 : Consentimiento informado	
• Anexo N° 03 : Ficha de Alimentación de la niña y niño menores de 5 años.	
• Anexo N° 04 : Ficha de verificación de prácticas alimentarias en el hogar.	

## ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N° 5.1: PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. EN EL PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.	49
TABLA N° 5.2: PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN EDAD DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. EN EL PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.	50
TABLA N° 5.3: PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.	51
TABLA N° 5.4: PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN NÚMERO DE HIJOS DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.	52

## RESUMEN

La familia y la madre en particular tienen una importante influencia en el estado nutricional de los niños. El **Objetivo** fue determinar como la Consejería nutricional mejora las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc. Ayacucho 2017; la **Metodología** de la investigación fue cuantitativa, aplicada, prospectiva, longitudinal, pre experimental prueba / post prueba, la población y muestra estuvo constituida por 24 madres de niños de 6 a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc. Se utilizó una Ficha de evaluación de la Historia alimentaria complementaria del menor de 5 años (Instituto Nacional de Salud. 2010) y la Ficha de Verificación de Prácticas Alimentarias en el Hogar elaborado por las investigadoras. **Resultados:** El 79.2% de madres de la comunidad del Puesto de Salud Catalinayocc tenían prácticas alimentarias complementaria inadecuadas antes de la realización de la consejería nutricional, disminuyendo después de la consejería a 33.3%; lo que significa que las prácticas de alimentación complementaria mejoraron de un 20.8% (antes) a 66.7% después de la consejería nutricional. En **Conclusión:** la Consejería nutricional mejora (es efectiva) las prácticas de alimentación complementaria de madres de niños de 6 a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc; hubo mejora en las prácticas de alimentación complementaria ( $t_{(19)} = -7.2683$ ,  $p < 0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes ( $X=5.208$ ) y después ( $X=8.708$ ) de la consejería nutricional.

**Palabras clave:** Consejería nutricional, prácticas de alimentación complementaria del menor de un año.

## ABSTRACT

The family and the mother in particular have an important influence on the nutritional status of children. The **objective** was to determine how the nutritional counseling improve feeding practices in children 6 to 11 months in the community of Catalinayocc. Ayacucho 2015; the research **methodology** was quantitative, application, prospective, longitudinal, experimental pre test / post test, the population and sample consisted of 24 mothers of children 6 to 11 months of the P.s. of Catalinayocc. We used a tab of evaluation of the food history of the lesser of 5 years (National Institute of health. 2010) and the verification tab of food practices at home developed by the researchers. **Results:** The 79.2% of mothers in the P.s. of Catalinayocc had inadequate feeding practices prior to the nutritional, decreasing after the counseling 33.3 counseling %; which means that feeding practices were improved from a 20.8% (before) to 66.7% after the nutritional counseling. In **Conclusion:** The nutritional counseling improves (it is effective) feeding practices of mothers of children aged 6 to 11 months in the community of Catalinayocc; There was improvement in feeding practices ( $t(19) = -7.2683$ ,  $p < 0.05$ ) between the measurements made before ( $X = 5.208$ ) and then ( $X = 8.708$ ) of nutritional counseling.

**Key words:** nutritional counseling, the child of a year feeding practices.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Identificación del problema

La desnutrición 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. Sin embargo, algunas familias son capaces de hacer frente a esas condiciones tan adversas y mantener a sus hijos en un adecuado estado nutricional. La familia y la madre en particular tienen una importante influencia en el estado nutricional de los niños de zonas pobres, debido a que dentro del hogar se desarrollan procesos que combinan conocimientos, recursos y comportamientos que pueden provocar enfermedad y mayor exposición a riesgos o recuperar y mantener la salud (1). Se ha reportado que el estado nutricional de los niños menores de dos años es mejor cuando son atendidos exclusivamente por sus madres y cuando las madres son mejor educadas. Las madres mejor educadas pueden ser capaces de hacer un mejor uso de la información disponible acerca de la nutrición infantil y la salud, y por lo tanto pueden mejorar la calidad de los alimentos de los niños. Aparte de las mejores condiciones de crianza en el hogar, las mujeres instruidas del sector rural hacen un uso más

eficiente de los servicios de salud, en los diferentes niveles de complejidad.<sup>1</sup>

La consejería nutricional es un medio para promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación y para prevenir alteraciones tempranas, Aunque con frecuencia se olvida, la consejería es un ejercicio fundamentalmente comunicativo. Este documento busca mejorar habilidades para fortalecer el potencial de la consejería como herramienta de comunicación participativa, invitando al personal de salud a reflexionar y a aplicarlo con sus usuarios (gestantes, madre, padre o cuidadores).<sup>2</sup>

La familia y la madre en particular tienen una importante influencia en el estado nutricional de los niños de zonas pobres, en consecuencia, la persona responsable por el cuidado del niño debe tener el tiempo, los conocimientos y las destrezas adecuadas relacionadas con la adecuada distribución de los alimentos dentro de la familia, el suministro de ciertos alimentos a niños menores de dos años y medidas de higiene y cuidado del niño enfermo. Por esta razón las consejerías nutricionales han demostrado importantes efectos sobre el aumento de las coberturas de lactancia materna exclusiva, aunque menos para mejorar la alimentación complementaria; es ésta la motivación del presente proyecto, porque se pretende demostrar la

efectividad de esta estrategia en la mejora de prácticas de alimentación infantil.

Los principales problemas de alimentación infantil en nuestro país y sobre todo en nuestra región se inician a los 6 meses de edad. A esta edad nuestros niños reciben alimentos diluido (1)s como sopas, jugos o caldos y el consumo de alimentos que contienen hierro es muy limitado. Además se les ofrece estos alimentos sólo 2 ó 3 veces al día; sobre todo en las zonas rurales. Es en este periodo que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo. La importancia de los comportamientos relacionados con el cuidado de los niños fue reconocida por UNICEF en particular para lograr una buena alimentación complementaria<sup>3</sup>.

Ahora se conoce que no es suficiente el acceso a los alimentos adecuados de energía y nutrientes calidad, porque las prácticas de cuidado de los niños tienen importantes efectos en el estado nutricional del niño. 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<sup>4</sup>.

La persona responsable para el cuidado del niño debe tener el tiempo, los conocimientos y las destrezas adecuadas para la adecuada distribución de los alimentos dentro de la familia y debe conocer los alimentos que necesitan los niños menores de dos años. Además, es muy importante que las madres o cuidadoras procesen y manipulen los alimentos de manera higiénica y segura. Por esta razón, en todo el mundo, se desarrollan estrategias educativas para revertir la desnutrición crónica, las cuales son dirigidas a los padres y cuidadores de niños de hogares de escasos recursos<sup>5</sup>. En el Perú existe una Guía Nacional sobre Consejería Nutricional que se está aplicando en los establecimientos de salud del primer nivel de atención<sup>2</sup>.

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. Diferentes formas de consejería u orientación han demostrado tener eficacia diferente. Existen evaluaciones de intervenciones educativas para incrementar la lactancia materna y se ha reportado que el asesoramiento repetido durante el primer año de vida fue más eficaz que hacerlo por única vez después del parto, y que el uso de folletos o cualquier otra información escrita no aumentó el inicio o la duración de la lactancia materna<sup>6</sup>. En contraste con la promoción de la lactancia

materna, menos evaluaciones se han realizado sobre el efecto de la consejería en la alimentación complementaria. La provisión de alimentos complementarios adecuados no es tan simple, y es ahora reconocido como un factor crítico en la prevención de la desnutrición infantil y la sobre alimentación<sup>7</sup>.

Hill realizó una revisión sobre las intervenciones que modifican el comportamiento de los padres a través de la consejería y concluye que han logrado un éxito apenas moderado en los países en vías de desarrollo. Los resultados de estas intervenciones estuvieron condicionados por el nivel educativo de la madre, otro estudio reportó que la consejería no tiene efectos cuando las madres son analfabetas. Se asume que los comportamientos activos en materia de alimentación pueden tener un impacto importante en la cantidad y calidad de alimentos ingeridos. Se ha reportado que la consejería nutricional puede incrementar el consumo de calorías y mejorar la calidad de la ingesta de alimentos de niños menores de un año y que las intervenciones que solo suministran alimentos no tienen mayor impacto que intervenciones educativas en países en desarrollo<sup>8</sup>.

