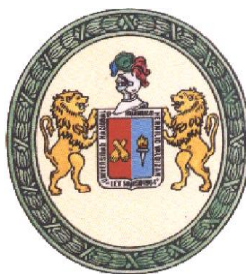


UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y

COMUNITARIA



TESIS

**EFFECTIVIDAD DE LA PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN
EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO SALUDABLE DE LAS MADRES DE
NIÑOS DE 12 A 36 MESES DE LA LOCALIDAD DE ACOMAYO-2015**

***PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA***

**TESISTA: BEJARANO CAMPOS, MERY MALELA
FALCON CABRERA, FLORINDA MARIA
PRINCIPE ORTEGA, CARMEN CRUZ**

HUÁNUCO - PERÚ

2015

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a los seres que más amamos: nuestros hijos/hijas, a mi familia por ser la fuente de nuestra inspiración y motivación para superarnos cada día más y más para poder alcanzar los objetivos como profesionales y un futuro mejor.

Las autoras.

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestras sinceras muestras de agradecimientos:

A Jesús nuestro Señor y Dios, por enseñarnos el camino correcto de la Vida, guiándonos y fortaleciéndonos cada día.

A nuestras familias por apoyarnos cada día y hacer que escalemos peldaños con humildad en nuestras vidas profesionales.

A nuestros docentes, por enseñarnos con sus sabidurías y por compartir con nosotros sus amplios conocimientos y experiencias.

A la Dra. María Villavicencio Guardia por habernos asesorado en la elaboración de la tesis

La autora.

RESUMEN

Objetivo. Demostrar la efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo en el 2015.

Métodos. El presente estudio es de tipo cuasi experimental, longitudinal y prospectivo; tiene un Pre y Post Test, con un mismo grupo experimental al cual se le aplica una prueba previa a las acciones de promoción de alimentación y nutrición (paquete de educativo) y finalmente se le aplica una prueba posterior a dichas acciones. El muestreo fue probabilístico tipo aleatorio simple conformada por 37 madres de los niños menores de 12 a 36 meses que participaron en el estudio; los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de conocimientos, test de Likert y una guía de observación.

El cuestionario estuvo compuesto por 15 preguntas, el test de Likert de 17 (fueron de selección múltiple) y la guía de observación de 10. El análisis estadístico fue mediante la t de Student

Resultados. La efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 a 36 meses, se encontró en la pre prueba un 45.9%(17) tienen regular cambio de comportamiento, un 35.1%(13) eficiente y 19%(7) deficiente; asimismo en la post prueba el 91.9%(34) tienen un efectivo cambio de comportamiento y un 8.1%(3) deficiente. En cuanto a conocer el comportamiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre promoción de alimentación y nutrición se encontró en la pre prueba un 91.9%(34) tienen actitudes negativas sobre alimentación mientras que en la post prueba el 94.6%(35) tienen actitudes positivas; a su vez en cuanto a las prácticas el 70.3%(26) de las madres tienen practicas inadecuadas en la pre test y 91.9% (34) tienen practicas adecuadas en la pos test. Además luego de aplicar la promoción y alimentación observamos cambios significativos. Finalmente en cuanto al grado de conocimientos de las madres en la pre prueba un 45.9%(17) tienen conocimiento medio, un 43.3%(16) bajo y 10.8%(4) alto; de la misma forma en la post prueba el 83.8%(31) alto, un 10.8%(4) medio y 5.4%(2) bajo.

Conclusiones. Finalmente el presente estudio ha demostrado la efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo-2015; ya que las pruebas estadísticas demuestran los logros significativos alcanzados; siendo el valor de $t=11,064$ estadística calculada, $Gl=36$ y el valor de $p= 0.000$ cuyo nivel de significancia fue de 0.05; por lo que se rechaza la hipótesis nula; y los resultados de la pre prueba indican que un 45.9% de las madres tienen regular cambio de comportamiento sobre alimentación y nutrición, un 35.1% eficiente y 19% deficiente por la cual deducimos que las madres requieren promoción de alimentación y nutrición que puede modificar sus conocimientos; de esta manera después de la intervención educativa, el 91.9% tienen un efectivo cambio de comportamiento y un 8.1% deficiente.

Palabras claves. *Efectividad de la promoción de alimentación y nutrición, cambio de comportamiento saludable de las madres.*

SUMMARY

Objective. It demonstrates the effectiveness of the promotion of food and nutrition in changing health behavior of mothers of children 12 to 36 months in the village of Acomayo in 2015.

Methods. This study is quasi-experimental, longitudinal and prospective; has a Pre and Post Test, with the same experimental group to which is applied a pretest to actions to promote food and nutrition (educational package) and finally a subsequent test applied to such shares. Probabilistic sampling was simple random type consisted of 37 mothers of children under 12 to 36 months participated in the study; the instruments used were a questionnaire of knowledge, Likert test and an observation guide.

The questionnaire consisted of 15 questions, the test Likert 17 (were multiple choice) and the observation guide 10. Statistical analysis was by Student's t

Results. The effectiveness of the promotion of food and nutrition in changing health behavior of mothers of children 12 to 36 months, was found in the pre-test 45.9% (17) have regular behavior change, 35.1% (13) efficient and 19% (7) deficient; also on posttest 91.9% (34) have an effective behavior change and 8.1% (3) deficient. As to understand the behavior of mothers of children 12 to 36 months on the promotion of food and nutrition was found in the pre-test 91.9% (34) have negative attitudes about food while in the posttest 94.6% (35) have positive attitudes; turn on the practicability 70.3% (26) of mothers have inadequate practices in the pretest and 91.9% (34) have appropriate practices in the post test. In addition after applying the promotion and feed we observe significant changes. Finally in the degree of knowledge of mothers in the pre-test 45.9% (17) have average knowledge, 43.3% (16) low and 10.8% (4) high; in the same way posttest 83.8% (31) high, 10.8% (4) average and 5.4% (2) low.

Conclusions. Finally, the present study has demonstrated the effectiveness of the promotion of food and nutrition in changing behavior of mothers of children 12 to 36 months of the town of Acomayo-2015; as statistics show evidence of significant achievements; it being the value of $t = 11,064$ calculated statistics, $GI = 36$ and $p = 0.000$ whose significance level was 0.05, so the null hypothesis is rejected; and the results of the pretest indicate that 45.9% of mothers have regular behavior change on food and nutrition, 35.1% efficient and 19% deficient by which we infer that mothers require promotion of food and nutrition can modify your knowledge; thus after the educational intervention, 91.9% have an effective behavior change and 8.1% poor.

Keywords. *Effectiveness of promoting food and nutrition, healthy behavior change mothers.*

INDICE.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

GLOSARIO

RESUMEN

ABSTRACT.

INDICE DE TABLAS

INDICE DE FIGURAS

INTRODUCCION

CAPITULO I

I. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes de la investigación.....	17
1.2 Bases conceptuales.....	20
1.3 Definiciones operacionales.....	71
1.4 Objetivos.....	79
1.5 Hipótesis.....	79
1.6 Variables.....	79

CAPITULO II

II. MARCO METODOLOGICO..... 80

2.1 Ámbito de estudio.....	80
2.2 Población.....	81
2.3 Muestra.....	82
2.4 Tipos de estudio.....	84
2.5 Diseño de investigación.....	84
2.6 Técnicas e instrumentos.....	85
2.7 Procedimientos.....	90

2.8 Plan de tabulación y análisis de datos.....	92
CAPITULO III	
III. RESULTADOS	94
3.1.- Resultados.....	94
CAPITULO IV	
IV. DISCUSION.....	127
4.1.- Discusión.....	127
CONCLUSIONES.....	136
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.....	138
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140
ANEXOS	144
NOTA BIBLIOGRAFICA.	
ACTA DE APROBACION	

INDICE DE ANEXO

	Pág.
Anexo N° 01	146
Cuestionario para evaluar el grado de conocimiento de la madre sobre alimentación y nutrición.....	
Anexo N° 02	148
Escala de likert para actitudes saludables.....	
Anexo N° 03	150
Guía de observación.....	
Anexo N° 04	151
Compromiso de confidencialidad.....	
Anexo N° 05	152
Consentimiento informado.....	
Anexo N° 06	153
Plan de sesión educativa.....	
Anexo N° 07	166
Plan de sesión demostrativa.....	
Anexo N° 08	171
Plan de visita domiciliaria para realizar consejería nutricional.....	
Anexo N° 09	174
Validez del Instrumento.....	
Anexo N° 10	174
Confiabilidad del Instrumento.....	

ACRÓNIMOS

INEI	:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
MAIS	:	Modelo de Atención Integral de Salud.
MINSA	:	Ministerio de Salud.
IRA	:	Infecciones respiratorio aguda
EDA	:	Enfermedades Diarreica aguda
ODM	:	Objetivo de desarrollo del milenio
DCI	:	Desnutrición crónica infantil
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	:	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

ÍNDICE DE TABLAS.

		Pág.
Tabla N° 01.	Características sociodemográficas de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	95
Tabla N° 02.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre los grupos de alimentos, de la localidad de Acomayo - 2015.....	96
Tabla N° 03.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre las veces que debe comer el niño en la localidad, de Acomayo - 2015.....	97
Tabla N° 04.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre la consistencia de alimentación de acuerdo a su edad, de la localidad de Acomayo – 2015.....	98
Tabla N° 05.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre las veces que debe consumir frutas a la semana su niña/niño, de la localidad de Acomayo – 2015.....	99
Tabla N° 06.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre cuantas veces a la semana debe consumir verduras su niña/niño, de la localidad de Acomayo – 2015.....	100
Tabla.N° 07.	Conocimiento sobre las veces a la semana su niña/niño debe consumir alimentos de origen animal por parte de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	101
Tabla N° 08.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre la importancia de la alimentación balanceada, de la localidad de Acomayo – 2015.....	102
Tabla N° 09.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre los riesgos a los que expone a su niño/niña cuando consume alimentos de escaso valor nutritivo, de la localidad de Acomayo – 2015.....	103
Tabla N° 10.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre el consumo de alimentos de más cantidad y veces al día conforme a su edad, de la localidad de Acomayo – 2015.....	104
Tabla N° 11.	Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre los alimentos de origen animal que contienen mayor cantidad de hierro de la localidad de Acomayo – 2015.....	115
Tabla N° 12.	Conocimientos de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre la alimentación y nutrición, de la localidad de Acomayo – 2015.....	1106
Tabla N° 13.	Las madres dan de comer a sus niños cuando tiene hambre, de la localidad de Acomayo – 2015.....	107
Tabla N° 14.	Paciencia de las madres cuando les dan de alimentar a sus hijos, de la localidad de Acomayo – 2015.....	108
Tabla N° 15.	Las madres brindan cariño, afecto y amor a sus hijos durante la alimentación de la localidad de Acomayo – 2015.....	109

Tabla N° 16.	Adquisición de alimentos de origen animal por parte de las madres para el consumo de sus hijos, de la localidad de Acomayo – 2015.....	110
Tabla N° 17.	Adquisición de alimentos de origen vegetal por parte de las madres para el consumo de sus hijos, de la localidad de Acomayo – 2015.....	111
Tabla N° 18.	Adquisición de alimentos con grasa o chatarra por parte de las madres de niños de 12 a 36 para el consumo de sus hijos, de la localidad de Acomayo – 2015.....	112
Tabla N° 19.	Las madres de niños de 12 a 36 meses se sienten capaces de incorporar alimentos más saludables, de la localidad de Acomayo – 2015.....	113
Tabla N° 20.	Frecuencia con la que suelen servir menestras las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	114
Tabla N° 21	Los alimentos que favorecen el crecimiento del niño (a) deben ser considerados en una alimentación nutritiva para las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	115
Tabla N° 22	Los alimentos que aporta más energía al niño (a) deben ser considerados en una alimentación nutritivas para las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	116
Tabla N° 23	Actitudes de alimentación y nutrición de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	117
Tabla N° 24	Las madre le da al niño (a) los alimentos de la olla familiar de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	118
Tabla N° 25	Durante la alimentación la madre brinda afecto al niño (a) de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	119
Tabla N° 26	Aplica los momentos claves del lavado de manos las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	120
Tabla N° 27	El niño de 12 a 36 meses consume alimentación balanceada de la localidad de Acomayo – 2015.....	121
Tabla N° 28	La madre reúne condiciones de brindar una alimentación saludable a su niño (a) de 12 a 36 meses de edad de la localidad de Acomayo – 2015.....	122
Tabla N° 29	Practicas sobre alimentación y nutrición por parte de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.....	123
Tabla N° 30	Cambio de comportamiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre alimentación y nutrición de la localidad de Acomayo – 2015.....	124
Tabla N° 31	Prueba de Hipótesis de la Efectividad de promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 meses a 36 meses.....	125

Tabla N° 32	Prueba de Normalidad para efectuar la t de student sobre la Efectividad de promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 meses a 36 meses.....	126
-------------	--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS.

