

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



**SESIONES DEMOSTRATIVAS EN LA
PREPARACIÓN DE ALIMENTOS SALUDABLES
PARA MADRES CON NIÑOS DE SEIS A DOCE
MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD
CONSTITUCIÓN. OXAPAMPA. PASCO. 2015-2017**

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

ROBERTO CARLOS PACAHUALA CONTRERAS

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Roberto Carlos Pacahuala Contreras', is located in the bottom right corner of the page.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

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

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 029

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

Resolución de Decanato N°070-2018-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. PACAHUALA CONTRERAS ROBERTO CARLOS

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 OBJETIVO.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 ANTECEDENTES.....	11
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	16
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	28
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	31
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	31
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.....	32
IV. RESULTADOS.....	35
V. CONCLUSIONES.....	37
VI. RECOMENDACIONES.....	38
VII. REFERENCIALES.....	39

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo profesional tiene por finalidad dar a conocer mi experiencia profesional en el desarrollo de las sesiones demostrativas en mi establecimiento de salud, desde el año 2015 al 2016 respectivamente.

Una adecuada alimentación durante los primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener una adecuada salud para las posteriores etapas de la niñez. A partir de los 6 meses de vida se debe iniciar una etapa conocida como alimentación complementaria, donde se introduce alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva. La alimentación complementaria tiene por objetivo cubrir las necesidades nutricionales del niño, favorecer la interrelación madre-hijo, ayudar a la transición del lactante de una dieta líquida a la del consumo familiar y favorecer el establecimiento de hábitos saludables de alimentación. Para lograr lo anterior es importante que la madre tenga conocimientos, realice procedimientos y prácticas adecuadas en alimentación.

En mi experiencia me he dado cuenta cuán importante es las sesiones demostrativas en la mejora de la alimentación y nutrición de nuestros niños, al principio quizás había poco presupuesto no se le daba la importancia respectiva, pero conversando con la madre durante el control, refiere como ha ido mejorando el crecimiento y desarrollo de su niño, también el conocimiento en las madres se ve reflejado en las preparaciones de sus comidas cuando se hace la visita domiciliaria.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La nutrición adecuada es fundamental para la supervivencia, el crecimiento físico, el desarrollo mental, el desempeño, la productividad, la salud y el bienestar durante toda la vida: desde las primeras etapas del desarrollo fetal y el nacimiento, hasta la lactancia, la niñez, la adolescencia y la edad adulta (1). Actualmente la desnutrición constituye uno de los más graves problemas de salud a nivel mundial, el cual conlleva a incrementar las altas tasas de morbilidad y mortalidad, afectando a la población en general.

Uno de los principales problemas de salud infantil en nuestro país, es la desnutrición crónica, originada por la ingesta de una dieta inadecuada (excedente en carbohidratos o deficiente en yodo, hierro y micronutrientes) o por la existencia de una enfermedad recurrente, o la presencia de ambas. De acuerdo con la ENDES, el promedio nacional de desnutrición crónica en niños menores de 5 años alcanzó el 23,8% en el año 2012. Los departamentos más afectados son: Huancavelica (53,6%), Ayacucho (41,4%), Cajamarca (39,8%), Huánuco (39,2%), Cusco (38,4%), Pasco (38,4%) y Apurímac (34,8%). Los niños afectados ven vulneradas sus capacidades potenciales de enfrentar la pobreza debido al impacto directo de la desnutrición crónica sobre su desarrollo físico y educativo (2).

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el periodo que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable. Es entonces cuando muchos lactantes empiezan a sufrir de malnutrición y a engrosar la elevada cifra de menores de cinco años malnutridos que hay en el mundo.

Sin embargo, este requisito no se cumple en la mayoría de países de América Latina, tal es el caso del Perú, donde debido a diversos factores, entre ellos el factor cultural, a pesar de que la actitud y conducta de la madre frente a la alimentación del niño es más positiva que en 1992, la alimentación complementaria inadecuada sigue siendo el problema prioritario de la alimentación infantil actual en este país (3).