El puesto de Salud Catalinayocc pertenecientes a la Red de Salud Huamanga-Región de Ayacucho; se ha identificado que persiste la desnutrición infantil en 28% en niños de 6 a 11 meses; de igual manera se ha observado con gran preocupación durante las visitas domiciliarias que realiza el profesional de enfermería, inadecuadas

prácticas de alimentación del menor de un año por parte de sus progenitores; a pesar de tener los insumos alimentarios que puedan proveer y satisfacer las necesidades alimentarias del ablactante. El 47 % de las madres de los niños de 6 a 11 meses de esta comunidad tienen serias dificultades para la preparación de los alimentos sobre todo en la calidad, consistencia, cantidad y frecuencia de estos. Teniendo en cuenta que existen diferentes esfuerzos y estrategias que se vienen realizando; entre ellos: “La Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil”; se pretende aplicar en todas sus dimensiones dicha estrategia con la finalidad de mejorar las prácticas alimentarias por parte de las madres y disminuir los riesgos de la desnutrición en esta población. Estas condiciones nos motivan a desarrollar el Proyecto de investigación titulado: “Consejería nutricional y las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses. Puesto de Salud Catalinayocc. Ayacucho 2017”.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿La Consejería nutricional mejora las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses en el puesto de Salud Catalinayocc? Ayacucho 2017?

### **1.2.2. Problema Específicos**

¿Cómo son las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses por las madres del puesto de Salud Catalinayocc antes de la aplicación de la Consejería nutricional?

¿Cómo son las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses por las madres del puesto de Salud Catalinayocc después de la aplicación de la Consejería nutricional?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar como la Consejería nutricional mejora las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses en el puesto de Salud Catalinayocc. Ayacucho 2017.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses a través de la historia alimentaria en el puesto de Salud Catalinayocc, antes de la aplicación de la Consejería nutricional.
- Evaluar las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses por las madres en el puesto de Salud Catalinayocc después de la aplicación de la Consejería nutricional.

#### **1.4. Justificación**

El inicio de otros alimentos a los 6 meses cumplidos de edad, además de la leche materna, ayuda a que el niño crezca bien, sin embargo el inicio de los alimentos demasiado tarde puede dar como resultado que el niño no reciba los nutrientes necesarios; asimismo provocar que el crecimiento y desarrollo del niño sean más lentos y provocar riesgo hacia las deficiencias nutricionales y desnutrición; por tal sentido es importante que las madres internalicen la importancia que el crecimiento y el desarrollo está integrada en la provisión de nutrición, salud, higiene y estimulación psicoafectiva en el niño de 6 a 11 meses a más, en el entorno familiar y la comunidad. Esta condición se focaliza en el mejoramiento de las prácticas en la preparación de los alimentos y el uso de recursos disponibles y en las interrelaciones entre el cuidado del niño, y la alimentación.

Coloca la responsabilidad de la alimentación en la familia y la comunidad, con capacidad para crear demanda de servicios de calidad y apoyo político necesario para promover el crecimiento y el desarrollo temprano en forma sostenida<sup>2</sup>.

En tal sentido consideramos que es de importancia realizar y/o ejecutar el proyecto en mención con la finalidad de conocer en primer lugar las deficiencias en las prácticas de alimentación complementaria en los niños de 6 a 11 meses; para a partir de ello, por medio de la consejería nutricional lograr la mejora de las prácticas de alimentación

complementaria del niño de 6 a 11 meses; así como identificar las barreras y limitantes individuales, familiares o de la organización que favorecen la prevalencia de la desnutrición en las comunidades en estudio.

Esta experiencia permitirá también proyectar los resultados de la aplicación de la consejería en otras comunidades con similares características demográficas, es decir la relevancia social tiene que ver con la réplica de esta experiencia en otros espacios sociales, profesionalmente permite al profesional de Enfermería fortalecer el trabajo, experiencia, destrezas y empoderamiento en el área de desarrollo del niño.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

- **Internacionales:**

GARCÍA GONZALES (2014), en su tesis "Caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño (a) de 6 meses a un año de edad". El objetivo principal de este estudio fue caracterizar las prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realizan las madres de niño de 6 meses a un año edad, de la etnia Mam en la jurisdicción 2, Ixtahuacan, Huehuetenango. El tipo de estudio fue descriptivo transversal. La recolección de información se realizó a través de una encuesta a madres con niños(as) de 6 meses a un año de edad que voluntariamente participaron, en el estudio y se llevó a cabo a través de visitas domiciliarias, en la jurisdicción dos. Entre los resultados obtenidos más importantes fue identificar los factores sociales, culturales, educativos que tienen más influencia en la alimentación complementaria y la mayoría de las familias no tienen acceso a los alimentos, debido a bajos recursos económicos, pobreza extrema, esto trae como consecuencia en los niños riesgo a padecer desnutrición crónica y por consiguiente las consecuencias en el desarrollo físico y mental. Las conclusiones más importantes fue que

el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es baja solo 36.36% tienen conocimiento respecto a la edad de inicio de alimentación complementaria y el 63.63% de las madres desconocen la edad que se inicia la introducción de otros alimentos aparte de la lactancia materna. Algunas recomendaciones fueron: que los servicios de salud brinden consejería adecuada a las madres de niños de 6 a 12 meses en relación a la alimentación complementaria especialmente la consistencia y la edad que se inicia. Que el programa de extensión de cobertura brinde consejería sobre la edad adecuada para introducción de alimentos y que expliquen las razones por las cuales no es adecuado introducir alimentos antes de los seis meses<sup>9</sup>.

PARADA RICO (2011), en su tesis "Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años". Cuyo objetivo fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de 5 años frente a la alimentación complementaria y uso de micronutrientes en el municipio de Cúcuta, durante el I semestre de 2011. La investigación es de carácter descriptivo, cuantitativo en el que participaron 339 cuidadores de las unidades básicas Puente Barco Leones, Libertad y Comuneros. El instrumento utilizado fue cuestionario de "Prácticas claves" diseñado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y adaptado para

la región por el Instituto departamental de Salud (IDS) del Norte de Santander. Los resultados demuestran que la introducción de alimentos complementarios se ha realizado en forma oportuna en el 70% de los casos, el destete precoz se ha dado en un 30,08% cuando se inicia ablactación, así mismo se identifica el bajo nivel de conocimientos respecto a la necesidad de introducir micronutrientes en la dieta de los menores de 5 años y sobre los alimentos donde pueden ser hallados. En ausencia de la madre, el cuidador principal del menor ha sido la abuela en el 75% de los casos, dentro de las cuales, algunas imparten el cuidado de acuerdo a sus conocimientos y creencias<sup>10</sup>.

- **Nacionales:**

CASTRO SULLCA (2015); en la investigación: "Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015", cuyo objetivo fue "Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis. El estudio de investigación tuvo como finalidad brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de

alimentación adecuada y saludable para el niño. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente y en mención al estado nutricional del niño; la mayoría de los niños se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal<sup>11</sup>.