Pág.		
Figura N° 01.	Conocimiento sobre los grupos de alimentos.....	96
Figura N° 02.	Conocimiento sobre las veces que debe comer su niño	97
Figura N° 03.	Conocimiento sobre la consistencia de alimentación.....	98
Figura N° 04.	Conocimiento sobre las veces a la semana que su niña/niño debe consumir frutas.....	99
Figura N° 05.	Conocimiento sobre cuantas veces a la semana su niña/niño debe consumir verduras.....	100
Figura N° 06.	Conocimiento sobre las veces a la semana su niña/niño debe consumir alimentos de origen animal.....	101
Figura N° 07.	Conocimiento sobre la importancia de la alimentación balanceada.....	102
Figura N° 08.	Conocimiento sobre los riesgos a los que expone a su niño/niña cuando consume alimentos de escaso valor nutritivo.....	103
Figura N° 09.	Conocimiento sobre si el niño conforme a su edad come más cantidad y más veces al día.....	104
Figura N° 10.	Conocimiento de los alimentos de origen animal que contienen mayor cantidad de hierro	105
Figura N° 11.	Conocimientos de alimentación y nutrición.....	106
Figura N° 12.	Madres que dan de comer a su niño cuando tiene hambre	107
Figura N° 13.	Paciencia de las madres de niños de 12 a 36 meses cuando les dan de alimentar.....	108
Figura N° 14.	Las madres brindan cariño, afecto y amor a sus hijos	109
Figura N° 15.	Adquisición de alimentos de origen animal	110
Figura N° 16.	Adquisición de alimentos de origen vegetal	111
Figura N° 17.	Adquisición de alimentos con grasa o chatarra	112
Figura N° 18.	Las madres de niños de 12 a 36 meses se sienten capaces de incorporar alimentos más saludables.....	113
Figura N° 19.	Frecuencia con la que suelen servir menestras	114
Figura N° 20.	Los alimentos que favorecen el crecimiento del niño (a) deben ser considerados en una alimentación nutritiva para las madres	115
Figura N° 21.	Los alimentos que aporta más energía al niño (a) deben ser considerados en una alimentación nutritivas para las madres	116
Figura N° 22.	Actitudes de alimentación y nutrición	117
Figura N° 23.	La madre le da al niño (a) los alimentos de la olla familiar	118
Figura N° 24.	Durante la alimentación la madre brinda afecto al niño/a	119
Figura N° 25.	Aplica los momentos clave del lavado de manos las madres	120
Figura N° 26.	El niño de 12 a 36 meses consume alimentación balanceada.....	121
Figura N° 27.	La madre reúne condiciones de brindar una alimentación saludable	122
Figura N° 28.	Prácticas sobre alimentación y nutrición.....	123
Figura N° 29.	Cambio de comportamiento de las madres de 12 a 36 meses.	124

INTRODUCCIÓN

La alimentación y nutrición es una determinante clave de la salud de la niña y/o niño ya que por no consumir adecuados alimentos nutritivos y suficientes, descuido en la lactancia materna, enfermedades prevalentes (como diarreas, IRAS, Parasitosis intestinal), problemas en el hogar, así como el castigo físico o psicológico crónico, la limitada educación e información sobre la buena o adecuada alimentación, una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos, madres con bajos niveles de conocimiento, y el costo de los alimentos, las costumbres alimenticias como los malos hábitos de alimentación y nutrición, porque existe el consumo de carbohidratos, comidas chatarras, y la deficiencia de alimentos de origen animal, y protectores (frutas y verduras, los hábitos de la alimentación son la problemática de salud que contribuyen a las altas tasas de desnutrición crónica infantil y anemia repercutiendo en el deterioro de la capacidad intelectual de los niños, limitando su productividad en la vida adulta y aumentando la incidencia de enfermedades, lo que incrementa los costos en la atención de la salud de la población.

La educación nutricional se define como la parte de la nutrición aplicada orientada hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de los hábitos alimentarios, en función de la cultura alimentaria a la que pertenece el individuo, con el objetivo final de promocionar la salud.

Esta Estrategia tiene la perspectiva de la Promoción de la Salud concebida para el desarrollo de políticas públicas saludables, de entornos y espacios saludables; fomenta la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y reorienta los servicios de salud.

Es por ello que desde este marco conceptual, la aplicación de la estrategia fue con la educación de adultos basados en la teoría constructivista del conocimiento, que permitió a la familia la posibilidad de describir su realidad, analizarla y proyectar los cambios que mejoren su situación actual, con la aplicación de sesiones demostrativas, sesiones educativas, consejerías personalizadas, donde se abordó los ejes temáticos: Alimentación y necesidades nutricionales; Alimentación Saludable; Alimentación segura; Alimentación y Enfermedad, se buscó cambiar los comportamientos de las

madres de los niños y niñas de 12 meses a 36 meses y contribuir a disminuir la desnutrición crónica infantil, anemia.

La educación nutricional que se les brindo a las madres de los niñas y niños de 12 meses a 36 meses, les proporcionara en un futuro hábitos correctos que deberán seguir a lo largo de su vida, partiendo de un adecuado crecimiento y desarrollo que permita un aprendizaje eficaz en el niño fuerte, sano y feliz, porque un niño bien alimentado es un niño inteligente y capaz de realizar las tareas que se le asignen.

La Promoción de la Salud es uno de los Lineamientos principales de la política de gobierno en su lucha contra la pobreza, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La promoción de la salud es una estrategia poderosa para el desarrollo de la sociedad puesto que existen políticas públicas saludables, de entornos y espacios saludables; en el que se fomenta la participación comunitaria y el desarrollo de habilidades personales, mejorando sus estilos de vida. Esta acción se fomenta teniendo en consideración las determinantes sociales de la salud donde se incide directa o indirectamente en el desarrollo de la salud, de esta manera se pretende lograr la sostenibilidad de las acciones de Promoción de la Salud, ya que actualmente el Ministerio de Salud viene trabajando en la educación básica, a través del Programa de Promoción de la Salud en los diversos escenarios.

Grivaldo¹ dice la Educación Alimentaria y Nutricional se definirá como un Proceso Educativo de Enseñanza-Aprendizaje permanente, dinámico, participativo, integral, bidireccional que tiene por finalidad promover acciones educativas tendientes a mejorar la disponibilidad, consumo y utilización de los alimentos, con un perfil epidemiológico de potenciar y/o reafirmar los hábitos alimentarios saludables y neutralizar o reducir los erróneos, respetando las tradiciones, costumbres e idiosincrasia de las comunidades, contribuyendo al mejoramiento del Estado Nutricional y por ende a la Calidad de Vida de una región o país.

Gutiérrez Moro² La educación de los hábitos nutricionales del niño debemos comenzarla ya desde el período antenatal, con especial atención a los períodos críticos, convirtiéndonos en el asesor nutricional de los padres, pero también directamente de los niños y adolescentes.

En el capítulo I, se hace una amplia exposición acerca de los antecedentes, bases teóricas y conceptuales, y la definición de términos **En el capítulo II**, Se explica acerca del marco metodológico del estudio: tipo, diseño y esquema de investigación, población y muestra, instrumentos de recolección de datos, técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos

En el capítulo III. Se exponen los resultados con aplicación estadística, mediante distribuciones de frecuencias, gráficos y la contrastación de las hipótesis.

En el capítulo IV, se presenta la discusión con los referentes bibliográficos de las bases teóricas que apoyan las hipótesis probadas.

Finalmente, se presentan las conclusiones del estudio y las sugerencias extraídas a partir de los resultados de la presente investigación.

CAPÍTULO I

I. - MARCO TEÓRICO

1.1.- Antecedentes

A continuación referenciamos antecedentes de investigaciones internacionales y nacionales realizadas en relación al tema tratado en la presente investigación; para el cuál citaremos, siguiendo un orden cronológico, destacándose los trabajos que han tenido una gran repercusión en relación y en forma específica al tema abordado en este presente estudio.

Internacionales

Mondrago; Alzate - y otros³ (junio del 2012) del Campamento universitario multidisciplinario de investigación y servicios (CUMIS), Colombia con la investigación sobre “Identificación de comportamientos saludables” El objetivo de esta investigación fue describir los resultados obtenidos a través de la consulta y la visita domiciliaria como estrategias de identificación del comportamiento de las personas y las condiciones de vivienda que permiten evaluar como son manejados los diferentes factores de riesgo. La comunidad integrada por 456 habitantes recibió la actividad con una actitud muy favorable y todos los participantes manifestaron sentirse complacidos con el trabajo realizado durante los días del campamento, es importante tener en cuenta las problemáticas identificadas en esta comunidad para en conjunto con los entes estatales elaborar políticas efectivas de intervención comunitaria que impacten favorablemente

comunidades vulnerables como la estudiada en este caso. 100% de los participantes mayores de 13 años recibieron actividades de educación en salud sexual y reproductiva, manejo de residuos y roedores, derechos humanos, manejo de fuentes de agua, control de enfermedades transmitidas por vectores y prevención de enfermedades crónicas mediante la implementación de estilos de vida saludables. Al finalizar cada actividad educativa se encuestó a la población sobre la percepción de la actividad; el 100% de los participantes se manifestaron complacidos con la actividad y la educación recibida. (Este trabajo de investigación que aportó a la presente investigación).

Yessika Acuña Castro y Rebeca Cortes Solís⁴,(abril del 2012) en la investigación “Promoción de estilos de vida saludable área de salud de Esparza” con el objetivo de Promover un estilo de vida saludable en la población adscrita al Área, llega a la conclusión de que la población encuestada un 57 % considera que su alimentación es balanceada, percepción que considera errada y cuya causa probable sea la falta de información, demostrando en los datos obtenidos como la población no consume fibra, frutas, hortalizas con la frecuencia recomendada, el consumo de gaseosas es alarmante, y el inadecuado hábito de consumir comidas rápidas empieza a desplazar la comida saludable de las mesas costarricenses. (Este trabajo de investigación que aportó a la presente investigación)

Raúl Alfonso Allain Vega⁵ en el año (2012) en la investigación “intervención educativa sobre la importancia de la alimentación infantil en el mejoramiento de los conocimientos de madres de niños

menores de 5 años de la IEE “República de Brasil” Lima – Perú, con el objetivo de determinar el nivel educativo sobre la importancia y la alimentación infantil en el mejoramiento de conocimientos concluye que los puntajes obtenidos después de las sesiones educativas muestran que las intervenciones educativas nutricionales a las madres de niños menores de 5 años tuvieron un efecto positivo en los conocimientos de las madres. (Este trabajo de investigación que aportó a la presente investigación)

Nacionales

Deán Eduardo Peña Huamán⁶ en el (2011) en la investigación de “Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos en las madres de niños en edad pre escolar sobre la preparación de loncheras saludables en la institución educativa inicial” realizado en San Martín de Porres” con el objetivo de Determinar la efectividad de un programa educativo en el incremento de los conocimientos en las madres de niños en edad preescolar sobre la preparación de loncheras saludables” fue efectivo en el incremento de conocimientos de las madres, luego de la aplicación del programa educativo, demostrado a través de la prueba de t de student, obteniéndose un 12.4% con un nivel de significancia de α : 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la preparación de loncheras saludables. (Este trabajo de investigación que aportó a la presente investigación)

Locales

Nora María Miraval Tarazona⁷ en el año (2013) en la investigación sobre “Conocimientos y practicas alimentarios maternas en relación con el estado nutricional de los escolares del centro Educativo- Juan Ponce Vidal- Amarilis- Huánuco” con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos y practicas alimentarios maternas en relación con el estado nutricional, con una muestra de 73 madres, donde concluye que los conocimientos de las madres a cerca de la alimentación son deficientes, con un 75.4% y el 54.9% de madres no conocen la importancia del consumo de proteínas, vitaminas y minerales en el escolar. (Este trabajo de investigación que aportó a la presente investigación).

1.2. Bases teórica

1.2.1 Promoción de alimentación y nutrición

La educación alimentaria es el fortalecimiento de capacidades para mejorar las prácticas de alimentación de la persona, familia y comunidad, con la finalidad que contribuyan a lograr una vida sana y un estado nutricional óptimo.

Este fortalecimiento de capacidades se logra a través de un conjunto de acciones comunicacionales que promueven o modifican positivamente y de manera voluntaria, conocimientos, actitudes y prácticas para lograr una alimentación oportuna, suficiente y adecuada. Como cualquier estrategia educativa y comunicacional, la educación nutricional se orienta por grupos objetivos (persona, familia, comunidad y estado) partiendo de sus saberes previos y construyendo con ellos el nuevo aprendizaje.

Los contenidos de una educación alimentaria parte, generalmente, de problemáticas alimentarias y nutricionales identificadas en la sociedad: por ejemplo, a partir de esta realidad, los grandes ejes que se abordan en la educación alimentaria son:

- Alimentación y Necesidades Nutricionales: Energía, proteínas, vitaminas, minerales.
- Alimentación Saludable: Combinaciones, cantidades, frecuencias, consistencias.
- Alimentación Segura: Manipulación de alimentos.
- Alimentación y Enfermedad: Malnutrición, alteraciones conductas alimentarias.

La educación alimentaria es un componente básico en cada programa nutricional y alimentario, por ejemplo en:

Ministerio de Salud: Hospitales, Puestos y centros de salud, Campañas de Salud, Preventivas en Comunidades.

Ministerio de la Inclusión Social (PIN, Cunamas, Qualiwarma; Comedores Populares), Programa Nacional del nutriwawa.

Las principales Estrategias utilizadas en la Educación alimentaria son:

- Sesiones demostrativas de preparación de alimentos.
- Talleres grupales
- Sesiones Educativas
- Consejerías personalizadas
- Ferias Teatros comunales.

Educación alimentaria nutricional: "Un aprendizaje saludable para las familias". Realizar Educación Alimentaria Nutricional resulta una

tarea fundamental a la hora de contribuir a mejorar la seguridad alimentaria de las familias, y en especial la de los niños que reciben comidas que sus madres preparan.

Por otra parte, la seguridad alimentaria familiar se vincula directamente al uso que éstas le dan a los alimentos, lo cual tiene estrecha relación con los conocimientos y con el nivel educativo del jefe de familia y del ama de casa; y con la cultura alimentaria de la población destinataria.

Una de las mejores maneras de llevar a cabo esta tarea es mediante la participación activa por parte de las mujeres informándose acerca de la importancia de poseer una alimentación saludable, para luego tomar decisiones sobre su propia salud y realizar modificaciones en sus hábitos alimentarios si fuesen necesarios.

Los resultados de los talleres indican una elevada aceptación por parte de las asistentes ya que la mayoría comenta que ha incorporado lo aprendido en la cocina de su hogar, y que haber sido protagonista de la elaboración ha contribuido a la adquisición de hábitos alimentarios saludables y a desmitificar prácticas o creencias alimentarias erróneas en ellas y en los demás integrantes de sus familias.

Promoción de hábitos alimentarios saludables

Gutiérrez Moro⁸ La educación de los hábitos nutricionales del niño debemos comenzarla ya desde el período antenatal, con especial atención a los períodos críticos, convirtiéndonos en el asesor

nutricional de los padres, pero también directamente de los niños y adolescentes.

La educación alimentaria

Grivaldo⁹ dice la Educación Alimentaria y Nutricional se definirá como un Proceso Educativo de Enseñanza-Aprendizaje permanente, dinámico, participativo, integral, bidireccional que tiene por finalidad promover acciones educativas tendientes a mejorar la Disponibilidad, Consumo y Utilización de los alimentos, con un perfil epidemiológico de potenciar y/o reafirmar los Hábitos Alimentarios Saludables y neutralizar o reducir los erróneos, respetando las tradiciones, costumbres e idiosincrasia de las comunidades, contribuyendo al mejoramiento del Estado Nutricional y por ende a la Calidad de Vida de una región o país

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren o retienen, a lo largo de la vida, como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte y se lleva a cabo básicamente a través de dos formas, la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida; es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso de salud-enfermedad y suele complementarse con otros medios de información como las prácticas informales del personal de salud. Y la formal mediante una serie de experiencias de aprendizaje seleccionados que tienen como fin metas específicas, como por ejemplo el sistema formal de educación escolar que va a influir en el grado de instrucción de una persona y determinar su capacidad de

adaptación a la sociedad donde se desenvuelve, así como la respetabilidad de conocimientos y prácticas de cuidados relacionados con la salud.

Educación Alimentaria, una competencia familiar y escolar.

Barrial Martínez¹⁰ La Educación Alimentaria es responsabilidad tanto de la familia como de la escuela. La familia juega un papel decisivo en la educación de los más pequeños de la casa para que adquieran adecuados hábitos alimentarios, pues es a través de la interacción con los adultos que los niños adquieren determinadas actitudes, preferencias, costumbres y hábitos alimentarios que están fuertemente influenciados por las prácticas alimentarias que realiza la familia. Para una adecuada nutrición infantil la base está en el mensaje que el niño recibe en la casa, lo que come en el hogar, el ejemplo que den los padres al respecto, pues en la etapa infantil se aprende por imitación. Es necesario que los padres delante del niño no hagan rechazo a alimentos de alto valor nutricional, ni por el contrario den tanta importancia a aquellos alimentos que poseen un bajo valor nutricional. Los padres deben ser capaces de estimular a los niños para que participen de la planificación, selección, compra, conservación y preparación de alimentos sanos y nutritivos. Estas actividades se deben ajustar a la edad y desarrollo del niño. Por lo general estas actividades las realizan los adultos, sin darle participación a los niños, sin embargo se ha comprobado que dándole participación a los más pequeños se sienten más a gusto e importantes, pues se les tiene en cuenta en el núcleo familiar.

Es fundamental rescatar y promover la costumbre de comer en familia, pues de esta forma se puede influir positivamente sobre los hábitos alimentarios en los miembros más jóvenes que integran el hogar. Esta práctica permite informar a los más pequeños sobre la importancia de consumir una alimentación balanceada y cómo obtenerla a través del consumo de alimentos que aportan los nutrientes que el organismo requiere. Además permite orientar el comportamiento de los niños y jóvenes en la mesa, sus actitudes, modales, así como el uso adecuado de los cubiertos. “Los hábitos alimentarios son el resultado de múltiples influencias personales, culturales, sociales y psicológicas. Para la creación de buenos hábitos, la familia debe tener en cuenta lo siguiente:

- No pelear con el niño por la comida, el error más común es intentar que coman por la fuerza. La estrategia consiste en ofrecer el alimento en cuestión en forma atractiva y combinarlo con otros alimentos que el niño ya conoce y son de su agrado.
- No hacer que la comida sea el tema central de diálogo.
- Acostumbrarlos a desayunar.
- Planificar paseos o juegos antes de la hora de la comida; ya que pueden estimular el apetito.
- Elegir momentos tranquilos para la comida: si las cosas transcurren placenteramente, el niño puede aceptar innovaciones más fácilmente.
- Servir porciones pequeñas, de acuerdo al tamaño del estómago del niño según la edad.
- Comer en mesas pequeñas acorde a su tamaño.

- Dejar pasar una cantidad de horas adecuadas entre comida y comida.
- Permitir que colaboren en lo relacionado con los alimentos: si el niño participa en poner la mesa, hacer las compras, lavar las hortalizas y frutas o simplemente sacar los alimentos de la heladera.”

Los círculos infantiles y las escuelas también juegan un papel importante en la Educación Alimentaria y Nutricional con el objetivo de mejorar la conducta alimentaria, para elevar la calidad de vida de la población. Desde los primeros años de vida cuando los niños ingresan al círculo infantil aprenden a comer diferentes tipos de alimentos y adquieren independencia, pues son capaces de ingerir los alimentos por sí mismos. Cuando se incorporan a la escuela, el profesor tiene la responsabilidad de explicarle los tipos de alimentos, sus funciones, y de velar por sus estudiantes para que tengan un buen comportamiento en el comedor, así como buenas prácticas alimentarias.

Educación para la salud

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS)¹¹, la Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria,

incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Siendo considerada como una herramienta para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y un eje fundamental de la atención integral en salud, el cual tiene como misión crear espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a su salud. Así en el primer nivel de atención al tener el primer contacto inicial de los individuos con el sistema de salud, es prioritario implementar la educación para la salud, en función de la promoción y la prevención de la enfermedad, para dirigirla especialmente a la población sana y participen en la identificación de problemas y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo responsabilidades sobre ella.

Al **respecto Nola J. Pender**¹², desde una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y el aprendizaje de la teoría como base para el Modelo de la Promoción de la Salud, identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de la salud, basado a través de la identificación de la importancia de la salud, control percibido de la salud, auto eficacia percibida, definición de la salud, estado de salud percibido, beneficios percibidos de las conductas promotoras de salud, y barreras percibidas de las conductas promotoras de salud, las cuales promueven el compromiso de las conductas de salud. El modelo de promoción de la salud aporta una solución enfermera a la política sanitaria y la

reforma de política de salud ofreciendo un medio para comprender como los consumidores pueden verse motivados para alcanzar su salud personal. Gracias a este modelo se establece las relaciones entre factores que influyen en las conductas de salud, entre ellas se encuentran:

- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados, valorados de forma personal.
- El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida, que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
- Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian a una conducta, la probabilidad de compromiso y acción aumenta.
- Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencia interpersonal que puede hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
- Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.

La Educación para la salud es considerada como un fenómeno pedagógico, el cual implica la existencia de un proceso de enseñanza aprendizaje.

La enseñanza, es la transmisión de información mediante la comunicación directa o apoyada en la utilización de medios auxiliares. Las actividades de enseñanza buscan desarrollar las facultades individuales para conseguir los objetivos de la acción de capacitación. Para conseguir una enseñanza efectiva se requiere de objetivos educativos, adaptados a las características de las personas a las que se dirige la educación, así como a la disposición de recursos educativos propios y apropiados.

El proceso de enseñanza - aprendizaje es un proceso intencional y activo donde con todas las habilidades y conocimientos que ha adquirido, la persona construye ideas y significados nuevos, al interactuar con su medio ambiente. Deriva en un cambio de la estructura cognoscitiva, que es la suma de conocimientos y habilidades del pensamiento, más o menos organizadas, que se han adquirido a lo largo de toda la vida y que determinan lo que una persona percibe, puede hacer y piensa, cabe mencionar cuando el aprendizaje es significativo, produce un cambio, duradero en la forma de actuar, pensar y sentir de las personas.

La Educación para la Salud privilegia a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades antes que la asistencia curativa, considerando los recursos con que cuenta la comunidad y propiciando su participación en la identificación y solución de los problemas tendente a mejorar la calidad de vida colectiva. De ahí que la enseñanza debe ser realista, siendo importante el uso de enfoques innovadores participativos, considerando al sujeto como un individuo adulto y teniendo en cuenta los fundamentos de la

andragogía en la educación de adultos. Actualmente se propicia el aprendizaje en el sujeto para que responda, al que, al cómo y al para qué se aprende, logrando un aprendizaje significativo con juicio crítico, valores y actitudes acorde a las exigencias sociales. Dentro de las técnicas participativas, en el cual se fomenta la participación activa, intercambiando ideas u opiniones, realizando para ello el análisis crítico y reflexivo adoptando el profesor una posición de facilitador, conductor, y guía que promueve el aprendizaje en una relación horizontal donde se valora todos los aportes, obtenidos por la experiencia personal u obtenido por la educación formal. Dentro de las técnicas participativas tenemos; la lluvia de Ideas, el taller, la demostración, la re demostración, la exposición dialogada, trabajo en grupo, entre otros.

Esquema de las etapas de la Educación Interactiva

Revista de Salud Pública “Propuesta Metodológica Para La Educación Nutricional”

Explicación de cada etapa en la Educación Interactiva

- I. Antes de iniciar una sesión educativa, debe realizarse la **contextualización**, etapa esencial para lograr los objetivos de la educación. Durante la contextualización, el educador debe, primero, conocer las características de sus educandos, incluyendo aspectos relevantes para el tema por tratar y, en segundo lugar, debe adecuar los mensajes de la educación a los educandos. Es importante conocer algunas características tales como: edad, sexo, nivel educativo, oficio, horario de trabajo, lugar de residencia, estilo de vida, situación de salud,

hábitos alimentarios, disponibilidad de alimentos, intereses y contacto previo con el tema. Aunque no se conoce de antemano cuáles individuos participarán en la sesión educativa, pueden conocerse las características del grupo de población al cual pertenecen. Para adecuar los mensajes al grupo de educandos, el educador debe tratar de ponerse en el lugar del educando y preguntarse:

¿Qué motivaría al educando sobre el tema?, ¿cuál es el conocimiento del educando sobre el tema?, ¿qué debe saber el educando para poder cambiar sus prácticas?

Durante la contextualización, el educador debe pensar en la situación de sus educandos en relación con el tema por tratar, para poder prever, en el mayor grado posible, las preguntas e inquietudes que probablemente surgirán durante las sesiones educativas. De esta manera, el educador estará mejor preparado para responder a las preguntas y situaciones que se susciten durante las sesiones.

2. La sesión educativa debe iniciarse con una pequeña **introducción**. Si el grupo no se conoce desde antes, debe presentarse. Después, se informa al grupo sobre el tema por tratar, la razón de escoger este tema y la relevancia para ellos. Durante la introducción, debe motivarse al grupo y despertar su interés por el tema. (Tiempo: 2 a 10 minutos).
3. Luego de la introducción, sigue la etapa de **elicitación**. Elicitar significa extraer u obtener la información deseada mediante estímulos. Este espacio sirve para que el educador conozca,

con más detalle, lo que los educandos conocen del tema y cuáles son sus experiencias y prácticas. No es para indagar cuánto saben del saber del educador, sino para que el educador conozca el saber o la realidad de los educandos sobre el tema. El educador puede usar diversas dinámicas para estimular al educando, para que aporte, en forma natural, de sus conocimientos y experiencias en relación al tema. El papel predominante del educador, en esta etapa, es escuchar al educando y no debe corregir conceptos que él/ella considera incorrectos. Con base en la información que recibe el educador, debe decidir cómo seguir con las siguientes etapas de la sesión. Si los educandos demuestran conocimientos y prácticas acordes con los mensajes de la sesión, el educador debe referirse a ellos para reforzarlos en la etapa de explicación que sigue. Al contrario, cuando el educando demuestra conocimientos o prácticas no favorables para los mensajes, el educador debe hacer la aclaración (de manera que no descalifique al educando) en la etapa de explicación. Esta etapa es motivante para el educando, por el hecho de que él/ella aporta a la sesión sus conocimientos, experiencias y prácticas. (Tiempo: 5 a 15 minutos).

4. Con base en lo que el educador comprobó o aprendió en la etapa anterior, da una **explicación** de su tema y los educandos efectúan un análisis de este. En este momento, el educador realiza su exposición utilizando todos los principios de una buena comunicación y didáctica, por ejemplo, pocos mensajes

y que estos sean claros y cortos, ayudas visuales, demostraciones, etc. El educador tiene que incorporar dentro de su explicación, lo que aprendió en la etapa de felicitación. Debe partir de lo conocido por el educando para introducir lo nuevo; debe usar ejemplos basados en situaciones presentadas por los educandos y no debe contradecir sino modificar las prácticas del educando. Debe llegarse a una explicación nueva, una síntesis de los aportes de los dos saberes. Aunque en este momento es el educador quien está presentando su saber, debe hacerlo en una forma suficientemente coloquial, de diálogo, para no romper con el esquema de comunicación establecido en la etapa anterior y para permitir que el educando participe corrigiendo interpretaciones del educador sobre su realidad, cuestionando el porqué del nuevo elemento e indagando por dónde entra este nuevo elemento en su esquema anterior de conocimientos. Este es el análisis que el educando va a hacer del material presentado por el educador y este análisis tiene que ser estimulado por el educador, quien tiene que mostrarse abierto al diálogo. (Tiempo: 10 a 20 minutos).

5. Después de la etapa de explicación, sigue la etapa de **reproducción**. El objetivo de esta etapa es asegurarse que los mensajes explicados en la etapa anterior fueron captados e interpretados en forma correcta por los educandos, quienes devolverán al educador los elementos de la explicación con sus propias palabras. La reproducción puede realizarse en forma

de preguntas al grupo de educandos o por medio de dinámicas, que elicitan del educando la respuesta deseada. Si el educador observa respuestas inadecuadas, debe buscar la manera de ajustarlas, sin que el educando se sienta ofendido. Si en esta etapa se notan problemas en la captación e interpretación de los mensajes tratados en la etapa anterior, debe repetir la parte de la explicación que le corresponde. Esta etapa debe ser muy corta porque, al extenderse mucho, pierde el interés del grupo. (Tiempo: 2 a 5 minutos).

6. En la etapa de **aplicación**, los educandos usan la información analizada en la etapa de explicación, en el sentido de aplicarla a situaciones lo más parecido posible a su vida real. En esta etapa, pueden utilizarse diversos tipos de dinámicas apropiadas al tema y entretenidas para los educandos. Esta etapa continúa, de forma más individualizada, la internalización del mensaje. Permite que los educandos realicen el proceso de razonamiento y de auto convencimiento. Lleva a los educandos un paso más cerca de poner en práctica sus nuevos conocimientos, porque los aplican a situaciones que son reales y relevantes para ellos. Debe obligar al educando a pensar y decidir de qué manera puede poner en práctica lo aprendido durante la sesión. De esta manera, se insta al educando a que cambie su comportamiento. Cuando los educandos participen en varias sesiones, en la siguiente sesión deben retomarse las resoluciones individuales de cambiar una práctica. En esta etapa, el educador debe tomar un papel menos controlador y

observar, apoyar y facilitar a los educandos la aplicación de los nuevos conocimientos (Tiempo: 5 a 15 minutos). (80)

Las primeras experiencias al aplicar la Educación Interactiva han producido resultados favorables y, aunque es esencial contar con múltiples sesiones para lograr un cambio en las prácticas del educando, en ocasiones en que el educador cuenta con una sola sesión con el/los educando (s) la Educación Interactiva ha demostrado ser un instrumento útil. Para cumplir con el papel de un educador en la Educación Interactiva, él/ella debe poseer las siguientes cualidades:

- a) Tener un interés en la situación de los educandos y un deseo de ayudarlos, para lograr un mejor nivel de salud y nutrición.
- b) Ser sensible a las necesidades y características de cada grupo de educandos, para poder planear la sesión educativa de tal forma que esta resulte apropiada.
- c) Ser flexible durante el desarrollo de la sesión para variar lo planeado según los intereses y necesidades del educando.
- d) Ser organizado y responsable en cuanto a la dedicación de suficiente esfuerzo y tiempo, para planear adecuadamente cada sesión.

Principios básicos de la educación en salud

- _ **El principio de la relevancia:** Busca integrar las necesidades e intereses de las personas y de su contexto familiar y social, en el proceso de educación.

- _ **Principio autotélico:** Es aquel que impide que la educación se dé forzada o impuesta, más bien que obedezca a la propia motivación de las personas.
- _ **Principio de las perspectivas:** Es aquel en el cual la educación debe proveer opciones de conocimientos y no dogmas, así mismo debe suministrar diversos medios y formas para acceder al conocimiento.
- _ **Principio productivo:** Indica que toda experiencia educativa debe organizarse de tal manera que permita articular lo nuevo con las experiencias anteriores, a la vez que facilite su utilización en la práctica.
- _ **principio reflexivo:** El proceso educativo debe facilitar la retroalimentación permanente a nivel individual y grupal, desarrollando la capacidad reflexiva sobre su práctica.
- _ **Principio de la Unidad:** Para enseñar ya aprender es necesario tener una actitud y una práctica permanente del aprendizaje. No se puede enseñar si no se aprende las características, necesidades y posibilidades de quien aprende, y quien aprende también enseña.

El conocimiento

El conocimiento es un conjunto de datos, hechos verdaderos o de información, a través de la experiencia. El conocimiento es una aparición de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. También el conocimiento implica una relación de dualidad entre el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en este proceso el sujeto se

empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: “acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa.

Según Mario Bunge¹³ define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar.

Salazar Bondy¹⁴ define al conocimiento primero como un acto y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social halla unido a la actividad práctica. Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento.

– **Conocimiento empírico.** También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar. Es anecdótico y asistemático. A través de este, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello

logrado a través de experiencias cumplidas al azar, o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad; e, incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva.

- **Conocimiento científico.** Este conocimiento va más allá del empírico, por medio de él se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer las causas. Conocemos una cosa de manera absoluta, dice Aristóteles, cuando sabemos cuál es la causa que la produce y el motivo por el cual no puede ser de otro modo; esto es saber por demostración; por eso, la ciencia se reduce a la demostración.
- **Conocimiento filosófico.** Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia. El filosofar es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. La filosofía es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta.
- **Conocimiento Teológico.** El conocimiento relativo a Dios. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no

con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale, de modo especial, del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.

1.2.2 Teorías de cambio de comportamiento en salud

No hay una sola teoría que domine la educación sanitaria y la promoción de la salud. Ni debería haberla, ya que los problemas de salud, los comportamientos, las poblaciones, las culturas y los contextos de salud pública son amplios y variados. Para una adecuada ejecución y dirección de las acciones de comunicación y educación en salud, se sistematiza a continuación las teorías con mayor acercamiento al campo de la salud tanto a nivel individual y grupal.

1. **Teorías para el cambio individual** Las teorías del cambio individual parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento en la población. En este caso se señala que el nivel individual es el nivel básico para empezar a desarrollar la práctica ya que en el otro nivel, los grupos, organizaciones y comunidades se componen de individuos.
 - a. **Teoría de etapas o estados del cambio.**- Esta teoría (Di Clemente, Prochaska)¹⁵ tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se

identifican cinco etapas diferentes: pre contemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo.

- b. **Teoría de creencias en salud.**- Este modelo de creencias en salud (Hochbaum, Rosenstock)¹⁶ aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Este modelo resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello. El modelo de creencias en salud tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituye un problema suscita una motivación de salud, ya que precisamente es su punto central o de partida de todo proceso

2. **Teorías para el cambio grupal** Según estas teorías, el diseño de iniciativas de promoción de la salud para prestar servicios en grupos o comunidades es importante (y no solamente las que se dirigen a los individuos). Por eso, estas teorías están ubicadas en el campo de la salud pública. Desde este punto de partida se afirma que el bienestar colectivo de los grupos se puede estimular mediante la creación de estructuras y políticas que apoyen estilos de vida saludables (como soporte) y mediante la reducción o eliminación de los peligros en los entornos sociales y físicos. Las teorías para promover el cambio de comportamiento a nivel grupal sirven para comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones. Estos modelos son

esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud, complementando los otros modelos individuales. Los modelos para promover cambios de comportamiento a nivel grupal sugieren estrategias e iniciativas que son planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud: escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención de salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales.

1.2.2. Dimensiones de promoción de alimentación y nutrición de un nivel socio cultural

Barrial Martín¹⁷ La alimentación no son sólo procesos digestivos, sino que entorno a ellos encontramos una serie de valores y expresiones culturales que tienen que ver con el hombre en disímiles contextos: en lo social, psicológico, económico, simbólico, religioso. Esta lleva implícitas cuestiones morales, de prestigio, de poder, estatus y es considerado y apreciado como un arte. Todos nos alimentamos es por ello que se hace imprescindible establecen entre el hombre y los alimentos en el que predominan la socialización, las formas de economía, las tradiciones conservadas a lo largo de los años, resaltando la importancia de los alimentos en el contexto sociocultural en el que se desenvuelven los sujetos.

La alimentación desde el punto de vista **sociocultural**:
“Nivel social: Posiciones y relaciones entre individuos, en cierto contexto espaciotemporal. Implica también ciertos roles o papeles y normas asociados a ellos, así como la composición de una sociedad en distintos grupos (conjuntos con conciencia y

reconocidos como tal), categorías (de etnia, raza, edad o género). Dicha composición según categorías y grupos nos lleva a hablar de estructura social (diferenciación de posiciones de los sujetos)

En el nivel social nos fijaremos en las relaciones sociales, y con ello en las formas de comensalidad.

Nivel cultural: este nivel incluye los conocimientos y concepciones del mundo social y natural así como de la tecnología. También incorpora la relación y vínculos entre sociedades distintas. Las culturas son puestas en práctica por grupos humanos específicos (de clase o de etnia entre otros) en un determinado contexto socio histórico. Todo lo social tiene algo de cultural. Lo de específico que tiene es que se trata como de su vertiente simbólica. De lo que da significado, a todo lo que se dice, se hace y se piensa en una determinada sociedad.

Nivel económico: El de la esfera de la producción, distribución y consumo de bienes y servicios. En nuestro caso, lo aplicamos a la alimentación.

Nivel político: En un sentido restringido atañe a la lucha por el poder, y al ejercicio de éste con una autoridad más o menos legítima. Tiene que ver con la administración y dirección de los bienes y servicios públicos, particularmente a través de leyes. En un sentido amplio, todo intento de tener poder en el espacio público, por parte de individuos, así como las formas de resistencia o consentimiento individual de la aplicación de dispositivos de poder (legal, militar, político, educativo, de

género) es político. En el caso de la alimentación, ciertas decisiones " políticas " afectan a la producción, distribución y consumo de alimentos y bebidas.

El proceso de alimentación es una cadena de hechos que incluye el cultivo, producción, distribución y consumo de los mismos, así como una serie de leyes y políticas que pueden favorecer o afectar las esferas antes mencionadas. Tiene asociado toda una serie de elementos culturales y sociales como tradiciones, costumbres, religión, raza, etnias, formas de comensalidad. Tiene una carga de significados, valores y permite la socialización entre los diferentes grupos. La alimentación está relacionada con la vida cotidiana, con la realidad sociocultural en la que se desenvuelve el hombre, la cual incluye tanto aspectos objetivos como subjetivos. Además se hace extensiva a las diferentes esferas de la vida como la economía y la política que si se usan adecuadamente pueden contribuir a garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de cada región, pueblo o país, garantizando el acceso a los alimentos de forma segura y estable y tomando medidas o dictando leyes que favorezcan la disponibilidad, acceso y consumo de los mismos. También está estrechamente vinculada a la cultura y la sociedad pues incluye toda una serie de tradiciones, hábitos, tabúes que se van transmitiendo de generación en generación.

La palabra cultura fue definida primeramente en términos humanistas como forma de cultivación o cultivo de la tierra.

Muchos han sido los conceptos dados sobre esta palabra tan sencilla y que encierra tanto significado.

Antropólogos como Frank Boas, Edward Taylor, Parsons¹⁸, han hecho sus aportes acerca del tema. La cultura son los hábitos, conocimientos, creencias, costumbres, formas de comportamientos, arte, ley, producciones materiales, todo es cultura. Más que algo innato, son un sistema de símbolos creados por el hombre y que son aprendidos. Es adquirible, modificable, aprehensible, es algo que se practica. Gracia Arnaiz (2002) plantea según Guerrero Rivera (2003) que la Cultura Alimentaria¹⁹ “es el conjunto de actividades establecidas por los grupos humanos para obtener del entorno los alimentos que posibilitan su subsistencia, abarcando desde el aprovisionamiento, la producción, la distribución, el almacenamiento, la conservación y la preparación de los alimentos hasta su consumo, e incluyendo todos los aspectos simbólicos y materiales que acompañan a las diferentes fases del proceso”. Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente por Guerrero Rivera la alimentación es determinante para la supervivencia del hombre y asociado a ello existen toda una serie de elementos objetivos y subjetivos que forman parte de la identidad de cada pueblo y tienen sus raíces en la historia de cada uno de ellos. Moreno García (2003)²⁰ en su estudio sobre Cultura Alimentaria plantea que el alimento es “un elemento de funcionalidad o disfunción dado que establece la sociabilidad, contribuye a la

armonía entre algunos grupos e individuos, además de que representa valores, costumbres y tradiciones, y en algunos grupos o sociedades se distingue como un símbolo que en sus diversidades y características representa unidad, tradición, estatus, distinción, en ciertos casos conlleva una carga de significados espirituales o de éxito al ser considerado un elemento de transferencia de actitudes, sentimientos negativos o positivos para con los demás".

Basándonos en los estudios realizados por Moreno García y Guerrero Rivera sobre la alimentación como parte de la cultura podemos decir que la Cultura Alimentaria abarca desde el aprovisionamiento, producción, distribución, conservación, y preparación de los alimentos hasta su consumo. Posee una carga de significados espirituales que están estrechamente vinculados a las creencias, costumbres, tradiciones, valores. Establece relaciones sociales y armónicas entre grupos e individuos. Para algunos grupos o sociedades es un símbolo que representa unidad, status, distinción, tradición. Además la cultura alimentaria implica la promoción de prácticas alimentarias saludables que sean fuente de placer y satisfacción. Las ocasiones o motivos por los cuales las personas se reúnen para comer; los métodos de preparación y conservación de los alimentos; los hábitos de consumo y de horario; las normas de conducta y el orden al sentarse alrededor de la mesa y los utensilios empleados, son elementos que conforman parte de nuestra identidad..

Las comidas habituales tienen la función de satisfacer las necesidades biológicas esenciales del hombre por lo que son las de mayor frecuencia en todo el país. Las comidas que realiza el cubano y por ende el pinareño, responden a una tradición étnica históricamente establecida que propicia la existencia de varios momentos para la ingestión de alimentos: desayuno, almuerzo, comida y merienda.

1.2.3. Dimensiones de alimentación.

Desde hace mucho se ha aceptado que para el humano el alimento representa algo más que los nutrientes o principios alimentarios que contiene. En 1961, Ramos Galván²¹ hizo notar que “La alimentación normal debía considerarse como aquella que permite que los seres vivos perpetúen a través de las generaciones, los caracteres del individuo y la especie”, agregando desde el punto de vista de la pediatría, la alimentación debía juzgarse desde tres ángulos:

El nutricional o dimensión fisiológica, que comprende el estudio de los nutrientes de la dieta. En forma sucinta, **la dimensión fisiológica** tendría por unidad de medida al nutriente (incluyendo la caloría o el joule) por objetivo el proporcionar al individuo las sustancias químicas necesarias para su crecimiento, mantenimiento y regulación metabólica. La aplicación de esta primera dimensión tiene su expresión más completa en la llamada alimentación parenteral prolongada, que han permitido no solo mantener el funcionamiento del hombre,

niño o adulto, sino el de permitir el crecimiento somático adecuado de los niños sometidos a este procedimiento durante periodo prolongado.

El dietológico o psicofísico que sería el estudio de los alimentos que componen la dieta. **La segunda dimensión llamada dietológica** por Ramos Galván se ha transformado en una dimensión que podría llamarse psicofísica; la unidad de esta dimensión sería el alimento en sí, no en sus propiedades de ser vehículo de nutrientes sino en la característica de ser vehículo de estímulos sensoriales a través de sus propiedades órgano eléctricas. El niño es el principio de su vida recibe estimulación básicamente a través de contacto físico, de movimiento y de excitación de sus vías sensoriales. Es aparente que van a ser los alimentos y la alimentación directa o indirectamente, proporcionando oportunidades, los principales elementos de esta estimulación.

Desde el punto de vista de la segunda dimensión dos alimentos o dos formas culinarias de este alimento a un teniendo el mismo contenido de nutrientes, son diferentes y las propiedades órgano eléctricas (consistencia, olor, color, sabor, temperatura, etc.) son diferentes. Esto indica en términos prácticos la necesidad de una alimentación variada y de paso señala también que si bien es cierto que a nivel sub celular da lo mismo que un aminoácido provenga de un alimento o de otro, al nivel del individuo, para propósitos de estimulación, es necesario variar la fuente del mismo nutriente.

El psicológico que comprendería la estimulación que para el desarrollo emocional debería ser efectuado por medio de la dieta.

Además Ramos Galván señala que la dieta al formar parte del contexto cultural del individuo y su grupo, viene a ser en realidad un indicador de ese contexto cultural reflejando en particular la actitud del adulto frente a los alimentos.

El interés que en los últimos años se ha despertado por el conocimiento de los efectos que a largo plazo puede producir una alimentación deficiente consumida en la infancia, particularmente los efectos que pueden tener sobre el desarrollo intelectual y el aprendizaje del individuo, han llevado a considerar con mayor profundidad los diferentes aspectos que para el hombre tiene el alimento y la alimentación. Dentro de esta forma de abordar el estudio de alimentación se ha llegado a definir las llamadas dimensiones del alimento y la alimentación para el niño y la sociedad en que este se desarrolla.

Siendo el hombre primeramente una especie biológica la primera dimensión del alimento y la alimentación vendría estar constituida por aquel conjunto de propiedades del alimento que lo hacen adecuado o inadecuado para la sobrevivencia del individuo como tal. Es decir que la característica definida por Ramos Galván como nutricional se ha agregado hasta abarcar los aspectos fisiológicos que van unidos a la función y utilización por el organismo de los nutrientes contenidos en los alimentos y en la alimentación.

Las dos dimensiones anteriormente citadas pueden considerarse básicamente como de carácter individual, es decir, son acciones o interacciones entre el individuo y el alimento o la alimentación. La tercera dimensión es de tercera dimensión es de interrelación humana y comprende el uso de los alimentos y la alimentación como formas simbólicas de comunicación, primero entre la madre y el niño y posteriormente entre el individuo y su sociedad. Es a través de esta dimensión psicosocial de la alimentación que se manifiesta a muy temprana edad la aceptación o el rechazo del nuevo miembro de la especie. De esta manera un buen número de investigadores han podido documentar patrones de maternaje y la influencia de estos sobre el desarrollo cognoscitivo del niño.

A través de la interacción en la mesa el niño y el inmigrante aprenden y practican los patrones de conducta de la sociedad en que viven y llegan a establecer un claro entendimiento de "rol y estatus" (jerarquía y función) de los diversos miembros que integran el grupo social.

Dimensión	Unidad	Función
Fisiológica	Nutrientes	Proveer al organismo de las sustancias químicas necesarias para su crecimiento, mantenimiento y regulación metabólica.
Psicofísica	Alimento	Proveer al organismo de estímulos sensoriales (consistencia, color, olor, temperatura y sabor)
Psicosocial	Tiempo de comida	Desarrollo de sistemas simbólicos Aprender, practicar y aclarar "rol y estatus".

1.2.3 Bases conceptuales de comportamientos saludables

Comportamiento humano

El **comportamiento humano** es el conjunto de actos exhibidos por el ser humano y determinados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona y los valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética.

El comportamiento humano desde los inicios de su historia se ha tratado de estudiar y comprender, esto para tratar de aprovechar sus características en el desarrollo de actividades o mejorarlo para permitirle al mismo vivir de una mejor manera, ya sea observando sus fortalezas, mejorando esos aspectos y tratar de disminuir las debilidades aumentando la atención en los puntos en los que generalmente el ser humano suele fallar.

Muchos consideran el comportamiento humano algo muy complicado, sin embargo no lo es, puesto que desde sus inicios el ser humano ha demostrado su interés de aprender sobre lo que lo rodea y aprovecharlo para su beneficio y comodidad, si bien el ser humano es curioso, también es creativo, al inventar toda una serie de formas para comunicarse, desde el lenguaje por señas, el escrito, incluso el oral, entre otras muchas más cosas que ayudaron a facilitar la vida del ser humano, así como su supervivencia. Otro aspecto importante sobre la forma de ser de las personas es el hecho de la manera en la que éstas aprenden; siendo esto la imitación, este recurso es muy utilizado por el ser humano desde la antigüedad, evidentes ejemplos de esto es el hecho de que

mediante la copia o imitación se aprende a hablar o caminar. Algunos de los inventos se basan en la imitación de la naturaleza como lo es el caso de los aviones, imitando la anatomía de las aves o el del helicóptero, siendo muy parecido a las libélulas. El aspecto del comportamiento, en el cual las personas deben poner atención, es el hecho que la imitación está presente y posee mucha relevancia ya que desde la infancia se fomenta el imitar como una manera de aprender, así se aprende a hablar, caminar entre otras cosas; de esta manera muchos prácticamente adoptan la personalidad de otra persona, por lo cual las personas deben tener cuidado en su forma de actuar, ya que aquellos quienes tienden a copiar lo que ven son los infantes que siempre tienen en mente ser como su “héroe” es decir a quien admiran.

En primera instancia, se tiene a los padres o tutores encargados de los infantes como figura, de los cuales, en sus primeros pasos tendrán como ejemplo durante esta etapa. El comportamiento humano de los infantes, es en su mayoría, el reflejo de lo que observa y oye en su entorno, como su hogar, la escuela o los lugares a los que normalmente concurre, así como de las personas de las que se rodea, padres, hermanos, familia en general, maestros, compañeros, etc.

Cuando el infante empieza a dejar la infancia para convertirse en preadolescente, empezaran cambios físicos y psicológicos, que drásticamente irán en torno a su comportamiento humano, ya que la etapa de cambio, genera la entrada a un nuevo modo de pensar, se viven situaciones muy diferentes que en los primeros años de vida.

El comportamiento de la persona (así como de otros organismos e incluso mecanismos), cae dentro del rango de lo que es visto como lo común, lo inusual, lo aceptable y por fuera de los límites aceptables. En sociología el comportamiento es considerado como vacío de significado, no dirigido a otro sujeto y por lo tanto una acción esencialmente humana. El comportamiento humano no puede confundirse con el comportamiento social que es una acción más desarrollada y que está dirigido a otro sujeto. La aceptación del comportamiento es relativamente evaluada por la norma social y regulada por diferentes medios de control social.

El comportamiento de la gente es estudiado por las disciplinas académicas de la psicología, la sociología, la economía, la antropología, la criminología y sus diferentes ramas.

Relación con su entorno: el hábitat del hombre no adaptación sino transformación.

El animal está vinculado a su entorno. Entorno en el que encuentra satisfacción a sus estímulos y eso le basta. Es verdad que el hombre también busca la satisfacción de sus instintos pero, al mismo tiempo, se hace cargo de mucho más, conoce otras muchas realidades y se interesa por ellas aunque no le sean útiles ni le proporcionen una satisfacción.

Para la ardilla no existe la hormiga que sube por el mismo árbol. Para el hombre no solo existen ambas sino también las lejanas montañas y las estrellas, cosa que desde el punto de vista biológico es totalmente superfluo.

El animal capta y conoce una parte del mundo lo que necesita del mundo, y eso es para él "Todo el mundo". El hombre está abierto a todo el mundo, o mejor, a todo el ser.

El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que se sabe y lo que se cree afecta la manera de cómo se actúa. Los conocimientos es necesario, pero no suficiente para producir cambios del comportamiento; mucho más cuando se trata de hábitos, costumbres y conductas alimentarias arraigadas y transmitidas de generación en generación.

El cambio de comportamiento es un proceso y no un acto.

El asumir nuevos hábitos alimentarios, entiéndase por ello conductas alimentarias más saludables, implica un proceso a largo plazo donde hay que tener en cuenta los factores culturales como son las costumbres culinarias que devienen de las migraciones, los procesos de colonización y los productos que se cosechan en cada región. También las creencias religiosas juegan un papel importante pues sus adeptos tienen prohibido comer determinados tipos de alimentos. En sentido general las prácticas alimentarias se ven influenciadas por factores individuales como motivaciones, gustos, creencias, conocimientos, experiencia; y por factores sociales como la familia, los amigos, las normas sociales, políticas locales, estatales. Unido a ello se encuentra la disponibilidad de los alimentos y la posibilidad económica que posee el individuo, la familia, la comunidad o el país para adquirir o producir los alimentos necesarios.

Modificación/Cambio del Comportamiento de Riesgo

La realidad es que no es fácil cambiar una vieja costumbre que realizamos todos los días. Esto es un proceso de aprendizaje. Muchas personas se ven en la obligación de modificar sus hábitos cuando ya es muy tarde, i.e., cuando la enfermedad se adquiere. No obstante, nunca es tarde para algo bueno. Si posees la condición, trata de que no se reincidas en ella o manténgala bajo control mediante comportamientos saludables y el tratamiento médico apropiado.

Motivando un Comportamiento Saludable/Responsable

Edgar Lopategui 2000²² El comportamiento es aprendido, por lo tanto, se puede "des-aprender". Pocos comportamientos se pueden cambiar únicamente a través de la fuerza de voluntad. La reincidencia de los comportamientos de riesgo es un factor que determina el éxito que pueda obtener un programa de modificación de conducta. Algunos comportamientos son más difíciles de cambiar que otros. Entre más complejo sea el comportamiento, más difícil será de cambiar. Algunos comportamientos son difíciles de modificar porque no son fácilmente controlables.

Factores esenciales para la motivación de un comportamiento saludable:

- Poseer un conocimiento cierto y factual de cuáles son las formas de comportamiento saludable y porqué nos pueden ayudar a nuestro bienestar.

- Actitudes saludables. Esto es muy importante para un cambio permanente en la conducta. Nos ayuda a poseer un cuadro positivo de referencia mediante el cual se podrá aplicar nuestro conocimiento sobre salud y los hábitos positivos. Los tipos de actividades y perspectivas hacia la vida recomendadas son, a saber:
 - Asumir una responsabilidad y compromiso individual para el desarrollo de una óptima calidad de nuestra salud. La creencia de que comportamientos responsables podrán resultar en beneficio a nuestro bienestar. Esto es reconocer que los estilos de vida poseen una gran influencia para nuestro nivel o estado de salud.
 - Desarrollar un sentimiento que manifieste el control de nuestra vida y destino. El auto control incita a la motivación y a la responsabilidad personal para vivir saludablemente. La capacidad para percibir que la vida se encuentra en nuestras manos ayuda a la salud emocional y mental.
 - Mantener un enfoque positivo/optimístico hacia la vida. Esto significa querer y apreciar la vida y aspirar a todos sus placeres que nos ofrece. Implica mantener expectativa de la dirigida hacia la salud (en vez de hacia la enfermedad), lo cual nos ayuda a sentirnos auto realizados.
 - Buena percepción de nuestra autoestima. Sentirnos de valía ante las situaciones que nos ofrece la vida. El apreciar nuestro mérito individual hacia la vida nos ayuda a cuidar mejor de

nuestra salud y de disfrutar lo mejor que la vida nos puede ofrecer.

- Tener la intrepidez y coraje de enfrentar nuevos retos en la vida. Vislumbrar los cambios o retos recientes como nuevas oportunidades. Se requieren tomar riesgos para lograr comportamientos que promuevan la salud (e.g., las relaciones íntimas).
- Ser tolerante/paciente hacia las imperfecciones que usted y otros poseen. Solo frustraciones y predisposiciones a sentencias de fracaso se obtienen en situaciones donde usted demanda perfección con metas imposibles de alcanzar. El exigir perfección a otros crea dificultad en sus relaciones.
- Concentrar su atención personal hacia otros en vez de hacia usted mismo. La auto centralización tiende a enfocar la atención a toda mínima molestia presente, la cual puede crear incompetencias provocadas por problemas triviales o de poca importancia.

Factores que interfieren con el desarrollo de hábitos de salud preventivos/responsables:

Factores de predisposición. Se refiere a aquellas cosas que acarreamos a la situación, tales como:

- Nuestro conocimiento (falta de conocimiento), creencias y valores. La adquisición de información adecuada sobre salud es esencial para poder comprender las posibles consecuencias de nuestras acciones. Con frecuencia, la información

incompleta conduce a ideas y prácticas erróneas debido a la distorsión de los conceptos de salud.

- Nuestras actitudes.
- Nuestro patrimonio cultural/étnico.
- Variables demográficas selectas (edad, sexo, ingreso, educación, entre otras).

Factores permisores. Son aquellos factores que permiten que nuestras decisiones que afectan nuestra salud sean más convenientes (factor permisivo positivo) o más difíciles (factor permisivo negativo). Por ejemplos:

- La disponibilidad y accesibilidad de las facilidades deportivas o recreativas. La localización de una piscina en un vecindario peligroso no motiva a la práctica de la natación (factor permisivo negativo) como lo sería una piscina cerca de su residencia (factor permisivo positivo).
- El compromiso y prioridad hacia aspectos que promuevan la salud que se posea a nivel comunitario y gubernamental.
- Las destrezas relacionadas con la salud.
- **Factores de refuerzo.** Describe la presencia o ausencia de apoyo, aliento/estímulo o desaliento que traen a una situación específica personas allegadas a su vida. Ejemplos de la vida real son:
 - El apoyo de la familia para aquellos fumadores tratando de dejar el vicio. Si la familia continuamente fuma en su presencia, la probabilidad de que evites la tentación de fumar disminuye.

- El apoyo o falta de apoyo de amigos/compañeros, compañeros de trabajo, maestros, los proveedores de salud, entre otros.

Otros factores. Podemos incluir como otras situaciones que impiden crear hábitos saludables obstaculizán las siguientes:

- Una política económica enfatizando la producción y consumo sin énfasis recíproco sobre una responsabilidad individual por sus consecuencias. Me refiero al mercadeo de productos y anuncios (productos para rebajar, vitaminas, ayudas para hacer ejercicio, productos de higiene personal, promoción de gimnasios, de cereales azucarados, juguetes peligrosos, bebidas alcohólicas, programas para dejar de fumar, entre otros) basado en atracciones seductivas que ofrecen una promesa/exceptiva con resultados inmediatas y fáciles. La salud no es una comodidad que se puede comprar. La responsabilidad requiere que se realicen esfuerzos por evaluar los diferentes reclamos/demandas hechas por productos y servicios de salud y luego actuar sobre la base de ese conocimiento.
- Centros de salud donde el enfoque es tratar enfermedades (responder a dolencias) en vez de enfatizar la promoción del bienestar (mantenimiento de la salud). Se debe educar y motivar a las personas, de manera que entiendan los factores de comportamiento, culturales y ambientales que afectan a la salud.

Métodos Disponibles para la Modificación del Comportamiento

Existe una variedad de medios empleados para cambiar la conducta de riesgo. En mi opinión, la mejor manera de modificar positivamente nuestros comportamientos indeseables es tratando de uno mismo controlarlos, i. e., automanejo o autocontrol. En los siguientes párrafos se describen las técnicas más comunes para la modificación de comportamientos de riesgo.

Evaluación del comportamiento. Representa el primer paso a seguir en cualquier programa de modificación del comportamiento. Consiste en realizar una evaluación precisa del comportamiento a ser modificado utilizando técnicas de monitoreo y de recopilación de la información.

- Técnicas de auto monitoreo. Un ejemplo puede ser el mantener una contabilidad diaria de un comportamiento específico.
- Recolección del comportamiento observado. En esta fase se:
 - 1) determina la frecuencia del comportamiento, 2) describen las situaciones en que ocurre dicho comportamiento, y finalmente
 - 3) observan las consecuencias.

Técnicas y Recomendaciones Autorrealizables Utilizadas para la Modificación del Comportamiento

Se han desarrollado diversos métodos y estrategias generales para controlar la conducta de riesgo. El lector no tiene que obligatoriamente seguir todas estas técnicas y sugerencias, sino

escoger aquellas que puede incorporar en su programa de modificación de sus comportamientos de riesgo (véase Tabla 5).

Técnicas para la Modificación de Conducta

- **Contrato/convenio:** Debe tener como objeto el cambio de un comportamiento específico:
- **Adaptación:** Ajustar un cambio de comportamiento a tu propio estilo de vida, limitaciones y metas. Cualquier programa de modificación de conducta debe adaptarse a tus necesidades e intereses.
- **Reducción gradual:** Disminuir el comportamiento de riesgo paulatinamente a lo largo de un período de tiempo.
- **Apoyo social:** Es importante para motivación y ayuda. Por ejemplo, un familiar o amigo puede preguntarte como te va, felicitarte o recompensarte si vas bien, o trabajar contigo para ajustar tus metas o actividades según sea necesario.
- **Ayuda profesional:** Esta asistencia puede ser provista por psicólogos, especialistas del ejercicios (e.g., fisiólogos del ejercicio o entrenadores personales certificados), nutricionistas licenciadas, educadores en salud, entre otros. Con la ayuda profesional se adquiere la necesaria información y asistencia para alcanzar tus metas de comportamiento.
- **Sistemas de recordatorio:** Consisten en escribir notas para la meta que desees alcanzar para un cambio de comportamiento específico. Estas notas se pueden colocar en las puertas del baño o nevera, en el espejo del baño, entre otros posibles

Desarrollo de un Plan de Auto-Ayuda Para Promover un Cambio Hacia un Comportamiento Saludable

Se describen una serie de pasos sugeridos para modificar por sí mismo el comportamiento:

Pasos a Seguir para Alcanzar una Salud Optima

- a)** Contrato/convenio
- b)** Adaptación
- c)** Reducción gradual
- d)** Apoyo social
- e)** Contrato/convenio
- f)** Reducción gradual
- g)** Adaptable
- h)** Ayuda profesional
- i)** Eslabones de comportamientos encadenados
- j)** Comportamientos responsables visualizados

1.2.3.1 Teorías del cambio de comportamiento

La creación de programas educativos nutricionales, requiere de conocer conceptos y teorías relacionadas al proceso de educación sanitaria. Es así que actualmente, la educación nutricional se considera como un instrumento de intervención en el marco de la promoción de la salud, lo que facilita políticas de protección y utilización de recursos para que ese deseo de cambio de comportamiento a favor de la salud, estimulando por la educación, sea factible. Las teorías del cambio de comportamiento, proporcionan una base para comprender e influir sobre el comportamiento humano en general; así mismo, ayuda a comprender la índole de los comportamientos a los que se quiere

llegar en una variedad de técnicas, basadas en diferentes disciplinas, que permitan analizar los aspectos humanos y sociales; así como, diseñar soluciones específicas.

Para el trabajo de promoción de la salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambiarlos. Desde una perspectiva integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: Son influenciados en múltiples niveles (por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su entorno, permitiendo que los programas educativos sean continuos y complementarios, dando la oportunidad de ser más exitosos. Dos conceptos clave dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal:

- El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos.
- El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambios de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y factores del entorno social.

a) Teoría del aprendizaje social propuesto por **(Albert Bandura 1977)**²³, enfatizando la capacidad de aprender, a través de la observación a un modelo o recibiendo instrucciones, sin la experiencia directa del sujeto. Se puede aprender tanto por

observación como por ejecución directa o vicaria (a través de terceras personas) y por la combinación de ambas fuentes de aprendizaje, quien ha identificado 4 pasos a partir de cual se da el aprendizaje por observación:

- **Atención** (percibir aspectos relevantes del comportamiento del modelo)
- **Retención** (Capacidad para codificar y almacenar en la memoria los eventos modelados).
- **Reproducción motora** (Convertir en acción la observación recordada. Fase donde el observador ejecuta las conductas que han sido modeladas).
- **Motivación** (Estar motivado para adoptar el comportamiento. No basta con: observar, almacenar y potencialmente reproducir la conducta hay que estar motivado para que se produzca el aprendizaje). Entre los conceptos formulado por Bandura como importantes para la promoción de conductas saludables están:
- **Capacidad de conducta**, asegurar que las intervenciones de salud provean a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica, tal como usar un condón o seleccionar comidas bajas en grasa
- **Expectativa**, asegurar que las intervenciones de salud enfatizan los beneficios y resultados positivos de la conducta enriquecedora de la salud
- **Aprendizaje por observación**, asegurar que las intervenciones de salud incluyan modelos creíbles de conducta saludable y que contengan beneficios positivos

- **Auto-eficacia**, asegurar que las intervenciones de salud aumenten la confianza del individuo en su habilidad para realizar la conducta especificada
- **Determinismo recíproco**, recordar que los comportamientos son el resultado de interacciones entre la persona y su entorno, y asegurar que las intervenciones incorporen acciones relacionados con el entorno. La Teoría de Aprendizaje Social deja en claro la importancia de desarrollar programas de comunicación en salud que incorporar estrategias promoviendo estilos de vida saludable del individual y del entorno.

1.2.3.2 Dimensiones de comportamientos.

a) Dimensión de psicológica de la salud.- La alteración desfavorable del estado biológico de un organismo se da siempre a través de procesos biológicos y fisicoquímicos. Pero los procesos nocivos operan ambientalmente a través de las prácticas sociales y culturales de los individuos (a través del comportamiento). La prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando (Ribes, 1990)²⁴

Dos, fundamentalmente:

- **El comportamiento**, que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente

➤ **Las competencias** definen la efectividad de un individuo para interactuar con las situaciones que, directa o indirectamente, afectan el estado de salud y la forma consistente con la que se entra en contacto inicialmente con las situaciones que pueden afectar su salud (personalidad)

b) Dimensión comportamiento social

Se propone que el comportamiento social es exclusivamente humano, y que ello está determinado por la naturaleza del medio de contacto que posibilita las interacciones sociales como relaciones cuyas consecuencias son diferidas en tiempo y espacio. El medio de contacto de lo social, a diferencia de otros medios de contacto (el físico-químico y el ecológico) es de carácter convencional, históricamente cambiante e infinitamente diferenciado. Se trata de un medio de contacto articulado mediante y en la forma de lenguaje, cuyos elementos constitutivos son las instituciones, como sistemas de relaciones de convivencia dados por las costumbres características de una cultura. Sus dimensiones funcionales son el poder, el intercambio y la sanción. Se examina la estructura funcional de estas dimensiones y sus interrelaciones, y se argumenta la necesidad de caracterizarlas en cada tipo de formación social para poder analizar experimentalmente el

comportamiento social, como interacciones entre individuos (Ribes-Iñesta).

Tradicionalmente, la psicología ha abordado el problema del comportamiento social desde la perspectiva del "número", por decirlo de manera coloquial. La identificación de un comportamiento como comportamiento social radica en la clave "más de uno". De este modo, usualmente se concibe que una conducta individual se vuelve social cuando se cumple con uno de dos criterios: primero, que el individuo forme parte de un grupo relativamente estable en tiempo o, segundo, que se trate de una interacción entre dos individuos, en el contexto o no de un grupo. Este criterio, compartido tanto por las aproximaciones cognoscitivistas, como por las etológicas y conductistas (Etkin, 1964; Maier & Schneirla, 1964; Pierce, 1991; Secord, Backman, 1974; Skinner, 1953, 1962; Wilson, 1975), supone que la interacción o relación de dos o más individuos constituye un episodio social, independientemente de la estructura funcional del ambiente en que dicha relación o interacción tiene lugar. Se considera que la naturaleza social de la interacción es una propiedad emergente natural del hecho de que un individuo interactúe con otro, o respecto de un grupo presente. Una suposición adicional, la más de las veces implícita, es la de que las contingencias sociales surgen inevitablemente, de manera necesaria, como resultado de

la interacción entre dos o más individuos. En otras palabras, el medio o ambiente social no preceden a la interacción social, sino que son un resultado de ella. De esta manera, se identifica la cualidad de la interacción con el número de individuos participantes.

Previamente (Ribes, 2001), se ha argumentado que este criterio para identificar el comportamiento social es deficiente e inadecuado. La conducta entre individuos o siguiendo a un grupo constituye, indudablemente, un precedente filogenético y funcional del comportamiento social, pero no puede identificarse como tal por cuatro razones fundamentales:

- 1) Es conducta no convencional, determinada por factores situacionales momentáneos, usualmente de carácter ecológico,
- 2) No considera la naturaleza cultural e institucional de la conducta social y, por consiguiente, las características específicas del ambiente social,
- 3) Se supone que las propiedades "sociales" de la conducta están dadas por características fijas o permanentes, propiedad de o atribuidas a los otros individuos, y
- 4) Soslaya que el ambiente social está basado en un medio de contacto constituido por instituciones y en la

división social del trabajo y de las tareas (Ribes, 1985; Lull & Micó, 2007), funciones altamente diferenciadas que asumen los individuos en distintos momentos y situaciones, sin relación con determinantes biológicos propios de la especie, como ocurre en las llamadas sociedades de insectos (Thompson, 1958)²⁵.

c) Dimensión comportamiento psicológico

Al discutir los determinantes psicológicos de la conducta, a menudo debemos tratar acerca de diferentes niveles de análisis del organismo humano. En un sentido, los factores psicológicos o sociales son meramente reflejos y manifestaciones de procesos biológicos subyacentes, y en otro sentido los factores psicológicos son independientes de lo biológico aun cuando deben mediarse a través de los mecanismos neurofisiológicos del cerebro, pues ni el pensamiento ni la emoción pueden ocurrir en un cráneo vacío.

El concepto que de sí mismo pueda tener un individuo depende estrechamente del vivir y sentir, y de esta relación se desprende su sentimiento de auto-estima, su auto-concepto, su sentido de identidad, las formas específicas que utiliza para dar y para recibir afecto, su identidad moral y espiritual, etc. (Castillo Ortiz)²⁶

d) Dimensión comportamiento cultural

Los comportamientos socioculturales incluyen también las oportunas referencias al inventario de Nociones específicas. Por otra parte, como ya se ha indicado, las convenciones sociales que rigen los comportamientos de los hablantes en situaciones de comunicación inciden en la elección de las funciones lingüísticas, en el registro, en cuestiones relacionadas con la cortesía verbal o en la elección del vocabulario adecuado a cada situación. Por ello se han establecido referencias también a otros inventarios, sobre todo al de Funciones y al de Tácticas y estrategias pragmáticas.

Este inventario, al igual que el de *Referentes culturales*, responde a un enfoque modular en la presentación de los contenidos. El material se organiza en tres fases o estadios —de aproximación, de profundización y de consolidación— que establecen un modo de gradación en los contenidos. Es importante tener en cuenta que estas fases no tienen una correspondencia sistemática con los niveles de gradación de dificultad establecidos en la dimensión lingüística del inventario. En los niveles de profundización y de consolidación los contenidos que se presentan responden a un análisis más sistemático de las estructuras sociales y de los fenómenos culturales, que permite ampliar las experiencias socioculturales

inmediatas de los aprendientes. También en los niveles de profundización y de consolidación se presentan aquellos aspectos más relacionados con las implicaciones interculturales de los hábitos y rituales (choques, conflictos y malentendidos) y con temas que tienen un interés profesional.

Los comportamientos, por su parte, se describen poniendo en relación el contenido y las situaciones de interacción. Son aspectos relacionados con las convenciones sociales en temas como la puntualidad, la hospitalidad, el modo de vestirse según la ocasión, los comportamientos no verbales (gestos, lenguaje corporal, sonidos extralingüísticos) asociados a determinadas situaciones, como las presentaciones, por ejemplo, así como la forma de expresar y de vivir los sentimientos, el sentido del humor, la aceptación y la percepción del llanto y de la risa, la crítica, etc. Por ejemplo, las convenciones sociales en el uso de transportes públicos o el comportamiento que se espera de un invitado en una comida o en una cena y el que el invitado espera del anfitrión.

1.3. Definiciones de términos operacionales

Promoción de alimentación y nutrición

La educación alimentaria es el fortalecimiento de capacidades para mejorar las prácticas de alimentación de la persona, familia y comunidad, con la finalidad que contribuyan a lograr una vida sana y un estado nutricional óptimo.

Este fortalecimiento de capacidades se logra a través de un conjunto de acciones comunicacionales que promueven o modifican positivamente y de manera voluntaria, conocimientos, actitudes y prácticas para lograr una alimentación oportuna, suficiente y adecuada. Como cualquier estrategia educativa y comunicacional, la educación nutricional se orienta por grupos objetivos (persona, familia, comunidad y estado) partiendo de sus saberes previos y construyendo con ellos el nuevo aprendizaje.

La educación alimentaria

Grivaldo²⁷ dice la Educación Alimentaria y Nutricional se definirá como un Proceso Educativo de Enseñanza-Aprendizaje permanente, dinámico, participativo, integral, bidireccional que tiene por finalidad promover acciones educativas tendientes a mejorar la disponibilidad, consumo y utilización de los alimentos, con un perfil epidemiológico de potenciar y/o reafirmar los hábitos alimentarios saludables y neutralizar o reducir los erróneos, respetando las tradiciones, costumbres e idiosincrasia de las comunidades, contribuyendo al mejoramiento del Estado Nutricional y por ende a la Calidad de Vida de una región o país

Promoción de hábitos alimentarios saludables

Gutiérrez Moro²⁸ La educación de los hábitos nutricionales del niño debemos comenarla ya desde el período antenatal, con especial atención a los períodos críticos, convirtiéndonos en el asesor nutricional de los padres, pero también directamente de los niños y adolescentes.

Educación Alimentaria, una competencia familiar.

Barrial Martínez²⁹ La Educación Alimentaria es responsabilidad de la familia por que juega un papel decisivo en la educación de los más pequeños de la casa para que adquieran adecuados hábitos alimentarios, pues es a través de la interacción con los adultos que los niños adquieren determinadas actitudes, preferencias, costumbres y hábitos alimentarios que están fuertemente influenciados por las prácticas alimentarias que realiza la familia. Para una adecuada nutrición infantil la base está en el mensaje que el niño recibe en la casa, lo que come en el hogar, el ejemplo que den los padres al respecto, pues en la etapa infantil se aprende por imitación.

Educación para la salud

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS)³⁰, la Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Al **respecto Nola J. Pender**³¹, desde una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y el aprendizaje de la teoría como base para el Modelo de la Promoción de la Salud, identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de la salud, basado a través de la identificación de la importancia de la salud, control percibido de la salud, auto eficacia percibida, definición de la salud, estado de salud percibido, beneficios percibidos de las conductas promotoras de salud, y barreras percibidas de las conductas promotoras de salud, las cuales promueven el compromiso de las conductas de salud.

La educación en salud se constituye en un componente esencial de la atención primaria, que conjuntamente con el componente de participación de la comunidad se proponen como clave para el cumplimiento de los principios de igualdad, equidad, universalidad y eficiencia para el logro de la meta. Fue así como la OMS definió la

educación para la salud como: “proceso que desarrolla en el individuo la capacidad de pensar, comparar, seleccionar y utilizar información y técnicas en salud adecuadas a su particularidades bio-socioeconómicas, estructurando en los individuos un máximo de conceptos y actitudes, capaces de llevarlos a la autodeterminación eficaz en salud”.

Alimentación y nutrición.- Alimentación es la forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos o sustancias nutritivas que necesita.

Nutrición es el conjunto de actividades que el organismo realiza para transformar y asimilar las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos: digestión, absorción, utilización, eliminación.

Comportamiento.- Es la manera de comportarse (conducirse, portarse). Se trata de la forma de proceder de las personas u organismos frente a los estímulos y en relación con el **entorno**. En concreto, se estipula que aquel estará marcado tanto por la cultura que tenga la persona en cuestión como por las normas sociales existentes en su entorno o la actitud que presente en todo momento. No obstante, no menos relevante es el hecho de que el comportamiento de cualquier ciudadano también está influenciado por sus creencias y por la genética. Existen distintos modos de comportamiento, de acuerdo a las circunstancias en cuestión.

- El **comportamiento consciente**: Es aquel que se realiza tras un proceso de razonamiento. Un ejemplo de este tipo de comportamiento es saludar a un conocido cuando lo vemos en la calle.
- El **comportamiento inconsciente**, en cambio, se produce de manera casi automática ya que el sujeto no se detiene a pensar o a reflexionar sobre la **acción** (como rascarse tras una picadura de mosquito).
- El **comportamiento privado** tiene lugar en la intimidad del hogar o en soledad. En este caso, el individuo no está sometido a la mirada de otras personas.

- El **comportamiento público** es lo contrario, ya que se desarrolla frente a otros seres humanos o en espacios compartidos con el resto de la sociedad.

El **comportamiento humano** es el conjunto de actos exhibidos por el ser humano y determinados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona y los valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética.

El cambio de comportamiento es un proceso y no un acto.

El asumir nuevos hábitos alimentarios, entiéndase por ello conductas alimentarias más saludables, implica un proceso a largo plazo donde hay que tener en cuenta los factores culturales como son las costumbres culinarias que devienen de las migraciones, los procesos de colonización y los productos que se cosechan en cada región. También las creencias religiosas juegan un papel importante pues sus adeptos tienen prohibido comer determinados tipos de alimentos. En sentido general las prácticas alimentarias se ven influenciadas por factores individuales como motivaciones, gustos, creencias, conocimientos, experiencia; y por factores sociales como la familia, los amigos, las normas sociales, políticas locales, estatales. Unido a ello se encuentra la disponibilidad de los alimentos y la posibilidad económica que posee el individuo, la familia, la comunidad o el país para adquirir o producir los alimentos necesarios.

Modificación/Cambio del Comportamiento de Riesgo. La realidad es que no es fácil cambiar una vieja costumbre que realizamos todos los días. Esto es un proceso de aprendizaje. Muchas personas se ven en la obligación de modificar sus hábitos cuando ya es muy tarde, cuando la enfermedad se adquiere. No obstante, nunca es tarde para algo bueno. Si posees la condición, trata de que no se reincidas en ella o manténgala bajo control mediante comportamientos saludables y el tratamiento médico apropiado.

Motivando un Comportamiento Saludable/Responsable

Edgar Lopategui³² El comportamiento es aprendido, por lo tanto, se puede "des-aprender". Pocos comportamientos se pueden cambiar únicamente a través de la fuerza de voluntad. Entre más complejo sea el comportamiento, más difícil será de cambiar. Algunos comportamientos son difíciles de modificar porque no son fácilmente controlables.

Control del estímulo que ocasiona el comportamiento de riesgo. Se refiere a la eliminación/modificación del estímulo o de las circunstancias que evocan el comportamiento indeseado, o la introducción de un estímulo que fomente el comportamiento deseado. Un aspecto importante de esta estrategia es la eliminación total del estímulo o su modificación. Esto implica descartar la oportunidad de condiciones o situaciones que instigan al comportamiento indeseado. Por ejemplo, el deseo de comer mantecado puede suprimirse si la persona evita ir a la tienda de mantecado o si se ya se encuentra en ella, marcharse. El estímulo se puede también eliminar directamente.

Eslabones de comportamientos encadenados: Frecuentemente los comportamientos son creados por una serie de comportamientos, como eslabones en una cadena. La clave es tratar de añadir o eliminar eslabones, dependiendo si lo que se desea es descartar el comportamiento de riesgo o incursionar en un hábito saludable. Si el fin es abandonar la conducta de salud indeseada, entonces se debe intentar que dicho comportamiento de riesgo sea difícil de realizar. Añadiendo eslabones (o dificultades, obstáculos o barreras, lo cual lo convierte más complejo), se hace menos probable que se ejecutará el comportamiento no deseado. Por otro lado, si la meta es adoptar un comportamiento responsable, el participante debe poder facilitar la participación de esta conducta deseable. Esto se consigue eliminando eslabones (se reducen los obstáculos, barreras o dificultades, lo cual convierte al comportamiento deseado más sencillo y fácil de alcanzar), es más factible que usted llevará a cabo el comportamiento deseado.

Actitudes.- definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín actitud. De acuerdo a la RAE, **la actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora).** **Las otras** dos definiciones hacen referencia a la **postura**: del cuerpo de una persona (cuando transmite algo de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica) o de un animal (cuando logra concertar atención por alguna cuestión).

La actitud también ha sido definida como un **estado de la disposición nerviosa y mental**, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.

Por lo tanto, la actitud es más bien una **motivación social** antes que una motivación biológica. Una actitud es la forma en la que un individuo **se adapta de forma activa** a su entorno y es la consecuencia de un proceso **cognitivo, afectivo y conductual**.

Existen varios tipos de actitudes:

- **Una actitud desinteresada** es la que lleva a una persona tener presente a otra no como un medio para conseguir algo, sino como un fin para alcanzar un beneficio propio. Para conseguirla hacen falta cuatro cualidades: disponibilidad, apertura, aceptación y solicitud.
- **La actitud manipuladora** es la que ejerce una persona para alcanzar un fin personal y tiene en cuenta al otro como un medio, otorgándole la atención suficiente para conseguir su objetivo.
- **Una actitud integradora** es la que tiene una persona que busca no sólo su beneficio sino también el de quienes la rodean. Se basa en una estrecha comunicación entre dos personas cuyo objetivo es la unificación y la integración.
- **Actitud interesada:** es causada por una situación de indigencia. Una persona se ve privada de algo que necesita y busca por todos los medios recuperar o conseguir satisfacer sus necesidades. Los demás, son también un recurso que puede ayudarla a salir de esa situación de desamparo.

Desnutrición: Significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas. También se le puede llamar Nutrición inadecuada. Desnutrición crónica: retrasa el desarrollo. La desnutrición crónica puede ser moderada o severa, en función del nivel de retraso. Así pues, el indicador más específico es el tamaño en relación con la edad.

Según **Alejandro O'donnell**³³, “La desnutrición suele instalarse progresivamente. El niño afectado va desarrollando una serie de adaptaciones fisiológicas a la situación carencial, con el fin de mantener su supervivencia.

Malos hábitos alimenticios.- Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.

Hábitos de alimentación y estilos de vida saludable.- Un estilo de vida es la forma como cada uno decide vivir, son las cosas que se decide hacer, es la hora de levantarse, la hora en que se descansa, el tipo de alimentos que se consume, la clase de actividad física que se practica, la forma de relacionarse con los demás y la actitud que se asume ante los problemas. Hábito puede ser definido como el modo de actuar adquirido por la práctica frecuente de un acto. Se puede decir, entonces, que los hábitos alimentarios están caracterizados por los alimentos que se consumen con mayor frecuencia, considerando las circunstancias en que se hace (cómo, dónde, cuándo, con quién). Los hábitos son conductas aprendidas precozmente. Por lo tanto, enseñar buenos hábitos precozmente contribuirá a fomentar una vida más saludable. Las conductas alimentarias son el resultado de interacciones y aprendizajes múltiples, son evolutivas, integran datos racionales e

irracionales y tienen su base en experiencias personales, positivas o negativas. Para lograr una alimentación saludable hay cuatro asuntos centrales que deben ser considerados precozmente en el control de salud del niño: la lactancia materna, la educación para el destete, la evitación de mitos y la creación de hábitos

1.4. Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo en el 2015.

1.2.2 Objetivo específico

1. Conocer el comportamiento de las madres de niños de 12 a 36 meses antes y después de la aplicación de la promoción de alimentación y nutrición.
2. Aplicar el programa de promoción sobre alimentación y nutrición
3. