

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



**PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NUTRICIÓN Y
ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
DEL PUESTO DE SALUD DE TACMARA ABANCAY,
APURIMAC-2020**

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

ASTRID ELIZABETH MALPARTIDA MALLIZA

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTIILLO PRESIDENTE
- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ SECRETARIO
- MG. CÉSAR ANGEL DURAND GONZÁLES VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 158-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 20 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases teóricas	9
2.3. Bases conceptuales	13
3. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	29
3.1. Justificación	29
3.2. Objetivos	30
3.2.1. Objetivo general	30
3.2.2. Objetivos específicos	31
3.3. Metas	31
3.4. Programación de actividades	32
3.5. Recursos	34
3.6. Recursos materiales	34
3.7. Ejecución	35
3.8. Evaluación	35
4. CONCLUSIONES	36
5. RECOMENDACIONES	37
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

La nutrición es uno de los factores más importantes que interviene directamente en el crecimiento físico y mental de los niños y niñas de 0 a 5 años. Hay que tener en cuenta que desde la infancia se deben llevar buenos hábitos alimenticios, esto favorecerá a llevar una vida más saludable en la edad adulta, por tal motivo los profesionales de enfermería toman como apoyo las políticas públicas y normativas vigentes para la nutrición de niños y niñas con el fin de prevenir problemas de salud a corto y largo plazo, como la obesidad, diabetes, desnutrición, anemia, problemas de aprendizaje y de conducta.

Una dieta correcta y adecuada, además de proporcionar energía y nutrientes necesarios para el mantenimiento de la salud vital, debería cumplir también otros objetivos, que mejoren de forma significativa nuestra calidad de vida. Por ello, cuando se habla de **alimentación saludable** consideramos que ésta nos debe: Proporcionar sensación de bienestar, ya que el acto de comer lleva implícitos aspectos culturales y sociales, que van más allá del acto de nutrir. Aumentar la eficacia de nuestro organismo, aportando sustancias necesarias para la formación, crecimiento y reparación de estructuras corporales, así como sustancias que regulen los procesos metabólicos del organismo; así como disminuir el riesgo de enfermedades, ya que además de cubrir los requerimientos nutricionales, puede aportar sustancias con efectos positivos en la prevención y tratamiento de enfermedades.

La desnutrición y la falta de alimentación saludable en la población infantil es un problema de salud pública cada vez más importante en nuestro país, y más aún en la comunidad de Tacmara, en donde gran parte de los niños y niñas presentan cuadros de desnutrición y desconocimiento de una alimentación saludable.

Los hábitos alimentarios, la actividad física y los estilos de vida son cruciales en la niñez para prevenir, en el adulto, la aparición de las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación (enfermedades cardiovasculares, hipertensión, resistencia a la insulina, diabetes, cáncer, osteoporosis), y con el comportamiento alimentario (anorexia y obesidad), y en suma, mantener un estado óptimo de las funciones de los diferentes órganos, para un envejecimiento saludable.

El presente PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NUTRICION Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD DE TACMARA ABANCAY, APURIMAC-2020, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en niños con desnutrición y desconocimiento de alimentación saludable. Contribuirá a identificar oportunamente el riesgo, lo cual es un paso muy importante para contribuir con criterios básicos de una nutrición adecuada y alimentación saludable en la población infantil menores a 5 años y disminuir así los costos en el tratamiento y recuperación de los niños, a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida del niño y su familia.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

MIDIS 2018, según OMS a 2016 existieron 800 millones de anemia en niñas(os) menores de 5 años. Además, en Latinoamérica y en el Perú la anemia en promedio fue 22% y 32% (1). Quispe, conclusión del estudio de investigación: el estado nutricional de niñas(os) de Cajamarca 2018 en la zona rural la mayoría tienen deficiencias nutricionales a diferencia de la zona urbana la mayoría de los niños tiene un estado nutricional normal. (2) Torres, trabajo de investigación y el resultado: el nivel de desnutrición en infantes de dos a cinco años Lurigancho – Lima 2019. Según el rango de edad, los niños de 2 años, el 68% tiene desnutrición leve, el 12% tiene desnutrición moderada y el 6% desnutrición grave; así mismo, los niños de 3 años, el 42% tiene desnutrición leve, 7 % desnutrición moderada y ninguno con desnutrición grave. Hay que resaltar que los niños de 4 años, en su mayoría, tienen un peso adecuado; por otro lado, los niños de 5 años se encuentran con obesidad y sobrepeso. (3) Rodríguez, informe de tesis y el resultado: el 61.7% de madres Huamachuco 2019 presentan nivel medio de conocimiento sobre alimentación complementaria, el 33.3% nivel alto y el 5% nivel bajo. (4)

Ochoa, resultados en el informe de tesis: la prevalencia de desnutrición crónica, en niños menores de 5 años que acudieron al consultorio de nutrición EsSalud Puno fue de 21% para el 2016; 21.4% en niños y 20.6% en niñas, la proporción más alta fue a la edad de 24 a 59 meses, afectando en un 30% a niñas y en 26.6% a niños en el 2016, siendo esta una prevalencia moderada para la salud pública. La prevalencia de anemia fue la severa, considerándose como un problema de salud pública, ya que en ambos sexos las cifras superan el 40%, la prevalencia fue más alta en el

sexo femenino y a la edad de 6 a 23 meses, afectando de esta manera al 43.8% de niños y al 51% de niñas en el último año. (5)

El Boletín Epidemiológico del Perú de 22 al 28 julio 2018, la anemia afecta en un 43,6 % a niñas(os) menores de 3 años, el grupo de 6 y 11 meses fueron afectados un 60 %. La prevalencia de anemia: Puno (76 %), Loreto (60,7 %), Pasco (60,6 %), Huancavelica (58,1 %), Ucayali (57 %), Cusco (56,6 %), Junín (56 %), Madre de Dios (55,6 %), Apurímac (53,5 %) y Ayacucho (52,8 %). (Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2016) y citado (6). Según Documento Técnico del Plan Nacional para la Reducción y Control de Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 -2021, un 43.6% niñas (os) de 6 meses a 3 años de edad tuvieron anemia ferropénica y siendo los más afectados de 6 a 18 meses. (7). Por las consideraciones citadas, necesario de abordar el estudio en condición de trabajo académico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

2.1.1 Internacionales

Corredor. Monografía y el objetivo: Identificar el rol de enfermería frente a la nutrición en niños y niñas de 0 a 5 años mediante una revisión de tema dentro del periodo comprendido entre los años 2000 y 2017 Bogotá - Colombia. Metodología: se realizó una revisión de tema, con una

muestra total de 36 artículos relacionados con, nutrición en la infancia, enfermería y nutrición, rol de enfermería frente a la nutrición.