HUAMAN y VERA (2012) en la investigación: "Representaciones Sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años. Cerro de Pasco, 2012"; cuyo objetivo fue explorar las representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, Yanacancha - Cerro de Pasco. Estudio cualitativo, diseño teoría fundamentada. Lugar: Distrito de Yanacancha, Provincia Cerro de Pasco, Departamento de Pasco. Participantes: 20 madres de familia con niños menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, divididas según condición

primípara y 10 de condición múltipara. Previo muestreo intencional, consentimiento informado y prueba piloto, se efectuaron 10 entrevistas a profundidad y 10 sesiones con la técnica de las viñetas. Se utilizaron una guía semi – estructurada de preguntas y 11 situaciones u “historias” relacionados a la alimentación complementaria. Después de recolectar los datos hasta conseguir la saturación de la información, la información fue agrupada por temas y luego cada técnica fue codificada en una matriz para el desarrollo de categorías. Se realizó la triangulación de la información por técnica y por investigador para lograr la confiabilidad del estudio. Los resultados: Algunos factores psicosociales y socioculturales influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la LM, iniciar la AC, otorgar AOA y otorgar algunas bebidas (remedios). Las experiencias positivas (aceptación del niño) o negativas (efectos adversos) asociadas a procesos cognitivos (percepción) y afectivos (emociones) influyeron en las decisiones y actitudes de la madre frente a un alimento creando posiciones favorables frente a ellos, o prejuicios que retrasaron o no permitieron la introducción de determinados alimentos como las carnes, pescados, menestras, cítricos, tocosh y maca. Ciertos alimentos (menestras) fueron categorizados por algunas madres como “pesados” pues sus características los relacionaron con los posibles efectos adversos en el niño; otros, como “fríos” por

relacionarse con las condiciones atmosféricas y a unos otros (huevo y derivados lácteos) se les consideró “prohibidos” por influir negativamente en problemas infecciosos digestivos. En los periodos de enfermedad, las condiciones ambientales influyeron en la decisión de algunas madres para elegir y ofrecer ciertos tipos alimentos, además algunas madres consideraron más adecuado cambiar la consistencia de las preparaciones en este periodo pues percibieron que serían mejor aceptadas por los niños. Concluyen: Las representaciones sociales sobre la alimentación complementaria aún no han sido instauradas completamente por las madres, lo que conlleva a que se dé una mala interpretación de los conceptos entorno a la alimentación infantil, dificultando así la buena comprensión y comunicación de un mensaje adecuado, conllevando a una inadecuada práctica de alimentación, el cual puede verse reflejada en el estado nutricional del niño<sup>12</sup>.

ZAMORA y RAMÍREZ (2012). En la investigación: “Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad”. Investigación descriptivo - correlacional de corte transversal, realizado a madres con niños de 1 a 2 años de edad, atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Catalina- distrito San Pedro de Lloc. La Libertad-Perú; con el objetivo de determinar el conocimiento y prácticas alimentarias sobre alimentación infantil y la relación entre ambas variables. La muestra estuvo conformada por 49

madres, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. En la recolección de datos se empleó dos instrumentos: “Encuesta sobre conocimiento en alimentación infantil” y “Encuesta de prácticas alimentarias” elaboradas por las autoras. Se concluye que el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio<sup>13</sup>.

PISCOCHE TORRES (2012), en la investigación: “Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores”; tuvo como objetivo determinar los conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 padres, obtenida por muestreo no probabilístico. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario y como técnica la entrevista – encuesta. Los resultados mostraron que la mayoría de los padres tienen conocimientos generales sobre alimentación complementaria siendo estos 20(66,7%), sin embargo en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad; por tanto se debe hacer énfasis en la educación sobre las

características para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo<sup>14</sup>.

- **Regionales:**

Realizada la revisión de referencias u otras investigaciones relacionadas al presente tema de investigación en entidades académicas y de salud de la región, no se han encontrado estudios similares o relacionados al presente estudio. Además cabe señalar que la Oficina de Investigación de la Dirección regional de salud de Ayacucho ha definido las “Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones actuales para reducir la desnutrición crónica infantil y anemia” como prioridades de investigación en salud 2015 al 2021, entre otras prioridades. Por lo que la investigación realizada es una de las primeras de acuerdo a esta prioridad.

## **2.2. Base Teórica.**

La Base Teórica según: Malcolm Knowles (1913-1997), Introdujo la teoría de la Andragogía como el arte y la ciencia de ayudar a adultos a aprender. Consideraba que los adultos necesitan ser participantes activos en su propio aprendizaje. Knowles manifestaba que los adultos aprenden de manera diferente a los niños y que los entrenadores en su rol de facilitadores del aprendizaje deberían usar un proceso diferente para facilitarlo. En su obra *La Práctica Moderna*

*de Educación de Adultos: Andragogía contra Pedagogía* de 1970, presentó su *Modelo Andragógico*.<sup>15</sup>

### **2.2.1. Consejería nutricional<sup>2</sup>**

Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional.

Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural pues el agente comunitario en salud o el personal de salud del establecimiento deberá visitar periódicamente el hogar de la niña, el niño o la gestante con la finalidad de apoyar en el usuario el proceso de mejora de prácticas con relación al cuidado de la nutrición, la salud y la higiene, así como el acompañamiento eficaz del padre.

### **2.2.2. 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.<sup>2</sup>

### **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.

### **2.2.3. Elementos claves de la consejería**

#### **La conversación**

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.

**Condiciones del personal de salud que realiza consejería:** El personal de salud deberá tener en cuenta<sup>2</sup>.

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.

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.

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.

De la alternancia de los turnos se derivan cuatro reglas estratégicas:

- **Saber escuchar:** Hay que demostrar que se está escuchando apelando al nivel verbal y no verbal.
- **Saber tomar la palabra:** Puede efectuarse de dos modos, mediante un encadenamiento natural cuando el otro se calla, o de

manera competitiva cuando el otro no cede el turno y se hace necesario intervenir.

- **Saber mantener el uso de la palabra:** Se hace a base de repeticiones o de pausas oralizadas o vocales arrastradas sin significado (ehh, umm).
- **Saber ceder la palabra:** Mediante preguntas, pausas sonrientes o silencios. Una de las claves para el éxito de la conversación es mantener siempre la atención puesta en el usuario (madre, el padre o cuidadores), para lo cual es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:
  - **La finalidad:** El propósito de la conversación debe estar claro para que el personal de salud pueda saber qué es lo que va a negociar. Eso significa buscar e identificar las ideas o argumentos que se van a tratar.
  - **La relevancia:** Lo que se dice debe ser importante para que el usuario se mantenga activo e interesado.
  - **La pertinencia:** El argumento del personal de salud debe ser coherente con el tema a tratar y con el contexto cultural donde éste trabaja y el usuario vive. Escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a toda información que contribuya a entender mejor la situación, para orientar al usuario, teniendo en cuenta sus condiciones específicas de vida.

- **La suficiencia:** Se refiere a la cantidad de información que el usuario puede asimilar en condiciones de calidad en términos de atención y reflexión. No hablar demás, ni brindar más de dos (2) o tres (3) mensajes por sesión ya que el personal de salud puede confundirse o confundir al usuario.
- **La veracidad:** El usuario debe experimentar la veracidad y confiabilidad del argumento que refiera el personal de salud. Tener cuidado de no caer en contradicciones.

#### **2.2.4. Momentos de la Consejería**

##### **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.

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. El monitoreo del crecimiento, consiste en

evaluar a la niña o niño de manera individual, periódica y secuencial utilizando las curvas de crecimiento.

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 gestante, 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 gestante, madre, padre o cuidadores y 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.

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

El segundo momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, 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 embarazo de la gestante o el 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 Ficha de Evaluación de la Alimentación de la Niña y Niño menor de 5 años – Historia Alimentaria (Anexo N.º 01), cada vez que acuda al establecimiento de salud para sus controles o en seguimiento respectivos.

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

### **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 gestante, 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.

#### **Quinto Momento: Cierre y seguimiento de acuerdos tomados**

El quinto momento es el seguimiento a los 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.

#### **2.2.5. La Andragogía**

Los principios de la andragogía son posibles de utilizarse para fundamentar e intervenir en los diversos contextos de la educación de adultos, la andragogía, como teoría pedagógica, posibilita la participación de manera flexible en todos los procesos educativos.

A partir de estas consideraciones hoy en día es imposible no reconocer a la educación de adultos como parte consustancial de los sistemas educativos. Esta disciplina por tanto adquiere cada día relevancia, debido a que corresponde al estudiante adulto precisar sus metas así como los procesos para alcanzarlas; todo ello para fortalecer su

desarrollo y el de la sociedad de la que forma parte. En este sentido, las acciones andragógicas, articuladas a las actividades de los ámbitos económicos, políticos, sociales y culturales, se dirigen cada vez más a imaginar y llevar a la práctica nuevas formas y modalidades educativas diferentes de los procesos formales y rígidos de la educación tradicional. La educación de adultos ya no es más un correctivo educativo, se ha convertido, por derecho propio, en un elemento indispensable del desarrollo personal y social, coherente, orgánico y con conceptos, tareas y valores que le son propios y cuyas demandas responden a las necesidades actuales, complejas y cambiantes de la sociedad y de los retos tecnológicos.<sup>(15)</sup>

### **Ideas fuerza de la Andragogia**

- **Idea fuerza 1.** El reconocimiento de que los estudiantes o agentes de aprendizaje son sujetos adultos con la capacidad de asumir responsabilidades en todos los ámbitos de la vida; por ello en los procesos educativos andragógicos, la actividad se centra en el aprendizaje del sujeto siendo él quien tiene que asumir la responsabilidad de sus procesos de aprendizaje. Aprende debido a que quiere aprender para transformar su situación personal y social.
- **Idea fuerza 2.** Los intereses y necesidades del adulto deben ser compatibles con las demandas económicas, políticas y culturales de la sociedad. La andragogía responsabiliza al adulto de sus

aprendizajes, en un proceso de formación a lo largo de la vida, esto se relaciona estrechamente con el empleo de los avances tecnológicos y la consecuente mejora del nivel económico y social.

- **Idea fuerza 3.** La confrontación permanente entre teoría y práctica y el análisis del proceso constituye un aspecto importante del proceso andragógico al obligar a los docentes o andragogos y estudiantes o agentes de aprendizaje a desarrollar su creatividad crítica e innovadora.
- **Idea fuerza 4.** Las instituciones educativas que diseñan y desarrollan procesos andragógicos, tienen la responsabilidad de crear y recrear valores hacia el trabajo socialmente útil. Por ello debe existir una vinculación estrecha entre los procesos de trabajo y los hechos andragógicos.

### **Condicionantes del Proceso o Hecho Andragógico**

En la actividad andragógica se pueden reconocer con cierta facilidad las condiciones que las caracterizan:

**Confrontación de experiencias.** La actividad educativa de los adultos, puede estar orientada a brindar elementos culturales (valores, conocimientos, procedimientos) que el sujeto no ha adquirido, pero fundamentalmente desde una perspectiva cultural, profesional y social, la actividad andragógica es la confrontación de la experiencia de dos adultos. La riqueza del ser adulto radica en su experiencia, en

lo que sabe, lo que ha vivido, lo que ha realizado, lo que piensa y siente. La experiencia humana es heterogénea, y enriquecer esa experiencia para mejorar, adaptarse y poder resolver de manera satisfactoria las problemáticas a las que nos enfrentemos, es una de las principales motivaciones para diseñar e implementar procesos educativos permanentes.

En la actividad andragógica, se desvanece la diferencia entre educador y educando. Ambos sujetos son adultos, con experiencias por su participación social. El concepto tradicional de uno que enseña y otro que aprende, uno que ignora y otro que sabe, en teoría deja de existir en la actividad andragógica para convertirse en una acción recíproca. La actividad andragógica es un proceso dinámico, activo, real, concreto, objetivo y esencialmente práctico. El adulto asiste a una institución escolar o inicia de manera individual un proceso de formación para enriquecer su cultura, para actualizar o acrecentar los conocimientos que ya posee, dinamizar su experiencia, mejorar profesionalmente o simplemente satisfacer intereses y necesidades que se estructuran en su vida cotidiana.

**La racionalidad.** Ésta se presenta en la actividad andragógica en cuanto el adulto posee elementos de juicio que le permiten reflexionar sobre los contenidos educativos. Racionalidad que le conduce a ampliar sus motivaciones para el logro de sus intencionalidades educativas.

**La capacidad de abstracción del adulto.** En la actividad andragógica también está presente el pensamiento lógico. El adulto sabe perfectamente porque y para que participa en un proceso educativo, por lo tanto puede apreciar con cierta sencillez y de manera ya sea deductiva o inductiva las consecuencias de sus actos educativos. Es importante subrayar que la actividad educativa de los adultos se funda en la voluntad y no en la imposición. El adulto estudia, aprende, se forma en torno a finalidades que el mismo ha establecido y que en muchas ocasiones ignora el propio educador. A diferencia de los niños y jóvenes, el adulto promueve su educación, la planea y la lleva a cabo en función de sus propias necesidades e intereses inmediatos y con miras a mejorar y consolidar un futuro mejor.

**Integración y aplicabilidad.** El proceso de racionalización en la confrontación de experiencias y las abstracciones que deriva el adulto, le conducen a integrar a su vida y aplicar en su medio social las nuevas experiencias. Proceso de integración y aplicación que tiene un carácter funcional que asegura, acrecienta y diversifica las motivaciones y vivencias del adulto. Cuando este integra a su vida cotidiana sus nuevos aprendizajes, genera un esfuerzo competitivo en su entorno social. Entran en juego las capacidades de los diferentes adultos que se relacionan en ese espacio a fin de imponer su liderazgo y demostrar su suficiencia. Esta acción competitiva,

propia de toda acción humana debe ser considerada en la actividad andragógica. La integración de las viejas experiencias con las nuevas y su aplicación al trabajo, así como a la vida social, deben orientarse de tal manera que el sujeto adulto se esfuerce cotidianamente para contribuir a su bienestar y al de la sociedad a la que pertenece.

#### 2.2.6. Definición de términos.

##### **Alimentación complementaria**

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno – Infantil, a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, manteca, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño.

<b>NIÑA Y NIÑO DE 6 A 8 MESES ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b>	
Leche materna	Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.
Consistencia	Iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona.

Cantidad	Servir la mitad de un plato mediano de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer (iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco).
Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, "sangrecita", pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.
Frecuencia	A los seis meses, dar dos comidas al día más leche materna. A los siete u ocho meses, dar tres comidas al día más leche materna.
Suplementos de hierro y vitamina A. Uso de sal yodada	Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes. En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. Promover el consumo de sal yodada.
<b>NIÑA Y NIÑO DE 9 A 11 MESES ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b>	
Leche materna	Continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.
Consistencia	Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.
Cantidad	Servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete cucharadas).
Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, "sangrecita", pollo, etc.
Frecuencia	Dar tres comidas al día más un refrigerio.
Suplementos de hierro y vitamina A. Uso de sal yodada	Consumo del suplemento de hierro. En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. Promover el consumo de sal yodada.

- **Consejería con enfoque intercultural**

La consejería es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender los factores

determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución.

- **Intercambio dialógico**

Es una conversación informal y flexible en la cual se discute no solamente un tema específico, sino el trasfondo cultural sobre el cual se discute. Esto requiere algunas condiciones concretas como confianza, privacidad, tiempo y familiaridad. Dicho de otra manera, en el intercambio dialógico no sólo se intercambian ideas, sino que se busca el punto de equilibrio entre marcos de referencias 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, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas así como sus formas de fundamentarlas. Ello no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o coerción, de ninguna de las partes.

- **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 procesos de enfermedades prevalentes de la infancia (EDA, IRA, entre otras).

## **CAPÍTULO III**

### **VARIABLES E HIPÓTESIS**

#### **3.1. Variables.**

**3.1.1. Variable Independiente:** Consejería nutricional:

**3.1.2. Variable Dependiente:** Prácticas alimentación complementaria:

### 3.2. Operacionalización de las variables.

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN / VALOR
<b>Consejería nutricional</b>	Método para promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño y prevenir alteraciones tempranas	1.- Análisis de la situación encontrada. 2.- Identificación de factores de riesgo. 3.- Búsqueda de alternativas de solución. 4.- Toma y registro de acuerdos. 5.- Seguimiento de acuerdos	Adecuada En proceso Inadecuada	Intervalo: . 30 – 34 pts. . 20 – 29 pts. . < 20 pts.

## VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN / VALOR
<p><b>Prácticas de alimentación complementaria</b></p>	<p>Inicio de alimentación que incluye alimentos semisólidos hasta incorporar en la alimentación familiar</p>	<p>Frecuencia Consistencia Cantidad Calidad</p>	<p>1.- 6m – 9m</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 a 3 veces</li> <li>• Papillas espesas</li> <li>• 2 a 3 cucharadas</li> <li>• Proteínas, vitaminas, hierro, carbohidrato.</li> </ul> <p>2.- 9m-11m</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 a 5 veces</li> <li>• picado</li> <li>• 5 a 7 cucharadas</li> <li>• Proteínas, vitaminas, hierro, carbohidrato.</li> </ul>	<p>Nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Adecuadas</li> <li>. Inadecuadas</li> </ul>

### VARIABLE INTERDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN / VALOR
<b>Edad</b>	Es el tiempo de vida expresado en años cumplidos.	Diferencia entre la fecha de nacimiento y la fecha de entrevista.	Intervalo: . 16 – 20 años . 21 – 25 años . 26 – 30 . > 30
<b>Grado de instrucción</b>	Nivel de estudios alcanzado por la madre en el momento de la entrevista.	Nivel o grado de estudios.	Ordinal . Primaria . Secundaria . Superior
<b>Paridad</b>	Número de hijos que tiene la madre en el momento de la entrevista.	Múltipara	Ordinal . > a 2 hijos . < a 2 hijos
<b>Información previa</b>	Conocimiento respecto a la alimentación complementaria del menor de un año	Personal o medio por el que recibió información sobre la alimentación complementaria	Nominal . Personal de Salud. . Amistades. . Familiares

<b>Idioma</b>	Sistema de comunicación verbal la madre propia de la comunidad	Un solo idioma Dos o más idiomas	Nominal . Quechua . Castellano . Quechua / Castellano
---------------	---	-------------------------------------	---

### **3.3. HIPÓTESIS GENERAL E HIPÓTESIS ESPECÍFICA**

#### **3.3.1 Hipótesis general**

La Consejería nutricional mejora las prácticas de alimentación complementarias del niño de 6 a 11 meses en el P.S Catalinayocc.

#### **3.3.2. Hipótesis específicas**

Las prácticas de alimentación complementarias del niño de 6 a 11 meses por las madres de la comunidad en el puesto de Salud Catalinayocc son inadecuadas antes de la aplicación de la Consejería nutricional.

Las prácticas de alimentación complementarias del niño de 6 a 11 meses por las madres de la comunidad en el puesto de Salud Catalinayocc son adecuadas después de la aplicación de la Consejería nutricional.

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es cuantitativo, aplicativo; cuyo propósito es dar solución a situaciones o problemas concretos e identificables, para identificar problemas sobre los que se debe intervenir como para definir las estrategias de solución; en este caso la práctica de la alimentación complementaria por las madres.

Prospectivo: Se diseña y comienza a realizarse en el presente y los datos se analizan transcurridos un determinado tiempo, en el futuro

Longitudinal: Porque los datos e información son recolectados en diversos momentos, permitiendo el seguimiento de los mismos individuos a través del tiempo.

### 4.2. DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

Pre experimental: pre-pueba/posprueba con un solo grupo; considera dos mediciones de la variable dependiente antes y después de la presencia de la variable independiente.

**G    O<sub>1</sub>   X    O<sub>2</sub>**

Donde:

G= Grupo de estudio: Madres de niños de 6 a 11 meses de edad.

O<sub>1</sub>=Prueba previa: Evaluación de historia alimentaria.

X= Estimulo o tratamiento: Consejería nutricional.

O<sub>2</sub>= Prueba posterior al estímulo: Evaluación de prácticas de alimentación.

#### **4.3. POBLACIÓN**

La población fue constituida por 24 madres de niños de 6 a 11 meses de la comunidad del P.S. Catalinayocc.

##### **4.3.1. MUESTRA**

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N) + Z^2pq}$$

Donde:

N: Tamaño de muestra

Z: Nivel de confianza (95%)

p: Proporción de éxito (50%)

q: Proporción de fracaso (50%)

e: Error muestral (5%)

Resultado de la aplicación de la fórmula, se identifica en 23 madres el número de la muestra; por aspectos éticos de favorecer a toda la población con la consejería, se toma la decisión de incorporar al total de la población (24 madres).

##### **4.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Todas las madres de niños de 6 a 11 meses que asistieron al consultorio de Enfermería, dispuestas a participar de estudio.

### **4.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Madres con niños menores de 5 meses y mayores de 12 meses.
- Madres que no deseen participar del estudio

## **4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.4.1. TÉCNICAS**

La técnica de recolección de datos será el Cuestionario

### **4.4.2. INSTRUMENTO**

Los instrumentos utilizados fueron: La Ficha de evaluación de la Historia alimentaria del menor de 5 años (preguntas y respuestas ideales para evaluar y aconsejar sobre la alimentación de la niña y niño), tomada del Documento Técnico: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil. Instituto Nacional de Salud. 2010, las que permitieron evaluar y luego planificar la Visita domiciliaria y Consejería nutricional. Así mismo se utilizó la Ficha de Verificación de Prácticas Alimentarias en el Hogar elaborado por las investigadoras con la finalidad de evaluar las prácticas alimentarias de las madres antes y después de la consejería nutricional (fue validado por juicio de expertos); este instrumento se convierte en un aporte metodológico del estudio.

## **4.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Con el permiso respectivo de la Jefatura de los establecimientos de salud y de las madres, se aplicaron las Fichas de evaluación

correspondiente en el Consultorio de Enfermería, a partir de ello se planificó la Visita Domiciliaria, realizándose la Consejería nutricional en cada una de las unidades familiares de las madres participantes después de una demostración de las madres. Posteriormente se evaluó la práctica alimentaria en una siguiente visita previa coordinación de horarios con las madres de familia participantes del estudio.

#### **4.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los resultados de las evaluaciones antes y después de la consejería fueron procesados utilizando el programa excell y el software estadístico SPSS versión 20. Los datos son presentados en tablas estadísticas simples y compuestas, así como en gráficos para una mejor interpretación. El análisis estadístico se realizó utilizando la prueba de t de student que es una prueba paramétrica de comparación de dos muestras relacionadas; la que nos permitió comparar dos mediciones de puntuaciones (antes y después), permitiendo identificar que las diferencias sean estadísticamente significativa.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

**TABLA N° 5.1. PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. EN EL PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.**

Fuente:

Prácticas Alimentarias	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Adecuado	5	20.8	16	66.7
Inadecuado	19	79.2	8	33.3
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Instrumentos aplicados

FIGURA 5.1.

**GRAFICO N° 01. PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. EN EL PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC . AYACUCHO 2017.**  
 ■ ADECUADO ■ INADECUADO



Fuente: Tabla N° 5.1

Se puede apreciar en la tabla N° 5.1. la variación de las prácticas alimentarias de las madres de niños de 6 a 11 meses del puesto de salud Catalinayocc, antes y después de la consejería nutricional. El 79.2% de madres del puesto de Salud Catalinayocc tenían prácticas alimentarias inadecuadas antes de la realización de la consejería nutricional, disminuyendo después de la consejería a 33.3%; lo que significa que las prácticas de alimentación mejoraron de un 20.8% (antes) a 66.7% después de la consejería nutricional; lo que se evidencia en el gráfico N° 01.

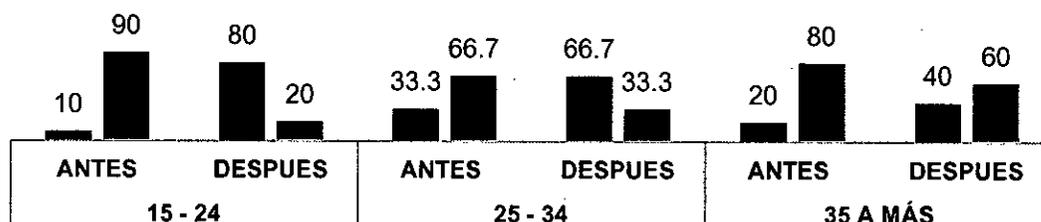
**TABLA N° 5.2.. PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN EDAD DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. EN EL PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017**

Prácticas Alimentarias	ANTES						DESPUÉS					
	15 - 24		25 - 34		35 A MÁS		15 - 24		25 - 34		35 A MÁS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Adecuado</b>	1	10	3	33.3	1	20	8	80	6	66.7	2	40
<b>Inadecuado</b>	9	90	6	66.7	4	80	2	20	3	33.3	3	60
<b>TOTAL</b>	10	100	9	100	5	100	10	100	9	100	5	100

Fuente: Instrumentos aplicados

FIGURA 5.2

**GRAFICO N°5.2. PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN EDAD DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017**  
 ■ ADECUADO ■ INADECUADO



Fuente: Tabla N° 5.2

En la tabla N° 5.2; se puede apreciar las prácticas alimentarias de las madres de niños de 6 a 11 meses de Salud Catalinayocc según edad, antes y después de la consejería nutricional. Las madres de 15 a 24 años de edad mejoraron las prácticas alimentarias de un 10% inicial a 80% después de la consejería nutricional. Las madres de 25 a 34 años de edad mejoraron las prácticas alimentarias de un 33.3% inicial a 66.7% después de la consejería nutricional. Las madres de 35 a más años de edad mejoraron las prácticas alimentarias de un 20% inicial a 40% después de la consejería nutricional; el gráfico N° 02 muestra las diferencias porcentuales arriba mencionadas.

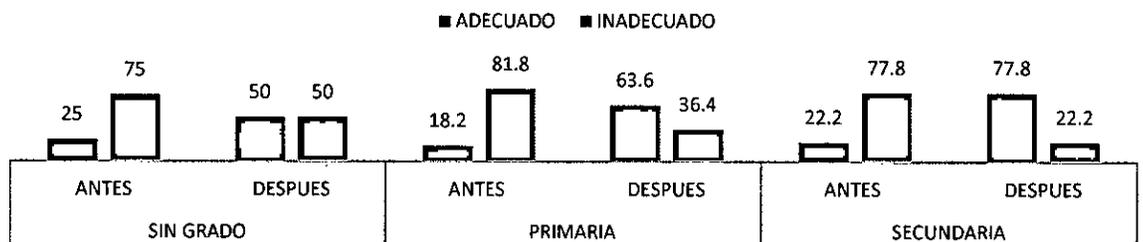
**TABLA N° 5.3. PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017**

Prácticas Alimentarias	ANTES						DESPUÉS					
	GRADO DE INSTRUCCIÓN											
	SIN GRADO		PRIMARIA		SECUNDARIA		SIN GRADO		PRIMARIA		SECUNDARIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	1	25	2	18.2	2	22.2	2	50	7	63.6	7	77.8
Inadecuado	3	75	9	81.8	7	77.8	2	50	4	36.4	2	22.2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumentos aplicados

FIGURA 5.3

**GRAFICO N° 5.3. PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. PUESTO DE CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017**



Fuente: Tabla N° 5.3

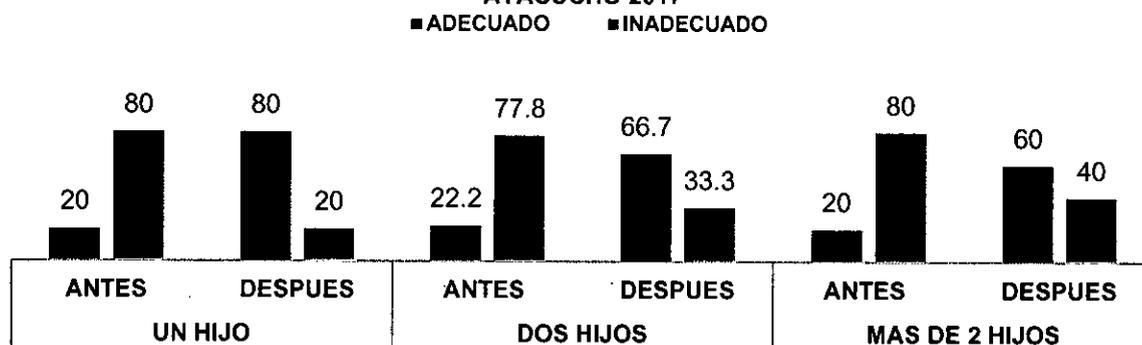
En la tabla N° 5.3; se puede apreciar las prácticas alimentarias de las madres de niños de 6 a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc según el grado de instrucción de éstas, antes y después de la consejería nutricional. Las madres sin grado de instrucción mejoraron las prácticas alimentarias de un 25% inicial a 50% después de la consejería nutricional. Las madres con grado de instrucción primaria mejoraron las prácticas alimentarias de un 18.2% inicial a 63.6% después de la consejería nutricional. Las madres con grado de instrucción secundaria mejoraron las prácticas alimentarias de un 22.2% inicial a 77.8% después de la consejería nutricional; el gráfico N° 03 presenta las diferencias porcentuales arriba mencionadas.

**TABLA N° 5.4. PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN NÚMERO DE HIJOS DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017.**

Prácticas Alimentarias	ANTES NUMERO DE HIJOS						DESPUÉS NUMERO DE HIJOS					
	UN HIJO		DOS HIJOS		MAS DE 2 HIJOS		UN HIJO		DOS HIJOS		MAS DE 2 HIJOS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	1	20	2	22.2	2	20	4	80	6	66.7	6	60
Inadecuado	4	80	7	77.8	8	80	1	20	3	33.3	4	40
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumentos aplicados

**GRAFICO N° 5.4. PRACTICAS ALIMENTARIAS ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL SEGÚN NUMERO DE HIJOS DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES. PUESTO DE SALUD CATALINAYOCC. AYACUCHO 2017**



Fuente: Tabla N° 5.4

En la tabla N° 5.4; se puede apreciar las prácticas alimentarias de las madres de niños de 6 a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc según el número de hijos, antes y después de la consejería nutricional. Las madres que tienen solo un hijo mejoraron las prácticas alimentarias de un 20% inicial a 80% después de la consejería nutricional. Las madres con dos hijos mejoraron las prácticas alimentarias de un 22.2% inicial a 77.8% después de la consejería nutricional. Las madres con más de dos hijos mejoraron las prácticas alimentarias de un 20% inicial a 60% después de la consejería nutricional; el gráfico N° 04 presenta las diferencias porcentuales arriba mencionadas.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSION DE RESULTADOS

#### 6.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS CON LOS RESULTADOS

Para la contrastación de la Hipótesis de investigación del presente estudio se utilizó la prueba de **t de student** que nos permitió comparar las medias de un mismo grupo en diferentes etapas; es decir comprueba los resultados de una prueba (prácticas de alimentación) antes y después para un grupo determinado (madres del puesto de Salud Catalinayocc).

##### **Hipótesis de Investigación (Hi)**

Las prácticas de alimentación del niño de 6 a 11 meses por las madres del Puesto de Salud Catalinayocc **mejoran** después de la Consejería nutricional.

##### **Hipótesis Nula (Ho)**

Las prácticas de alimentación del niño de 6 a 11 meses por las madres del Puesto de Salud Catalinayoc **no mejoran** después de la Consejería nutricional.

### Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	ANTES	DESPUÉS
<b>Media</b>	<b>5.208333</b>	<b>8.708333</b>
Varianza	2.2591	2.30253623
Observaciones	24.0000	24
Coeficiente de correlación de Pearson	-0.2200	
Diferencia hipotética de las medias	0.0000	
<b>Grados de libertad</b>	<b>23.0000</b>	
<b>Estadístico t</b>	<b>-7.2683</b>	
P(T<=t) una cola	0.0000	
Valor crítico de t (una cola)	1.7139	
<b>P(T&lt;=t) dos colas</b>	<b>0.000000</b>	
Valor crítico de t (dos colas)	2.0687	

La Hipótesis Nula ( $H_0$ ), es aquella que se pretende rechazar, estadísticamente se interpreta de la siguiente manera:

**$H_0$ :** No hay diferencias estadísticas en las prácticas alimentarias, entre la medición de inicio y la medición hecha al finalizar la consejería nutricional. ( $X_1 = X_2$ ).

**Regla de decisión:** Si  $p < 0.05$  se rechaza  $H_0$ .

**Nivel de significancia:** 0.05 (95%)

**Interpretación de resultados:** Se observa un valor de t de -7.2683,  $gl = 19$  grados de libertad y  $p = 0.0000$  (en rojo) menor que 0.05; por lo que las prácticas alimentarias son diferentes entre la primera y la segunda medición.

**Concluyendo:** En cuanto a la efectividad de la Consejería nutricional para mejorar las prácticas de alimentación del niño de 6 a 11 meses en las madres del Puesto de Salud Catalinayocc, hubo

mejora en las prácticas de alimentación ( $t_{(19)} = -7.2683$ ,  $p < 0.05$ ) entre las mediciones efectuadas antes ( $X = 5.208$ ) y después ( $X = 8.708$ ) de la consejería nutricional. Es decir la Consejería nutricional mejora (es efectiva) las prácticas de alimentación de madres de niños de 6 a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc.

## **6.2. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES**

En la investigación realizada por Zamora y Ramírez (2012), titulada: "Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad". Se identificó que el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio<sup>13</sup>; lo que también se muestra en nuestro estudio, antes de la aplicación de la consejería nutricional el 79.2% de madres tienen prácticas alimentarias inadecuadas; los hallazgos de Zamora y Ramírez coincide con los identificados en nuestro estudio.

En la investigación de Galindo Bazalar (2011); "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza"<sup>16</sup>, se determinó que el 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61% (25) tienen

prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas, concluyendo que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria; Estos resultados difieren de nuestros hallazgos, donde solo el 20.8% tienen prácticas adecuadas antes de la aplicación de la Consejería nutricional.

El profesional de Enfermería lleva a cabo constantemente acciones educativas durante su práctica diaria al intercambiar opiniones y hacer sugerencias sobre medidas que contribuyen a preservar la salud y a prevenir enfermedades en los usuarios que acuden a las consultas. Este proceso educativo que acompaña a las medidas terapéuticas se denomina "consejería" y específicamente cuando se trata del tema de la alimentación y sus aspectos relacionados se conoce como Consejería Nutricional. Su finalidad es contribuir con la toma de decisiones de padres o cuidadores de niños, sobre las conductas nutricionales más adecuadas que garanticen el crecimiento y desarrollo. Estas acciones se fundamentan en el conocimiento de las prácticas alimentarias, la evaluación nutricional y del contexto en el que viven las familias. De parte de los padres o cuidadores se debe conseguir que se involucren en el proceso.

Cualquier oportunidad de contacto entre el trabajador de salud y el usuario es valiosa para la consejería nutricional. Se hace a través de

un entrenamiento en técnicas para la comunicación y la entrevista, además de los conocimientos sobre la alimentación. La técnica de consejería promueve una conversación abierta, en la se respeten las opiniones, se de apoyo e información útil y que permita al usuario volver a consultar si tiene dudas en la ejecución de las medidas que se le han recomendado.

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES

- a. Las prácticas de alimentación complementaria de 6 a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc, antes de la aplicación de la Consejería nutricional son inadecuadas.
- b. La Consejería nutricional mejora (es efectiva) las prácticas de alimentación complementarias de madres de niños de 6 a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc ( $t_{(19)} = -7.2683$ ,  $p < 0.05$ ).
- c. Las madres del Puesto de Salud Catalinayocc independientemente de la edad, grado de instrucción y número de hijos mejoraron las prácticas alimentarias complementarias después de la consejería nutricional.

## **CAPÍTULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- a.- A los profesionales de Enfermería de los establecimientos del Primer Nivel de atención, realizar la evaluación de las prácticas de alimentación en los hogares de las madres, esto permitirán identificar de manera real las deficiencias y dificultades.
  
- b.- A la Dirección Regional de Salud, promover las visitas domiciliarias por el equipo de salud con énfasis en la evaluación de las prácticas de alimentación complementaria, es allí el inicio de los riesgos de desnutrición y anemia.
  
- c.- A las entidades formadoras en Enfermería, fortalecer la educación en salud para adultos en sus estudiantes teniendo en cuenta la interculturalidad, de esta manera se abordará de mejor manera los temas relacionados a la alimentación y nutrición.

## IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes H, (2004). "The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case-control study. BMC Public Health, 4, 57.
2. Instituto Nacional de Salud (2010). Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil: documento técnico. / Elaborado por Instituto Nacional de Salud. -- Lima: Instituto Nacional de Salud ; Ministerio de Salud.
3. UNICEF. (1990). Strategy for improved nutrition of" children and women in developing countries. Policy Review 1990–91. New York, United Nations Children's Fund.
4. Caulfield LE, H. S., Piwoz EG (1999). Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6 to 12 months of age in developing countries: impact on growth and on The prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival. Food and Nutrition(Bulletin., 20(2), 183, 200.
5. Cattaneo, A., & Buzzetti, R. (2001). Effect on rates of breast feeding of training for the baby" Friendly hospital initiative. BMJ, 7323-7325, 1358-1362
6. Curro, V., Lanni, R., Scipione, F., Grimaldi, V., & Mastroiacovo, P. (1997). Randomised Controlled trial assessing the effectiveness of "a" booklet on the duration of breast feeding. ArchDisChild, 766 , 500-503; Discussion 503-504.

7. Hill, Z (2005). Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el Crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones Washington, D.C. P: 23-36
8. Bhandari, N., Mazumder, S., Bahl, R., Martines, J., Black, R. E., & Bhan, M. K. (2005). Use of Multiple opportunities for improving feeding practices in under twos within child health programmes. Health Policy Plan, 20(5), 328-336.
9. García Gonzales (2014). "Caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño (a) de 6 meses a un año de edad" Universidad Rafael Landívar Facultad de ciencias de la salud licenciatura en enfermería (FDS). Quetzaltenango, 2014. Guatemala.
10. Parada Rico (2011) "Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años" Cucuta. Colombia.
11. Castro Sullca (2015). "Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015". Lima Perú.
12. Huamán y Vera (2012). "Representaciones Sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años. Cerro de Pasco, 2012". Universidad nacional Mayor de San Marcos. Perú.

13. Zamora y Ramírez (2012). En la investigación: "Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad". Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
14. Piscoche Torres (2012). Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
15. Pérez (2009). Modelo andragógico fundamentos. Serie Diálogos y perspectivas del desarrollo curricular. Universidad del Valle de México. México.
16. Galindo Bazalar (2011). "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", Lima Perú.

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela de formación profesional de enfermería**

**CUESTIONARIO**

Buen día, somos Licenciadas del Puesto de Salud de Catalinayoc; venimos realizando el presente trabajo con la finalidad de tener información sobre las prácticas de alimentación complementaria de su menor hija (o). Le pedimos responder con veracidad aspectos que nos permitirá tener una valiosa información que contribuirá con la salud de nuestra comunidad.

**I) DATOS GENERALES**

Nombres y apellidos: .....

Edad de la madre: .....años

Grado de Instrucción: Sin Grado ( ) Prim. ( ) Sec. ( ) Sup. ( )

Número de Hijos: 1 ( ) 2 ( ) Mas de 2 ( )

Idioma: Quechua ( ) Castellano ( ) Quechua-Castellano ( )

Información sobre prácticas de alimentación complementaria: Si ( ) No ( )

En caso de Si: Personal de Salud ( ) Familiares ( ) Amistades ( )

**ANEXO N° 01**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO	INSTRUMENTO
La consejería nutricional y las prácticas de alimentación del niño de 6 a 11 meses .Puesto de salud Catalinayocc Ayacucho - 2017"	<p><u>PREGUNTA GENERAL:</u> ¿La Consejería nutricional mejora las prácticas de alimentación complementarias del niño de 6 a 11 meses en el Puesto de salud Catalinayocc. Ayacucho- 2017?</p> <p><u>PREGUNTAS ESPECÍFICOS:</u> ¿Cómo son las prácticas de alimentación complementarias del niño de 6 a 11 meses por las madres del Puesto de salud Catalinayocc antes de la aplicación de la Consejería nutricional? ¿Cómo son las prácticas de alimentación complementarias del niño de 6 a 11 meses por las madres del Puesto de Salud Catalinayocc después de la aplicación de la Consejería nutricional?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u> Determinar como la Consejería nutricional mejora las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses del Puesto de salud Catalinayocc. Ayacucho -2017.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses a través de la historia alimentaria en el puesto de Salud Catalinayocc, antes de la aplicación de la Consejería nutricional.</li> <li>• Evaluar las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses por las madres del Puesto de salud Catalinayocc después de la aplicación de la Consejería nutricional.</li> </ul>	<p>La Consejería nutricional mejora las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses en el Puesto de salud Catalinayocc</p> <p><u>Hipótesis específicas:</u></p> <p>Las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses por las madres del Puesto de Salud Catalinayocc son inadecuadas antes de la aplicación de la Consejería nutricional. Las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 11 meses por las madres del Puesto de Salud Catalinayocc son adecuadas después de la aplicación de la Consejería nutricional.</p>	<p><u>Variable independiente:</u> Consejería Nutricional.</p> <p><u>Variable dependiente:</u> Prácticas de Alimentación Complementaria</p>	<p>a) Tipo de investigación Cuantitativo b) Nivel Cuasi experimental c) Diseño Prospectivo, longitudinal, correlacional d) Población La Población estará constituida por madres de niños de a 11 meses del Puesto de Salud Catalinayocc e) Muestra El 100% de madres que deseen participar del estudio.</p>	<p>Ficha de evaluación de la Historia alimentaria del menor de 5 años, Ficha de evaluación de desempeño o habilidades en la consejería nutricional.</p>

## ANEXO 02

### FICHA DE EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS PREGUNTAS Y RESPUESTAS IDEALES PARA EVALUAR Y ACONSEJAR SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y NIÑO

Nº	Preguntas	0-6 meses	6-8 meses	9-11 meses	Mayor de 12 meses
1.	¿La niña o niño está recibiendo leche materna?	SI, exclusiva	SI	SI	SI
	¿La técnica de lactancia materna es adecuada? (explorar y observar)	Adoptar una postura cómoda y relajada para la madre (evitando tensión en los músculos), colocar el pezón en el labio inferior del bebé (succión de más leche y evita lastimar el pezón), asegurar que la boca de la niña o niño cubra la mayor parte de la areola (nariz y barbilla tocando el pecho de la madre) y observar que la madre coloca los dedos debajo del pecho (con el pulgar encima).			
3.	¿La frecuencia de lactancia materna es adecuada? (explorar)	A libre demanda	A libre demanda	A libre demanda	Las veces que la niña o niño quiera
4.	¿La niña o niño recibe leche no materna? (explorar)	NO	NO	NO	NO
5.	¿La niña o niño recibe agüitas?	NO			
6.	¿La niña o niño recibe algún otro alimento?	NO	SI	SI	SI
7.	¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (explorar)		Papilla espesa	Comida picada	Segundos
8.	¿La cantidad de alimentos que consume es adecuada según la edad? (explorar)		SI (Se inicia con dos a tres cucharadas hasta alcanzar cinco cucharadas o 1/4 plato mediano)	SI (cinco a siete cucharadas o 1/2 plato mediano)	SI (siete a diez cucharadas o un plato mediano)
9.	¿La frecuencia de la alimentación de la niña o niño es adecuada según la edad? (explorar)		SI (tres comidas)	SI (tres comidas principales + un refrigerio)	SI (tres comidas principales + dos refrigerios)
10.	¿Consume diariamente alimentos de origen animal? (explorar)		SI	SI	SI
11.	¿Consume diariamente frutas y verduras? (explorar)		SI	SI	SI
12.	¿Añade aceite vegetal a la comida principal de la niña o niño?		SI	SI	SI
13.	¿La niña o niño recibe alimentos en su propio plato?		SI	SI	SI
14.	¿Añade sal yodada a la comida familiar?		SI	SI	SI
15.	¿Su niña o niño está tomando suplementos de hierro?		SI	SI	SI
16.	¿Su niña o niño está tomando suplementos de Vitamina? (*zonas de intervención)		SI	SI	SI
17.	¿Le ofrece a su niña o niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer, con paciencia y afecto?		SI	SI	SI

**ANEXO 03**

**FICHA DE VERIFICACIÓN DE PRACTICAS ALIMENTARIAS EN EL HOGAR**

Nombre y Apellido de la madre: \_\_\_\_\_

Edad del niño (a): \_\_\_\_\_ meses

N° de visita \_\_\_\_\_

Tipo de comida: Caldos y sopas ( ) Segundos y Purés ( ) Mazamoras ( )

Hora de inicio: \_\_\_\_\_

Hora de término: \_\_\_\_\_

**Antes de la Preparación**

ACTIVIDAD	SI	NO
Lavado de manos		
Uso de accesorios (mandil)		
Uñas corta		

**Durante de la Preparación**

ACTIVIDAD	SI	NO
Lavado de utensilios		
Uso de accesorios (mandil)		

Nombre del Plato: \_\_\_\_\_

**Tipo de alimento (ingredientes) utilizado:**

ALIMENTO	CARACTERÍSTICA	Adecuada	Inadecuada
Carne ( ) Hígado ( ) Pescado ( ) _____	Consistencia		
	Calidad		
	Cantidad		
	Frecuencia		

ALIMENTO	CARACTERÍSTICA	Adecuada	Inadecuada
Chuño ( ) Papa ( ) Yuca ( ) Camote ( ) _____	Consistencia		
	Calidad		
	Cantidad		
	Frecuencia		

ALIMENTO	CARACTERÍSTICA	Adecuada	Inadecuada
Fruta de acuerdo a la estación: _____	Consistencia		
	Calidad		
	Cantidad		
	Frecuencia		

ALIMENTO	CARACTERÍSTICA	Adecuada	Inadecuada
Zapallo ( ) Zanahoria ( ) Tomate ( ) Apio ( ) _____	Consistencia		
	Calidad		
	Cantidad		
	Frecuencia		

ALIMENTO	CARACTERÍSTICA	Adecuada	Inadecuada
Arroz ( ) Quinoa ( ) Trigo ( ) Fideos ( ) _____	Consistencia		
	Calidad		
	Cantidad		
	Frecuencia		

ALIMENTO	CARACTERÍSTICA	Adecuada	Inadecuada
Leche Ev. ( ) Leche Fre. ( ) Queso Fre. ( ) Huevo ( ) _____	Consistencia		
	Calidad		
	Cantidad		
	Frecuencia		

**RECOMENDACIONES:**

**COMPROMISOS:**

---



---

Fecha de próxima visita: \_\_\_\_\_

Firma Supervisora

Firma de la Madre

FUENTE: Elaborado por las investigadoras

**ANEXO 04**

**PUNTAJES OBTENIDOS POR LAS MADRES, ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL**

N° Mamás	PUNTAJES	
	ANTES	DESPUÉS
1	6	11
2	4	10
3	7	7
4	5	10
5	4	6
6	6	9
7	2	6
8	3	6
9	5	9
10	6	12
11	7	7
12	4	8
13	7	6
14	6	9
15	5	10
16	6	8
17	4	6
18	3	8
19	4	9
20	5	7
21	5	8
22	7	6
23	8	9
24	6	10

## ANEXO 05

### JUICIO DE EXPERTOS (ESCALA DE CALIFICACIÓN)

Estimado profesional: \_\_\_\_\_ (a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta de la tesis titulada: "La Consejería nutricional y las prácticas de alimentación del niño de 6 a 11 meses. Puesto de Salud Catalinayocc. Ayacucho. 2017".

Marque con un X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2.	El instrumento propuesto responde a los objetos de estudio.			
3.	La estructura del instrumento es adecuada.			
4.	Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.			
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6.	Los ítems son claros y entendibles			
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

### SUGERENCIAS

-----  
\_\_\_\_\_

-----  
Firma del Juez Experto