La mayoría de madres poseen conocimientos sobre la adecuada alimentación complementaria, sin embargo éstos no se reflejan en sus prácticas. La ingestión de abundantes líquidos para favorecer la producción de leche es otra creencia difícil de erradicar. La introducción temprana de agüitas e infusiones continúa amenazando la exclusividad de la lactancia. Saben que lo correcto es iniciar con mazamoras y purés pero deciden empezar con "sopas" para que el niño "no se atore". Estas decisiones son influenciadas notablemente por los consejos de la familia, principalmente madres y suegras, que manejan un conjunto de creencias

erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura, que interfieren negativamente en la alimentación del niño. Esto se ve reflejado en las estadísticas, donde solo el 69,9% de niños menores de seis meses tuvieron lactancia materna exclusiva y el 5,2% de niños menores de seis meses además de la lactancia materna reciben otros líquidos como agua y jugos (ENDES, 2012).

Como factor de esta problemática también encontramos al grado de instrucción de las mujeres en edad fértil, el cual se encuentra asociado a problemas de salud y nutrición. En el Perú 51,6% de los niños con desnutrición crónica son hijos de mujeres sin instrucción. En el año 2000, el 13% de las mujeres de las áreas rurales no contaba con ningún grado de instrucción; mientras que en las áreas urbanas, esta cifra era de 1,7% (4).

Con respecto al factor socioeconómico, según el estudio "Estado de la Niñez en el Perú" realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reveló que del total de la población (cerca de 30 millones), el 36% está conformada por niños, niñas y adolescentes peruanos, es decir más de 10 millones y medio de peruanos, en donde cerca del 45% de los niños y adolescentes peruanos (entre 0 y 17 años) vive en condiciones de pobreza, mientras que el 19% se desarrolla en medio de la pobreza extrema. Es por ello que el Estado Peruano dentro de sus políticas de

salud, trata de cumplir con los Objetivos del Milenio, de los cuales el primer y cuarto de ellos mencionan erradicar la pobreza extrema y el hambre, y reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, respectivamente.

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

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

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en las sesiones demostrativas en la preparación de alimentos saludables para madres con niños de seis a doce meses de edad en el Centro de Salud Constitución. Oxapampa. Pasco. 2015-201

1.3 JUSTIFICACIÓN

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

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

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

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

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

entorno más cercano, como es la familia en la que encontraremos a un lactante que se encuentre en el inicio de su alimentación complementaria y evitar posibles complicaciones en un futuro no muy lejano.

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

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

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

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Sánchez Valverde V. F. (España-1988) en el trabajo titulado **"Hábitos de alimentación durante el primer año de vida en Navarra"**. Concluye que la duración de la lactancia materna en nuestro medio es corta y es menor que en otros países industrializados de Europa.

La introducción de la alimentación complementaria se hace de forma mayoritaria entre los 4 - 6 meses, y un 19 % lo hacen a los 2 y 3 meses.

El alimento introducido con mayor frecuencia en primer lugar son las frutas caseras. El consumo de proteínas de alto valor biológico es universal en nuestra población y las más consumidas son pollo, ternera, cordero y vaca por este orden.

El 30% no consumen fórmulas de continuación y la edad media de introducción de la leche de vaca es 10'42 meses. El 13 % añaden productos azucarados al chupete. El 14 % no dan vitaminas y el 31 % no administran zumos de frutas. En el estudio asociativo hemos comprobado que en nuestro medio practican peores hábitos las madres de menos de 30 años, que se guían por su experiencia propia y del medio rural.

También hay una asociación muy estrecha entre la duración de la lactancia materna y la edad de introducción de la alimentación complementaria. Existe un modelo de comportamiento por el cual hemos comprobado una clara asociación entre la introducción precoz de todos

los alimentos del primer año de vida. La introducción más temprana de la leche de vaca es el marcador final de esa continuación de introducciones precoces (5).

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

La introducción de alimentos complementarios fue precoz, lo que produjo una baja frecuencia en la lactancia materna exclusiva (36,9% < 4 meses), niños menores de 4 años maternos (30,7%) entre 4 y 6 meses consumieron frutas (54,1%), sopas (39,9%) y comida (19,2%).

Los jugos fueron ofrecidos apenas en 15,2% de los niños menores de 4 meses quienes ya no lactaban y agua en 60% de los casos.

Los datos muestran prevalencia en el consumo de preparaciones inadecuadas con relación a su consistencia: oferta de comida por parte de la familia en niños entre 6 y 8 meses (48,8%) y oferta de sopa a niños mayores de 8 meses (71,6%). Se sugiere que el municipio realice intervenciones enfocando la alimentación suplementaria (6).

Soncco Sucapuca, M.,(Perú-2005) en el trabajo titulado **“Efectividad del programa educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 06 a 12 meses de edad, en el asentamiento humano los Olmos, Pucallpa”**, Perú, 2005, realizado con el objetivo demostrar la efectividad del programa Precede – Procede educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 16 meses de edad, en el asentamiento humano los Olmos, Pucallpa, 2005. Cuyos resultados fueron: 17 madres con niños 6 a 12 meses contribuyen la población de estudio. El 100% participa activa y permanente.

La mejora de prácticas de alimentación es significativa, logrando modificar las prácticas de alimentación en el 70.6% de las madres respecto al pretest de V.P. 70.0% (7).

Jiménez Huamaní C. O, (Lima-2008), en la tesis titulada **“Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008”**, realizada con el objetivo de determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el Centro de Salud “Fortaleza”. Se concluye que: La mayoría de los lactantes del centro de salud “Fortaleza” inician la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. Un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad.

Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de 1º, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses).

Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de Desnutrición de 1º, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses).

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. H0: No existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional. Los lactantes pueden estar influenciados por la calidad de los alimentos, por estadios salud-enfermedad y otras variables que requieren mayor análisis (8).

Huamán Hidalgo, Diana en el 2013 realizó un estudio titulado "Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años: Yanacancha - Cerro de Pasco, 2012. Tuvo como objetivo principal explorar las representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años. El diseño fue cualitativo, teoría fundamentada. La muestra estuvo conformada por 20 madres de familia con niños menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, divididas según condición primípara y 10 de condición múltipara. Se utilizaron una guía semi – estructurada de preguntas y 11 situaciones u "historias" relacionados a la alimentación

complementaria. Se realizó la triangulación de la información por técnica y por investigador para lograr la confiabilidad del estudio. Los resultados fueron: "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. 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.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Definición de la alimentación complementaria El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. Se entiende por alimentación complementaria como la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna. La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF , los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.

Importancia de la alimentación complementaria La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios. El carácter de complementario de los alimentos, los hace necesarios para que desde los

seis meses de vida y junto a la lactancia materna, mejoren el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento. Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación. En particular, deben estar informados acerca del período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia y cómo darlos de forma inocua 2. Sabemos que la leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses ya que contiene sustancias inmunes y bioactivas que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante, sin embargo cabe resaltar la transición de la leche materna a la inclusión de alimentos diferentes a una edad adecuada ya que es muy importante saber las implicancias de adelantar o atrasar el inicio de la alimentación complementaria tal y como lo dice una revisión de la Academia Española de Pediatría que 21 señala que hay una ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados cuando introducimos otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el aumento de riesgo de infecciones gastrointestinales⁷. De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición

adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable.

A los seis meses de edad, el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos.

A partir de esa edad es importante continuar la alimentación con papillas, preparadas con leche y cereal, purés a base de hortalizas (zanahoria, zapallo y papa), puré de frutas (manzana, banana y pera) y lácteos (postres a base de almidón de maíz) a los que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético.

Factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria.

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida).

Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria.

Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los lactantes estarían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad.

De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Maduración digestiva: la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).

b) Maduración renal: a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de

sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses. 23.

c) Desarrollo psicomotor: hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

d) Maduración inmune: la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorepuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas. Asimismo otro factor que pudiese influir en el inicio de la alimentación complementaria es la cultura en la cual nazca el niño.

2.2.1 Sesiones Demostrativa

¿Qué es una sesión demostrativa?

Es una actividad educativa, en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, gestante y

en la mujer que da de lactar, a través de una participación activa y un Trabajo grupal (9).

Importancia de la Sesión Demostrativa

Es importante porque nos ayuda a:

1. Promover el uso de los alimentos nutritivos de la localidad.
2. Conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada.
3. Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales.
4. Conocer la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y anemia.
5. Mejorar nuestras prácticas de alimentación y nutrición para tener una mejor calidad de Vida y de salud.
6. Adoptar buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos.

Una Sesión Demostrativa promueve además:

- La participación activa de todas y todos los asistentes.
- El compromiso de toda la localidad para hacer cambios en la alimentación familiar,
- Valorando las costumbres y los alimentos locales.

- La importancia de criar animales menores y tener bio-huertos familiares para contribuir a mejorar prácticas de alimentación.

¿Cómo organizamos la sesión demostrativa?

Para organizar correctamente una sesión demostrativa de preparación de alimentos es necesario tener en cuenta los siguientes momentos:

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

2.1 TEORÍA DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE SALUD

Este modelo propuesto por Teorista enfermera Nola Pender 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. Se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en Enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos perceptuales,

entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado Salud (10).

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en 03 teorías de cambio de la conducta: En acción razonada, acción planteada y teoría social-cognitiva (11).

- La primera teoría, es la acción razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se

plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

- La segunda teoría, es la acción planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.
- La tercera teoría, es la teoría social-cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

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

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

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

La presencia de barreras para la acción: las cuales pueden ser personales, interpersonal desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

1. La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.
2. Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita

modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

3. Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.
4. Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
5. Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

6. **Cultura:** es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
7. **Clase o nivel socioeconómico:** es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos: estados emocionales, autoestima, grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales: las características y experiencias individuales, la cognición y motivaciones específicas de la conducta, el resultado conductual.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Sesión Demostrativa.-** Es una metodología del "APRENDER HACIENDO", tiene como finalidad fomentar en las familias, las prácticas adecuadas de alimentación y nutrición materno infantil, en base a preparaciones hechas con alimentos variados de la zona; destinado a los niños y niñas menores de dos años, madres gestantes y madres lactantes, ya que en esta etapa, es donde se presentan mayor potencial en su crecimiento y desarrollo (12).
- **Alimentación Complementaria.-** Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta

prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento (1).

- **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.
- **Desarrollo.-** Es adquirir nuevas habilidades y aprender, mediante la experiencia, nuevos comportamientos y funciones. Si la alimentación es esencial para el crecimiento de los tejidos, de los huesos y del cuerpo en general, el afecto es esencial para el desarrollo emocional del niño, y el juego es definitivo para estimular su inteligencia y sus sentidos.

- **Lactante.-** Durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. Este periodo a su vez puede dividirse en dos sus periodos.

- **Lactante Menor:** desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad.

- **Lactante Mayor:** desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

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

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

En mi experiencia que yo pude encontrar como trabajador de mi establecimiento es que a partir de la fecha en que yo ingrese a trabajar al C.S CONSTITUCION, en el año 2012 las sesiones demostrativas en preparación de alimentos nutritivos que se daban ahí eran muy escasas y con poca participación de las madres, fue similar en al año 2013, para el año 2014 se tuvieron capacitaciones por parte de la RED y DIRESA, con lo cual se fortaleció el trabajo en esta actividad, recién a partir del año 2015 se organizó mejor el servicio, se contó con mayor personal de enfermería y una mejor infraestructura, también hubo mayor participación de los actores sociales como municipalidad, instituciones educativas y programas sociales, logrando así un mejor desarrollo de esta actividad.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

- **Antes de la sesión demostrativa**

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

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

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

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

4. La Convocatoria: En el establecimiento de salud, solicite la relación de niños menores de 1 año.

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

- Padres y madres de familia o persona (s) responsable (s) del cuidado del niño y niña menores de 1 año.
- Podemos invitar también a:
- Las personas miembros de organizaciones (comedor, wawawasis, otros) que son responsables de la alimentación de niños menores de 1 año.
- Líderes y autoridades comunales.

Prepare las invitaciones registrando el nombre del invitado, fecha, hora y lugar en cada una. Utilice el modelo que le presentamos a continuación.

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

Al entregar la invitación explique la importancia de la Sesión Demostrativa para asegurar su asistencia.

Materiales para realizar una Sesión Demostrativa

Días antes de la sesión, asegúrese de contar con los materiales y llene la Ficha de Control de Préstamo de materiales para sesión demostrativa

Asegúrese de contar con todos los materiales necesarios.

Es importante saber distinguir el tamaño de los platos a ser usados.

▪ **Durante la sesión demostrativa**

1. La recepción y el registro de participantes

Uno de los facilitadores se encarga de recibir cordialmente a cada participante. Pregunte y registre en la lista de participantes el nombre completo y la información requerida.

- Escriba el nombre de cada participante en un solapín y colóqueselos a la altura del Pecho.
- Recuerde:
- Los facilitadores debe tener seguridad y voz firme.
- •Deben promover la participación ordenada de los participantes,
- Saber escuchar, aceptar y respetar las opiniones.
- •Tratar con respeto y amabilidad a todos los participantes para ganar su confianza.

▪ **Después de la sesión demostrativa**

1. Verificación del aprendizaje

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

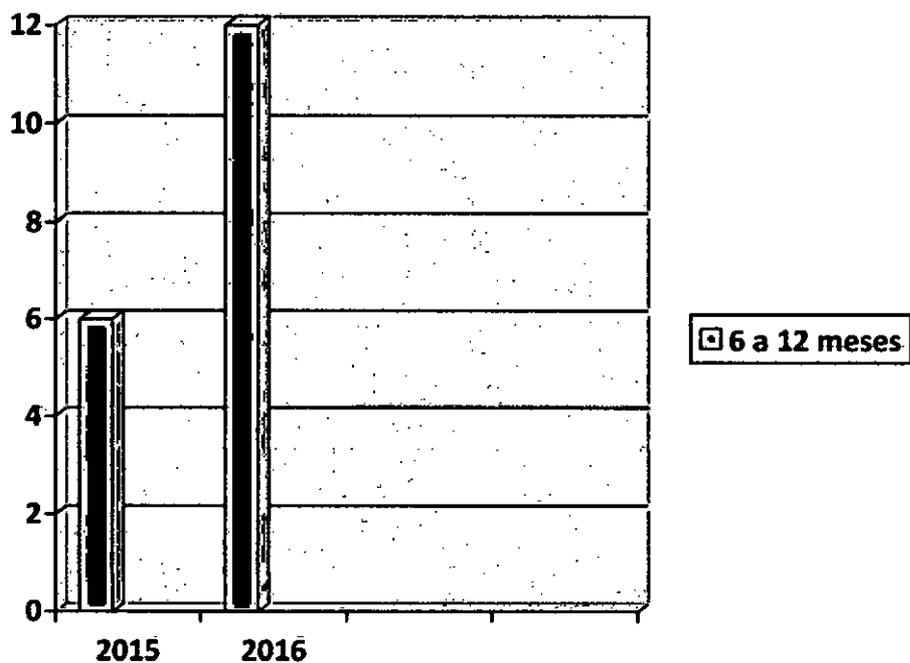
IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1
CANTIDAD DE SESIONES DEMOTRATIVAS QUE SE DIERON EN EL
2015 Y 2016

GRUPO ETAREO	2015	2016
6 A 12 MESES	6	12

Fuente: Registros de enfermería

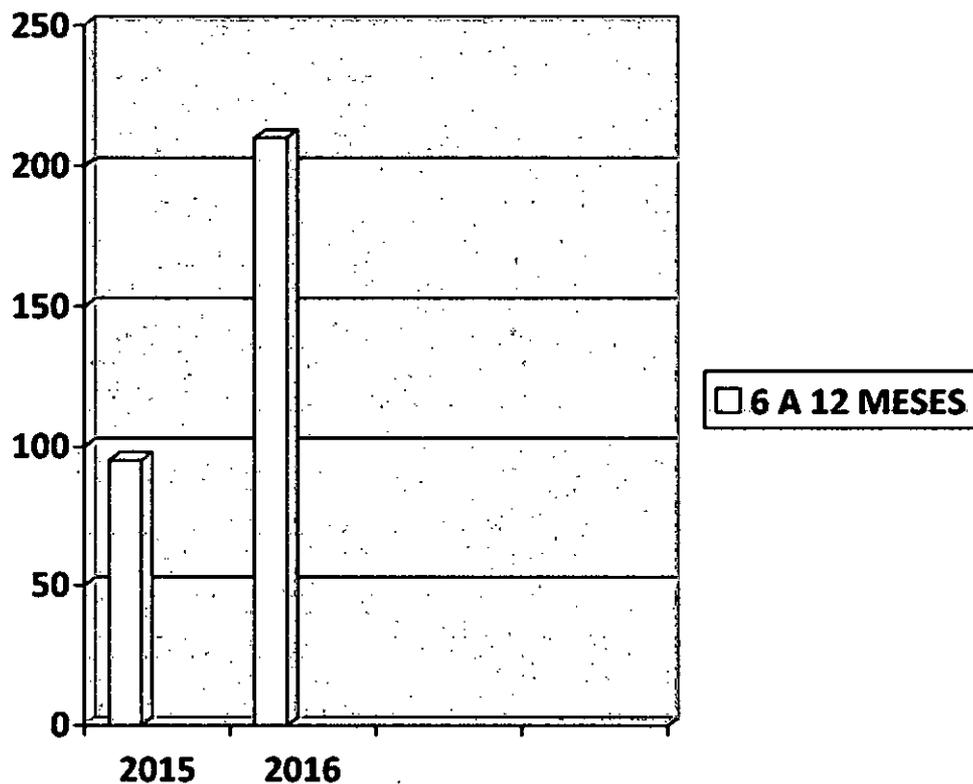
GRÁFICO 4.1
CANTIDAD DE SESIONES DEMOTRATIVAS QUE SE DIERON EN EL
2015 Y 2016



CUADRO 4.2
CANTIDAD DE MADRES QUE ACUDIERON A LAS SESIONES
DEMOSTRATIVAS EN EL 2015 Y 2016

GRUPO ETAREO	2015	2016
6 a 12 MESES	95	210

GRÁFICO 4.2
CANTIDAD DE MADRES QUE ACUDIERON A LAS SESIONES
DEMOSTRATIVAS EN EL 2015 Y 2016



V. CONCLUSIONES

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

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda que en los centros de salud deber promover las sesiones demostrativas ya que son importantes para que las madres puedan aprender que tipo de alimentos deben brindar a sus menores hijos de acuerdo a la edad que se encuentren y así evitar la anemia y la Desnutrición.

- b) Se recomienda promover las sesiones demostrativas no solamente en los centros de salud sino también en los locales donde acuden niños menores de 3 años (colegios, WAWAWASI – PRONEIS) para que las madres conozcan que alimentos de su localidad son nutritivos en hierro, zinc y vitaminas.

VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Online].; 2017 [cited 18 Nov 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/es/.
2. Ophèlimos Comunidad Económica en Red. Dirección de informática Académica (DIA). Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). [Online].; 2012 [cited 18 Ene 2018]. Available from: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/ophelimos/2005/12/26/desnutricion-cronica-en-el-peru-problema-a-atacar/>.
3. Pereyra Zaldívar H. Investigaciones operativas en salud y nutrición de la niñez en el Perú. Primera ed. Lima: Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud; 2008.
4. Valenzuela R. Hacia la reducción de la desnutrición crónica en el Perú. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, INS. 2007 Mar-Abr; 13(3-4).
5. Sánchez Valverde. Hábitos alimentación durante el primer año de vida.1988.
6. Garcia de Lima Parada CM, De Barros Leite Carvalhaes MA. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(2).
7. Soncco M. Efectividad del programa educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 12 meses de edad, en el asentamiento humano Los Olmos,

- Pucallpa. Perú.; 2005.
8. Jiménez Huamaní CO. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, EAP Enfermería; 2008.
 9. Villar Bernaola L, Lázaro Serrano ML. Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud ed. Lima, Perú: Súper Gráfica E.I.R.L; 2013.
 10. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 27 Ene 2018]; 8(4): p. 16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.
 11. Giraldo Osorio A, et al.. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2010 [citado 19 Dic 2018]; 15(1): p. 128 - 143. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>.
 12. Iniciativa contra desnutrición. Sesiones demostrativas de preparaciones de alimentos. Disponible en: <http://www.iniciativacontradesnutricion.org.pe/sesiones-demostrativas-de-preparaciones-de-alimentos/>