Resultados: El estado nutricional de los niños constituye la base del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, por lo cual los profesionales de enfermería en el rol educativo y asistencial promueven estrategias para el fortalecimiento de los cuidados y conocimientos necesarios para mejorar los hábitos alimenticios.

Conclusiones: el rol de enfermería está inmerso en el proceso nutricional de los niños menores de 5 años, pero es poca la documentación que se puede encontrar. La mejor manera de luchar con la nutrición de los infantes es bajo las estrategias propuestas por diferentes entidades que acogen a los niños y niñas protegiendo sus derechos. (8).

Rodríguez C. L., et al. Artículo de revista y el objetivo: Analizar la salud nutricional escolar y los cuidados de enfermería aplicados- Ecuador 2018. Para esto se cumple con un desarrollo metodológico basado en comprender el significado de salud nutricional, como influye la nutrición en el rendimiento académico y en el

comportamiento del individuo a futuro y la relación que existe entre cuidados de enfermería y salud nutricional escolar. Como conclusión se llegó que la población de niños ecuatorianos tiene malnutrición por lo cual le afecta para el desarrollo psicomotor a futuro y que una posible solución es crear la enfermería escolar donde se imparte los cuidados de enfermería, pero también los conocimientos necesarios sobre educación para la salud. (9)

2.1.2 Nacionales

Villanueva. Informe de tesis y el objetivo: Determinar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el conocimiento sobre alimentación saludable en madres de niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa “San Roquito Kids” Los Olivos 2017. El estudio fue de enfoque cuantitativo y de diseño pre-experimental con preprueba, prueba y posprueba, en el que participación 30 padres de familia. Resultados: El nivel de conocimiento en madres de familia antes y después de recibir la intervención educativa sobre alimentación saludable en el pre test fue alto en un 20%, medio 57% y bajo 23%, en el pos test fue alto en un 87% y medio 13%. Antes de la intervención educativa, la mayoría de las madres de familia mostraron un nivel bajo de conocimientos sobre la dimensión generalidades bajo 53% dimensión tipos de alimentos 20% y la dimensión necesidades nutricionales 17%. Después de la intervención educativa, en el post test, el total de madres de familia mostraron un nivel de conocimiento alto en la dimensión generalidades alto 70% dimensión tipos de alimentos 73% y la dimensión necesidades nutricionales 80% Niveles

porcentuales bajos se presentaron en las dimensiones generalidades 53%, tipos de alimentos 20% y necesidades nutricionales 17%. Conclusión: La intervención educativa de enfermería fue efectiva en el conocimiento sobre alimentación saludable en madres de niños de 3 a 5 años. (10)

Carrascal et al. Informe de tesis y el objetivo: Determinar la efectividad del programa educativo "Yo como sano", en el nivel de conocimiento de las madres sobre nutrición en el preescolar Chepén. La Libertado 2016. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento: Encuesta para determinar el nivel de conocimiento materno sobre nutrición en el preescolar, aplicado como pretest y posttest; siendo la información obtenida procesada y analizada mediante la prueba estadística "t" de student. Los resultados son presentados en tablas de simple, doble entrada y gráficas. Después del análisis se llegó a las siguientes conclusiones: Antes de la aplicación del programa educativo un 53.2 por ciento de madres presentaron nivel de conocimiento medio, un 40 por ciento bajo, y un 6.8 por ciento, alto. Después de la aplicación del programa educativo un 50 .1 por ciento de madres obtuvieron un nivel de conocimiento medio, un 43.3 por ciento alto; y un 6.6 por ciento bajo. El programa educativo fue altamente significativo al incrementar más del 40% en el nivel de conocimiento materno sobre nutrición de preescolares ($p= 0.000$). (11)

2.1.3 Regionales y/o locales

No se evidenciaron trabajos con respecto al tema.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría de la Acción Razonada

La Teoría de la Acción Razonada (TRA), proveniente de la psicología social, fue introducida Fishbein y Ajzen (1975) en el estudio de la toma de decisiones del consumidor. Es la teoría más bastamente utilizada para explicar la intención comportamental del individuo y su conducta. TRA propone que la conducta del consumidor viene determinada por las normas subjetivas, la actitud hacia el comportamiento en cuestión y la intención comportamental (Hansen, 2008; Fishbein y Ajzen, 1975) y que, es posible predecir el comportamiento del consumidor, en base a estas variables. Las normas subjetivas del individuo se definen mediante la orientación normativa proveniente de personas relevantes como la familia y los amigos. Dado que la orientación normativa es subjetiva, la percepción de las normas puede variar entre los consumidores. La actitud hace referencia al grado en que un consumidor percibe un comportamiento determinado como estar en contra o a favor de comprar un determinado producto en base a su composición (Hansen, 2012). La intención comportamental se supone está influenciada por la actitud del consumidor hacia la conducta en cuestión y la norma subjetiva (Hansen, 2008; Fishbein y Ajzen, 1975) y citado (12)

2.2.2 Teoría del Comportamiento Planificado

La Teoría del Comportamiento Planificado (TPB) es una versión extendida de la TRA. De igual manera, la TPB postula que la

intención comportamental viene determinada por la actitud y las normas subjetivas. Sin embargo, la TPB incorpora el elemento de percepción de control comportamental para contemplar aquellas situaciones donde el individuo carece del control sobre su comportamiento (Ajzen, 1991, 1985; Ajzen y Madden, 1986). La percepción de control hace referencia a la creencia individual de la eficacia, o facilidad percibida del elemento control, en la inhibición o facilitación del comportamiento. La creencia de control refleja la dificultad percibida sobre aquello que puede afectar al comportamiento (Ajzen, 1991). Tal y como puede observarse, el factor central de la TRA y la TPB es la intención individual, siendo el elemento que más exactamente predice un comportamiento particular (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975). En la TPB, la intención indica la disposición individual para participar en un comportamiento determinado (Ajzen, 2009, 1985) y citado (12)

2.2.3 Modelo de Hogar Económico

Este enfoque se remonta al trabajo de Becker (1965), quienes desarrollaron un modelo de trabajo-ocio, donde el hogar es la unidad de análisis. Él razonó que los hogares producen productos que generan utilidades (productos) con combinaciones de bienes de mercado y tiempo. El hogar puede asignar su tiempo a uno de tres usos: (a) tiempo del mercado laboral (genera ingresos para adquirir bienes de mercado), (b) tiempo de producción del hogar (por ejemplo, cocinar) y (c) tiempo de consumo (por ejemplo, comer). En relación con los alimentos, las comidas generalmente requieren que

se asigne mano de obra a los tres usos: tiempo del mercado laboral para generar los ingresos para pagar los ingredientes, tiempo de producción para cocinar la comida y tiempo de consumo para comer. Sin embargo, los usos del tiempo son competitivos entre sí: una hora adicional en el trabajo es una hora menos que se puede dedicar a la producción o el consumo del hogar. (13)

Bonke (1992) utiliza Becker's (1965) modelo para analizar los efectos de los aumentos. Disminución de los ingresos y el tiempo disponible en los patrones de consumo de alimentos. El primero argumenta que las sociedades occidentales presenciaron en el período de posguerra un aumento de los ingresos y un aumento en el número de mujeres en el mercado laboral. El aumento en las horas de trabajo de las mujeres llevó a una disminución en el tiempo disponible para dedicar a las actividades del hogar. Bonke (1992) argumenta que los hogares con más dinero, pero menos tiempo para dedicar a las actividades del hogar sustituirán los alimentos que no son de conveniencia por los alimentos de conveniencia, reduciendo el tiempo dedicado a cocinar. (13)

Para probar las relaciones entre el tiempo disponible, el ingreso disponible y la elección de alimentos, Bonke (1992) se basa en datos transversales de Dinamarca. Los alimentos se clasificaron en productos no convenientes (es decir, ingredientes utilizados para cocinar desde cero), productos semi-convenientes (por ejemplo, salsas preparadas) y productos de conveniencia (es decir, comidas preparadas, comidas que se comen fuera de casa en bares y

restaurantes). El gasto relativo en las tres categorías de alimentos se evaluó en términos del ingreso disponible y no disponible del hogar. Se suponía que los hogares tanto ricos como ocupados exigían una mayor proporción de alimentos preparados, mientras que aquellos hogares que son pobres con mucho tiempo disponible utilizarían una mayor proporción de alimentos más baratos y no convenientes. (13)

2.2.4 Modelo de Proceso de Elección de Alimentos

Las elecciones que las personas hacen entre los alimentos determinan qué nutrientes ingresan al cuerpo e influyen en los sistemas de producción de alimentos a través de la demanda del consumidor. Las elecciones alimentarias específicas sientan las bases para los hábitos alimentarios a largo plazo. Cómo las personas consideran y seleccionan alimentos y bebidas, efectúa su adquisición, preparación o consumo de alimentos en una amplia variedad de entornos, incluidos supermercados, restaurantes y máquinas expendedoras; fiestas y eventos sociales; y comidas y meriendas en casa. El proceso de elección de alimentos incorpora no solo decisiones basadas en la reflexión consciente, sino también aquellas que son automáticas, habituales y subconscientes. (14)

Muchos estudios anteriores han explorado aspectos seleccionados de la elección de alimentos desde una amplia variedad de disciplinas y perspectivas (Booth, 1994; Glanz et al. 1992; Mennell et al. 1992; Axelson y Brinberg, 1989; Shepherd, 1989, 1990; Thompson, 1988; Murcott 1983). El trabajo pionero de Lewin (1943, 1951) propuso que

varios marcos específicos de referencia están involucrados en la elección de alimentos: sabor, salud, estatus social y costo. Investigaciones posteriores examinaron estos y otros valores, enfocándose en factores cognitivos y motivacionales involucrados en la elección de alimentos (Bell et al. 1981; Betts, 1985; Cospers & Wakefield, 1975; Krondl y Lau, 1982; Lau et al. 1984; Michela y Contento, 1986; Rappoport et al. 1993). Tanto los factores individuales como los sociales están involucrados en la elección de los alimentos, y la investigación ha considerado la influencia de las normas y las relaciones (Shutz, 1988; Worsley et al. 1983). La investigación sobre hábitos alimentarios ha presentado varios modelos que describen factores, influencias y patrones de alimentación (Sanjurjo, 1982), y se han realizado varios intentos para desarrollar retratos más completos del proceso de elección de alimentos (Parraga, 1990; Shepherd, 1989). No obstante, la elección de alimentos sigue siendo un tema que no se entiende bien (Rozin, 1980; Rozin y Fallon, 1980; Stellar et al. 1980) y citado (14)

2.3 Bases conceptuales

2.3.1 Alimentación saludable

En las últimas décadas, la relación bidireccional entre la alimentación y la salud ha ido cobrando cada vez más solidez y rigor, de modo que llevar un estilo de vida saludable permite, por un lado, mejorar la esperanza y la calidad de vida y por otro, prevenir enfermedades, así como mejorar su sintomatología. En este sentido, el aprendizaje y la consolidación de hábitos saludables desde la infancia, implantando

pautas alimentarias correctas, son decisivos para que dichos hábitos se mantengan en la edad adulta y a lo largo de la vida. La dieta, entendida como el conjunto de alimentos que se ingieren a lo largo del día, es el factor externo más importante que contribuye al crecimiento y desarrollo cognitivo correctos y normales del niño, por lo que es importante que sea equilibrada, saludable y variada. Pero, ¿qué se entiende por alimentación saludable? Una alimentación saludable es aquella que cubre las necesidades nutricionales y fisiológicas con el objetivo de asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo. Por tanto, debe ser equilibrada y adecuarse, en cada etapa, a los requerimientos dietéticos y nutricionales. (15)

2.3.2 Beneficios de la lactancia materna

Estos y otros múltiples factores, muchos de ellos probablemente aún no identificados, justifican la supremacía de la lactancia materna y explican las innumerables ventajas de la leche materna para el niño. Vamos a recordar algunos de los múltiples beneficios que se han demostrado asociados a la alimentación con leche materna tanto para la madre como para su hijo.

- a) Lactancia materna y estado nutritivo. La leche de mujer está específicamente adaptada a las especiales características digestivas y metabólicas del lactante humano y aporta cantidades adecuadas de macronutrientes y micronutrientes, condicionando un óptimo estado nutritivo.

- b) Lactancia materna e infecciones. La presencia de factores antimicrobianos en la leche materna constituye una de las razones fundamentales para recomendar la lactancia materna. Este efecto protector antifeccioso es más evidente en países en vías de desarrollo, pero estudios controlados realizados en países industrializados han demostrado que los lactantes alimentados al pecho durante más de 13 semanas presentan de forma significativa menos infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y requieren un menor número de ingresos hospitalarios (Howie 1990) y citado (16). Los beneficios anti-infecciosos de la leche materna son particularmente relevantes en los recién nacidos de bajo peso. Los actuales procedimientos tecnológicos tratan de lograr que las fórmulas basadas en la leche de vaca puedan tener un cierto poder anti-infeccioso pero hasta el momento ningún avance técnico lo ha podido conseguir.
- c) Lactancia materna y enfermedad alérgica. Diversos estudios han demostrado que la lactancia materna prolongada junto con la introducción más tardía de alimentos sólidos, puede retrasar y/o mejorar los síntomas alérgicos en niños con antecedentes familiares de atopia (Saarinen,1995) y citado (16). Por tanto, podemos deducir que la lactancia materna tiene un efecto protector antialérgico por lo menos en aquellos niños con historia familiar de riesgo.
- d) Lactancia materna y desarrollo neurológico. La influencia de la lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor e intelectual ha

sido y es objeto de gran controversia. El nivel de inteligencia y desarrollo que el lactante va a alcanzar es el resultado de la integración de diversos factores de tipo genético, ambiental, emocional y trófico. La existencia en la leche materna de diversas hormonas, enzimas y factores tróficos puede influir favorablemente en el desarrollo del lactante y condicionar una mayor capacidad de respuesta a los estímulos e interacciones con el medio ambiente y, fundamentalmente, con la madre. Por otra parte, como señala Ballabriga, las madres más inteligentes, independientemente de su clase social y de su nivel educacional, tendrán probablemente hijos más inteligentes sin relación a que tomen pecho o biberón, aunque se añadirá además el factor favorable que las madres más inteligentes prefieren dar el pecho, porque creen que este tipo de alimento es lo mejor que pueden darle a su hijo (Ballabriga, 1998) y citado (16).

- e) Lactancia materna y enfermedades a largo plazo. Las consecuencias a largo plazo del tipo de alimentación recibida por el lactante son difíciles de valorar debido a que factores genéticos y ambientales interactúan en la infancia y en la edad adulta en el desarrollo de las enfermedades crónicas.
- f) Lactancia materna y diabetes mellitus tipo I. Estudios epidemiológicos han demostrado una asociación en humanos entre alimentación con leche de fórmula y diabetes. En un estudio realizado en niños diabéticos de diagnóstico reciente se demostraron niveles elevados de anticuerpos contra la fórmula con

leche de vaca, beta-lactoglobulina y albúmina sérica bovina. Estos resultados sugieren que la introducción de productos lácteos a una edad temprana y el consumo elevado de leche durante la infancia aumenta los niveles de anticuerpos anti-leche de vaca. Los títulos elevados de AC IgA antifórmula con LV se asocian a un mayor riesgo de DMID de forma independiente de las variaciones en la alimentación del lactante y el consumo actual de leche (Virtanen,1994) y citado (16). Más recientemente un estudio transversal realizado en niños con anticuerpos anticélulas beta-pancreáticas, estadio previo al desarrollo de diabetes clínica, no ha mostrado asociación entre la exposición precoz a las proteínas de la leche de vaca y el desarrollo de diabetes (Norris, 1996) y citado (16).

- g) Lactancia materna y salud materna. La LM también produce beneficios en relación al estado de salud de las madres. La lactancia materna aumenta el nivel de oxitocina, lo que reduce el riesgo de hemorragias postparto y acelera la involución uterina (Chua, 1994) y citado (16). Así mismo se ha demostrado que en las mujeres que lactan mejora la remineralización ósea postparto (Melton 1993) y citado (16), con disminución del riesgo de fracturas de cadera en el período postmenopáusico (Cumming, 1993) y citado (16). La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer ovárico (Rosenblatt, 1993) y citado (16) y el cáncer de mama premenopáusico (Newcomb, 1994) y citado (16). Además de los beneficios individuales para el estado de salud, la lactancia

materna tiene efectos favorables sociales y económicos. Podemos concluir señalando que la leche materna aporta beneficios al lactante mientras está siendo amamantado y posteriormente durante su infancia y en la vida adulta. Así mismo, proporciona ventajas para la madre, no sólo de prevención de algunos tipos de cáncer sino también psicológicas y económicas. (16)

2.3.3 Principios de alimentación complementaria

- a) Practique la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad e introduzca alimentos complementarios a los 6 meses (180 días) mientras continúa amamantando. A continuación, se mencionan: alimentación máxima de 30 minutos, mantenga un espacio de al menos 2 horas entre comida, dar agua después de cada comida, agregue pescado o carne a la alimentación todos los días para evitar la deficiencia de hierro, no es necesario agregar todos los alimentos a la pulpa de cada comida, lo que permitirá al niño identificar el sabor de diferentes alimentos, trate de dar variedad de alimentos sin mezclar para identificar la textura y el sabor.
- b) Continúe con la lactancia materna frecuente y bajo demanda hasta los 2 años de edad o más. A continuación, se mencionan: dar leche materna después de las comidas o entre comidas, no es necesario dar ninguna otra leche si se da leche materna, puede dar productos lácteos como yogurt, cuajada, queso, etc.
- c) Practique la alimentación receptiva, aplicando los principios de la atención psicosocial. A continuación, se mencionan: es mejor

alimentar al niño mientras está en un lugar, permita que el niño maneje la comida, si el niño no come y no lo fuerce.

- d) Practique una buena higiene y el manejo adecuado de los alimentos. A continuación, se mencionan: lavado de manos de la madre y el niño antes de alimentarlas con agua y jabón y lavado de mano de la madre antes de preparar la comida con agua y jabón.
- e) Comience a los 6 meses de edad con pequeñas cantidades de comida y aumente la cantidad a medida que el niño crece, mientras mantiene la lactancia materna frecuente. A continuación, se menciona: el tamaño del estómago del niño es muy pequeño, el niño necesita una cantidad muy pequeña de alimentos además de la leche materna y se puede dividir en 3 o 5 alimentos dependiendo del apetito del niño.
- f) Incremente gradualmente la consistencia y variedad de alimentos a medida que niña(o) crece, adaptándose a las necesidades y capacidades.
- g) Aumente el número de veces que el niño recibe alimentos complementarios a medida que crece.
- h) Alimente una variedad de alimentos ricos en nutrientes para asegurar que se satisfagan todas las necesidades de nutrientes. A continuación, se mencionan: no uses la misma comida todos los días, use diferentes verduras y frutas todos los días, agregue una fruta o verdura amarilla todos los días y no agregue demasiadas verduras o frutas.

- i) Use alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales, según sea necesario y cuando no haya tiempo para preparar los alimentos, intente utilizar cereales añadidos con vitaminas y minerales.
- j) Aumente la ingesta de líquidos durante la enfermedad, incluida la lactancia materna más frecuente, y aliente a niña(o) a comer alimentos blandos y favoritos. Después de la enfermedad, dele alimentos con más frecuencia de lo habitual y anime al niño a comer más. (17)

2.3.4 Alimentación durante la infancia

La alimentación es el factor extrínseco más importante que determina el crecimiento y desarrollo del individuo durante la infancia. La infancia constituye una etapa de la vida en la que una correcta alimentación puede tener repercusión importante en el estado de salud a corto y largo plazo de la persona. El periodo neonatal es, desde el punto de vista nutricional, crítico: el crecimiento y desarrollo son más rápidos que nunca (los niños tienen que doblar el peso del nacimiento a los cuatro meses y triplicarlo al año) y los requerimientos nutritivos deben ir de acuerdo con el crecimiento. Los requerimientos de los distintos nutrientes durante la infancia van variando dependiendo del ritmo de crecimiento individual, del grado de maduración de cada organismo, de la actividad física, del sexo y también de la capacidad para utilizar los nutrientes procedentes de la ingesta.

- a. **Alimentación durante el primer año de vida.** Las pautas nutricionales para esta edad vienen marcadas por las

recomendaciones e informes técnicos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Comité de Nutrición de la Academia Europea de Pediatría y el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Nutrición y Gastroenterología Pediátrica (ESPGAN), y se adaptan a tres etapas bien diferenciadas (ESPGAN. 2000, ESPGAN. 2000, American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. 2001) y citado (18)

- Periodo lácteo. La leche es el único alimento. Lactancia materna o leche adaptada. Va desde el nacimiento hasta los 4-6 meses.
- Periodo de transición o BEIKOST. A partir del sexto mes se van introduciendo alimentos no lácteos, preparados de forma adecuada (en consistencia y cantidad) para no alterar el ritmo de maduración digestiva y renal, así como el progresivo desarrollo neuromuscular (ESPGAN. 2000) y citado (18)
- Periodo de maduración digestiva. La alimentación debe adaptarse a la capacidad digestiva y al estado de desarrollo fisiológico, haciendo paulatina la introducción de nuevos alimentos (American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. 2001) y citado (18)

b. **Necesidades de energía.** Los requerimientos energéticos en el recién nacido son de dos a tres veces superiores a los del adulto, si se expresan por superficie corporal. Las necesidades energéticas corresponden al gasto de:

- Mantenimiento. Gasto por metabolismo basal, pérdidas por excretas y acción dinámico-específica de los alimentos.
- Actividad física. Aumenta con la edad desde 9kcal/kg en los primeros meses de vida a 23kcal/día al final del primer año.
- Crecimiento. Las necesidades para crecimiento son inversamente proporcionales a la edad del niño, variando con la velocidad de crecimiento y con el tipo de tejido preferentemente sintetizado (también en relación con la edad).

c. Necesidades de nutrientes

- Proteínas. Un aporte excesivo de proteínas (lo ideal sería alrededor de un 14% del contenido calórico total) en niños pequeños puede ser peligroso, ya que supone un aumento de la carga renal de solutos que conduce a un incremento de urea, por una parte, y de determinados aminoácidos como la fenilalanina por otro, lo que podría conducir a una acidosis metabólica e hiperaminoacidemia. Los aminoácidos esenciales deben suministrar, aproximadamente, el 40% de las proteínas totales en el recién nacido. Aparte de los aminoácidos esenciales comunes en los primeros meses de vida, existen otros aminoácidos que pueden resultar también esenciales en el sentido de requerir un aporte completo o parcial a partir de la alimentación, esto es lo que ocurre con la histidina hasta los 6 meses, y con la cistina en el recién nacido, sobre todo en el pretérmino dado su papel como precursor de la taurina, que juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral.

- Grasa. La Sociedad Europea de Nutrición y Gastroenterología Pediátrica (ESPGAN) recomienda en el primer año de vida un aporte de 4-6g de grasa/100ml de fórmula láctea, lo que supone un 40-50% del aporte calórico. La ingesta recomendada de ácido linoleico en lactantes es de 0,2g/kg lo que supone un 2,7% del aporte calórico total. No están establecidas las necesidades de ácido linolénico, aunque se considera aconsejable que la proporción de ácido linoleico/linolénico sea de 10, al igual que en la leche materna.
- Hidratos de Carbono. La galactosa es un monosacárido que forma parte de la lactosa, participa en la síntesis de galactocerebrósidos cerebrales y es indispensable en los primeros meses de vida. La ESPGAN recomienda que los hidratos de carbono se aporten al lactante durante el primer año como disacárido, en forma de lactosa los 6 primeros meses, admitiendo la adición de dextrinomaltosa (polímeros de glucosa procedentes de hidrólisis del almidón) a partir del cuarto mes. La sacarosa debe quedar excluida hasta, como mínimo, los 6 meses de edad, evitando su incorporación como aditivo hasta después de un año. La ingesta de fructosa en el periodo neonatal, monosacárido que se encuentra en muchos alimentos en los que aparece también la glucosa, puede conducir a la formación de triosas, lactato y acidosis metabólica, por lo que no debe de administrarse. El aporte de fibra no es necesario en niños menores de un año, dado su alto

volumen para un escaso valor calórico, que podría conducir a malnutrición. Además, impide la absorción de hierro, calcio, cobre, fósforo y zinc.

- **Minerales y electrolitos.** Las necesidades de sales en el lactante superan las del adulto, debido a la rápida expansión del volumen extracelular. La ESPGAN recomienda un aporte diario de sodio de 6-8mEq por día. Un aporte excesivo de sodio daría lugar a un aumento de la carga osmótica renal con las consiguientes pérdidas de agua y deshidratación hipertónica. Por otro lado, una ingesta excesiva de sal en etapas tempranas de la vida se ha relacionado con la hipertensión observada en edades posteriores.
- **Calcio, fósforo y magnesio.** La ESPGAN recomienda aportes de calcio de 30mg/100kcal y un máximo de 50mg/100kcal. La capacidad de absorción del calcio de la leche materna es de un 75%, mientras que de las leches adaptadas está entre un 20-50%. La influencia de la vitamina D y sus metabolitos activos es fundamental en esta absorción, pero también influye el tipo de alimento y la relación con los fosfatos y otras sustancias que pueden actuar como inhibidores de la absorción cálcica. La relación calcio/fósforo debe de ser 1,3/1 en los primeros 6 meses de vida, de 1,2/1 de los 6 meses al año. Un exceso de fósforo puede dar lugar a hiperfosfatemia y, secundariamente, a una hipocalcemia. En cuanto a los requerimientos de magnesio y aunque no existen datos definitivos, se recomienda

una ingesta de 30mg/día en los primeros 6 meses y de 60mg/día a partir de esa edad.

- Oligoelementos. La leche humana puede cubrir las necesidades del niño en las primeras 8 semanas. A partir del tercer mes el niño necesita aproximadamente 1mg/kg no debiendo exceder la ingesta total de 13mg/día. Las fórmulas adaptadas deben de ser suplementadas con hierro a partir del tercer mes.
- Vitaminas. La leche materna es deficitaria en vitamina D (por lo que se requiere una suplementación) y en vitamina K (inyección al recién nacido) en los primeros días. Se aconseja la administración de 0,5-1mg al nacimiento, posteriormente 5g al día en menores de 6 meses y 10g en los mayores de esa edad. Los suplementos vitamínicos son innecesarios. Existe una serie de recomendaciones, elaboradas por la ESPGAN, para la introducción del beikost o alimentación complementaria.

Son las siguientes:

- El beikost no debe iniciarse antes de los tres meses ni después de los 6 meses de edad. Se comenzará con pequeñas cantidades de alimento que se irán aumentando lentamente.
- A los 6 meses, el beikost no puede proporcionar más del 50% de la energía total. Hasta el año de edad, se deben aportar cantidades de leche (materna o adaptada) no inferiores a 500ml/día.

- Es conveniente retrasar hasta después del sexto mes la ingesta de alimentos con mayor prevalencia de poder alergénico, tales como el huevo y el pescado.
- Los alimentos que contienen gluten no se introducirán antes del cuarto mes, siendo aconsejable posponerlos para después del sexto mes.
- Se evitarán en el primer año de vida alimentos ricos en nitratos, tales como las espinacas y la remolacha.

2.3.5 Alimentación del niño de 1 a 3 años

Esta etapa se caracteriza por ser de transición entre la fase de crecimiento acelerado propia del lactante y el periodo de crecimiento estable que se extiende desde los tres años hasta el comienzo de la pubertad. Durante ella puede aparecer una conducta alimentaria caracterizada por preferencias y aversiones hacia determinados alimentos que cambian continuamente y que les pueden llevar a dietas monótonas, con carencias específicas en determinados nutrientes.

a. Necesidades energéticas y de nutrientes

- **Energía.** Existen grandes diferencias individuales, hay que tener muy en cuenta la actividad física que realice para pautar una ingesta adecuada. Es necesario el aporte de 100kcal/kg/día para que el aporte sea suficiente.
- **Proteínas.** Se aconseja una ingesta de 1,2g/kg/día. A medida que el recién nacido va creciendo, esta cantidad se ha de ir aumentando hasta 23g/día.

- Calcio. Se aconseja una ingesta de 800mg/día para conseguir pico de masa ósea adecuado.
- Hierro. Su ingesta recomendada es de 9mg/día.
- Zinc. Durante esta etapa infantil se necesita un aporte de 10mg/día.
- Vitaminas. Si la alimentación es variada durante esta etapa, no es necesario su suplementación (ESPGAN. 2000 y Hernández. 2010) y citado (18)

2.3.6 Alimentación en la infancia (preescolar y escolar)

- a. Necesidades energéticas y de nutrientes. Tanto las necesidades energéticas como de nutrientes van a estar condicionadas por:
- El mantenimiento de la temperatura corporal, metabolismo basal.
 - El crecimiento, que irá aumentando de forma progresiva hasta alcanzar la adolescencia.
 - La actividad física, especialmente ligado con el tipo de deporte que realice. Es necesario luchar contra la vida sedentaria para mantener un peso adecuado.
 - Energía. Se recomienda aportar 80kcal/kg/día a partir de los 3 años hasta la adolescencia, no existiendo diferencias entre sexos.
 - Nutrientes. Los requerimientos de los distintos nutrientes en estos años van variando, dependiendo: del ritmo de crecimiento individual, del grado de maduración de cada organismo, de la

actividad física, del sexo y de la capacidad para utilizar los nutrientes procedentes de la ingesta.

- Proteínas. Sus necesidades oscilan entre 1 a 1,5g/kg/día. Durante esta etapa las proteínas deben de aportar el 15% de la energía total, y el 65% debe de ser de origen animal. Para que el aprovechamiento sea máximo, se debe asociar a una ingesta calórica adecuada, pues de lo contrario parte de los aminoácidos se desviarán a la producción de energía con la consiguiente disminución del crecimiento.
- Hidratos de Carbono. Al menos un 50% de la energía total debe ser aportada por ellos, y han de ser la mayor parte hidratos de carbono complejos.
- Grasa. Su aporte energético no debe superar el 30-35% del total diario. Con una distribución de menos del 10% procedente de ácidos grasos saturados; entre 7-10% de ácidos grasos poliinsaturados y por encima del 13% de ácidos grasos monoinsaturados.

La ingesta adecuada de vitaminas y minerales también es fundamental para el crecimiento y desarrollo normal de los niños. Muchos de estos micronutrientes actúan como cofactores o catalizadores en el metabolismo celular y otros participan en el crecimiento de los tejidos (calcio, fósforo, magnesio). El hierro y el zinc también pueden ser limitantes potenciales de crecimiento. Hay que cuidar especialmente la ingesta de calcio, hierro y vitaminas A y D. La exposición al sol puede permitir una buena síntesis cutánea de vitamina D que, junto con los alimentos, puede ser suficiente para cubrir las necesidades.

3. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

3.1 Justificación

La mala nutrición en niños menores de cinco años, constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, nacional, regional y local. A pesar de ser un problema evitable aún continúa siendo una agenda inconclusa, por lo cual se realiza el presente trabajo académico, considerando que la edad más importante para el desarrollo del ser humano es en los primeros años de vida, además durante el año 2019, la tasa de desnutrición infantil en el PUESTO DE SALUD TACMARA alcanzó el pico de registrar 33 niños desnutridos o con riesgo de mala nutrición de un total del 55 niños menores de cinco años, lo que implica que es problema lo padece estimadamente el 60 % de la población infantil estudiada en el Puesto de Salud de Tacmara.

Para la realización del presente informe de experiencia laboral – profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de revisión de registros de atención de Enfermería de los servicios como son las historias clínicas de cada paciente, reporte de los registros de HIS MINSA, registros de laboratorio, de los cuales se recabaron datos coherentes al tema de estudio.

Una de las principales actividades para la disminución de la mala nutrición del niño menor de cinco años, constituye brindar o hacer conocer a los padres de familia una adecuada nutrición basada en la alimentación saludable con un enfoque integral, para desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento del niño

menor de cinco años y su familia, guiándolos desde la primera etapa de vida, Incentivando la LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA hasta los 6 meses, verificando y fortaleciendo las prácticas alimentarias y permitiendo la detección oportuna de riesgos, factores determinantes o signos de enfermedades a desarrollar.

Por tanto, este trabajo académico se realiza para implementar acciones de intervención de enfermería en brindar una alimentación saludable , basado en la promoción de estilos de vida adecuadas del niño/a, en el marco de las Normas Técnica establecidas por el MINSA, orientado a mejorar la calidad de vida y contribuir a al desarrollo del capital humano.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Desarrollar plan intervención de enfermería de alimentación saludable para niñas(os) menores de 5 años del Puesto de Salud Tacmara Abancay de, enero a junio del 2020.

3.2.2 Objetivos específicos

- Capacitar a los padres de familia sobre una adecuada nutrición basada en la alimentación saludable con un enfoque integral, a través de Talleres educativos y demostrativos.
- Realizar el acompañamiento y seguimiento del niño menor de cinco años y su familia, guiándolos desde la primera etapa de vida, iniciando por la LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA hasta los 6 meses, ya que

ésta es la base principal y fundamental de una adecuada nutrición en el ser humano.

- Verificar y fortalecer las prácticas alimentarias domiciliarias, permitiendo la detección oportuna de riesgos, factores determinantes o signos de enfermedades a desarrollar.

3.3 Metas

- a. Padres de familia capacitados y sensibilizados en brindar una adecuada alimentación saludable a sus menores hijos de 05 años.
- b. Niñas(os) recibiendo una adecuada nutrición.
- c. 100 % de niños menores de 05 años en la Comunidad de Tacmara, recibiendo una adecuada alimentación saludable.

3.4 Programación actividades

Actividad	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> Realizar talleres de sensibilización e información de la importancia de alimentación saludable para niñas(os) menores de 5 años 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de intervención de enfermería para alimentación saludables de niñas(os) 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Aprobación resolutive del plan Padrón de asistentes a los talleres 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilización al 100% de madres, padres de familia y cuidadores 	Enero a febrero 2020	Lic. Enf. Astrid Elizabeth Malpartida Malliza
<ul style="list-style-type: none"> Socializar el plan y generar compromisos en las autoridades y líderes de la comunidad Oficiar a las instancias pertinentes, solicitando a apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> Articulación interinstitucional 	<ul style="list-style-type: none"> Acta de suscripción de socialización y de compromiso Oficios remitidos 	<ul style="list-style-type: none"> Compromiso al 100% de las autoridades y líderes 	Enero a febrero 2020	
<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a promotores de salud y actores sociales en los ejes temáticos de: promoción de lactancia materna, técnicas de lactancia, acciones intersectoriales para el fomento y protección de lactancia materna, importancia de la alimentación complementaria, alimentación del niño de 6 a 11 meses de edad, alimentación de niña(o) de 12 a 23 meses, estilos de crianza, seguridad alimentaria y nutrición, consejos nutricionales, tipos de nutrientes, grupos de alimentos, pirámide de la alimentación saludable, conservación y almacenaje de productos, manipulación de alimentos, prevención de la anemia ferropénica etc. 	Capacitaciones a los promotores de salud de todos los anexos de la jurisdicción sanitaria de Tacmara	<ul style="list-style-type: none"> Registro de asistencia Grabaciones audiovisuales Evidencias de tomas fotográficas Informes mensuales 	Capacitar al 100 % de promotores de salud en los diferentes temas afines a la alimentación saludable	Febrero a marzo 2020	

Actividad	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable
Realizar sesiones educativas y demostrativas de preparación de alimentos saludables	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la salud de niñas(os) perteneciente a la jurisdicción sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Informes mensuales respecto a la promoción de la salud Registro de asistencia a sesiones Evidencias de tomas fotográficas 	Madres y cuidadores con asistencia al 100% a sesiones	Marzo 2020	Lic. Enf. Astrid Elizabeth Malpartida Malliza
Sensibilizar mediante marchas, fichas, trípticos, programas radiales, perifoneos alusivos a la alimentación saludable en la comunidad	Promoción de la salud de niñas(os) a través de metodologías de difusión en la jurisdicción sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Boleta de venta por el alquiler de altavoz Boleta de venta por el diseño e impresión de afiches y trípticos 	Aplicar todas las metodologías posibles para lograr el objetivo general y específicos	Marzo 2020	
Ofrecer otros servicios de salud intramurales y realizar actividades extramurales (visitas domiciliarias)	<ul style="list-style-type: none"> Atención integral Actividades extramurales 	<ul style="list-style-type: none"> Atenciones registradas en la historia clínica Ficha de visitas domiciliarias aplicadas 	<ul style="list-style-type: none"> Visitas domiciliarias al 100 de niñas(os) beneficiarios 	Marzo 2020	
Coordinar e intervenir en cunas infantiles, instituciones educativas iniciales y otros	<ul style="list-style-type: none"> Alianza estratégicas Población de intervención 	<ul style="list-style-type: none"> Acta de compromiso con las instituciones aludidas Padrón de niñas(os) de atenciones Constancia de intervención 	<ul style="list-style-type: none"> Cunas infantiles e instituciones de educación inicial al 100 intervenidas 	Marzo 2020	
Aplicar metodologías de intervención durante el confinamiento social por causa de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de telemedicina como medida alternativa durante la primera fase de emergencia sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Evidencias de telecomunicaciones, teleconsejería, telemonitoreo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura al 100% de las intervenciones planeadas 	Marzo a junio 2020	

3.5 Recursos

3.5.1 Recursos materiales

Computadora, impresora, Cañón multimedia, Ecran, papel bon A-4, papelotes, plumones, cuadernos de 50 hojas, videos retro alimentarios, lapiceros, lápices, etc.

3.5.2 Recursos humanos

Recursos humanos según grupo profesional, condición laboral centro de labor P.S Tacmara – 2020

CANTIDAD	PROFESION	CONDICION LABORAL			DURACION JORNADA LABORAL
		CONTRATADO SERUMS	CONTRATADO TERCEROS	NOMBRADO	
1	MEDICO CIRUJANO	1			6 HORAS
1	CIRUJANO DENTISTA	1			6 HORAS
1	LIC. EN ENFERMERIA	1			6 HORAS
1	LIC. EN OBSTETRICIA	1			6 HORAS
1	TEC. ENFERMERO			1	6 HORAS
1	PERSONAL DE LIMPIEZA		1		6 HORAS

3.6 Ejecución

Para la eficacia de las actividades programadas se emprendieron socializar y solicitar el compromiso a los actores sociales involucrados. Asimismo, se consignó dichas actividades en el Plan Operativo Anual 2020 del establecimiento de salud, el cual fue remitido a las instancias pertinentes para su conocimiento a aprobación resolutive respectivamente y la suma de ellos fue con el afán de conseguir los resultados esperados.

3.7 Evaluación

- La intervención en talleres de sensibilización fue realizada en un 100%, sobre alimentación saludable dirigido a los padres de familia en niños menores de 05 años del Puesto de Salud de Tacmara los cuales fueron evaluadas cada dos meses.
- La intervención en talleres demostrativos fue realizada en el salón comunal en un 100%, sobre alimentación saludable dirigido a los padres de familia en niños menores de 05 años del Puesto de Salud de Tacmara los cuales fueron evaluadas al finalizar los talleres realizados contando con la aceptación de los padres de familia.
- El seguimiento y monitoreo domiciliario se logró alcanzar a un 78 %, evaluando semanalmente 10 casas.

4. CONCLUSIONES

- Se logró sensibilizar a la totalidad de los padres de familia sobre una adecuada nutrición basada en la alimentación saludable con un enfoque integral, a través de Talleres educativos con material audiovisual.
- Se logró realizar sesiones demostrativas a la totalidad de los padres de familia sobre una adecuada nutrición basada en la alimentación saludable de manera grupal logrando la interacción participativa de la mayoría de los asistentes, utilizando sus productos propios de la zona enfatizando la importancia nutritiva de cada producto y como realzar el valor nutricional de estos mismos, obteniendo el compromiso de generar el hábito de consumo de productos con alto valor nutricional, de un 80 % de la población capacitada.
- Se realizó el acompañamiento y seguimiento del niño menor de cinco años y su familia casa por casa durante la preparación de alimentos retroalimentando y reforzando sus conocimientos adquiridos en los talleres realizados con anterioridad.

5. RECOMENDACIONES

- Seguir incentivando la importancia de la alimentación saludable de manera continua a través de sesiones demostrativas y talleres de sensibilización orientado a los padres de familia.
- Hacer entender a la sociedad que es una responsabilidad fundamental de todos el hecho de alimentar al ser humano desde la primera etapa de vida, empezando desde la etapa pre concepcional, concepcional, durante la lactancia que tiene que ser exclusiva durante los primeros 06 meses de vida.
- Involucrar a todos los actores de desarrollo (instituciones educativas, ONG´s, y otros relacionados a promover una alimentación saludable con altos valores nutricionales.
- Generar hábito de consumo en la población analizada, de sus propios productos generados (cultivos agrícola como quinua, frejoles, tarwi, maní entre otros, así como animales menores como cuy, gallina, huevos de corral y productos con valor agregado como sangresita, miel de abeja y otros.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno del Perú. Plan Multisectorial de Lucha la Anemia. [Online].; 2018 [cited 2019 Setiembre 3. Available from: <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.p>.
2. Quispe Fernández M. Estado nutricional de niños menores de 5 años beneficiarios del Vaso de Leche Caserio Pata Pata y Barrio San Martín - Cajamarca - 2018. Tesis pregrado. Cajamarca : Universidad Nacional de Cajamarca , Facultad de Ciencias de la Salud ; 2018.
3. Torres Salazar. Nivel de desnutrición en infantes de 2 a 5 años en el Asentamiento Humano Santa María del Distrito de San Juan de Lurigancho - Lima. Trabajo académico. Lima : Universidad María Auxiliadora , Facultad de Ciencias de la Salud ; 2019.
4. Rodríguez Ruiz H, Bringas Salinas BJ. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante. Tesis pregrado. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería ; 2019.
5. Ochoa Yucra GR. Prevalencia de desnutrición crónica, sobrepeso, obesidad y anemia en niños de 0 a 59 meses de edad que asisten al consultorio de nutrición del Hospital III EsSalud Puno, 2012 - 2016. Tesis pregrado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano , Facultad de Ciencias de la Salud ; 2017.
6. Ministerio de Salud . Boletín Epidemiológico del Perú. [Online].; 2018 [cited 2019 Setiembre 3. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/30.pdf>.
7. Ministerio de Salud . Documento Técnico del Plan Nacional para la Reducción y Control de Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 -2021. [Online].; 2017 [cited 2019 Setiembre 3. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>.
8. Corredor Peña TA. El rol de enfermería en la nutrición de niños y niñas de 0 a

- 5 años una revisión de tema. Monografía. Bogotá : Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2018.
9. Rodriguez Orozco CL, Muñiz Granoble J, Sanchez Hernández. La salud nutricional escolar y los cuidados de enfermería. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018 Febrero; II(3).
 10. Villanueva León E. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el conocimiento sobre alimentación saludable en madres de niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa "San Roquito Kids" Los Olivos. Tesis pregrado. Lima : Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas ; 2017.
 11. Carrascal Correa MS, Pineda Vilca. Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento materno sobre nutrición ne preescolares. Tesis pregrado. Chepén : Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería ; 2016.
 12. Morales Solana D. Flujo y comportamiento del consumidor en los supermercados en línea. Tesis posgrado. La Garriga: Universitat Oberta de Catalunya, Programa de doctorado sobre la Sociedad de la Información y el Conocimiento; 2019.
 13. Gorton , Barjolle. Theories of food choice. ResearchGate. 2014.
 14. Furst , Connors M, Bisogni CA, Sobal J, Winter Falk L. Food Choice: A Conceptual Model of the Process. Academic Press Limited. 1996; XXVI.
 15. Thomson W. El futuro se construye con una buena. In Herrero Martín G. Alimentación saludable para niños geniales.: Amat; 2018. p. 19.
 16. Lozano J. La lactancia materna en la nutrición del lactante. In Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, García Fuentes M. Nutrición comunitaria. Cantabria: Universidad Cantabria; 2015. p. 66 - 67 - 68 - 69.
 17. United Nations Children's Fund . Department of Nutrition, Medical Research Institute Ministry of Health and UNICEF. [Online].; 2012 [cited 2020 Junio 24. Available from: <http://www.mri.gov.lk/assets/Nutrition/2012-Complementary-Feeding-book-final.pdf>.

18. Perote Alexandre A, Polo Jiménez S. Nutrición y dietética en los estados fisiológicos del ciclo vital Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería; 2017.

ANEXOS

FOTO N° 01 Vista de la Comunidad de Tacmara desde el **google earth**



FOTO N° 02 Vista panorámica de puesto de Salud Tacmara – Huanipaca - Abancay



FOTO N° 03 Equipo multidisciplinario del Centro de Salud de Tacmara



FOTO N° 04 Equipo multidisciplinario del Centro de Salud de Tacmara



FOTO N° 05 Niños menores a 05 años realizando un evento motivacional con la importancia de una buena alimentación



FOTO N° 06 Familia Alarcón Oscoco, quienes participaron activamente en los talleres demostrativos.



FOTO N° 07 Control de peso y Talla de un menor de 05 años



FOTO N° 08 Visita domiciliaria alejada juntamente con el equipo profesional del Centro de salud de Tacmara.



FOTO N° 09 Capacitación en Valores Nutricionales en cultivos agrícolas locales



FOTO N° 10 Seguimiento y monitoreo domiciliario a familias capacitadas en los diferentes talleres realizados.



FOTO N° 11 Talleres de sensibilización sobre las consecuencias de una inadecuada alimentación.



FOTO N° 12 Talleres demostrativos para una buena alimentación saludable con productos propios de la zona.

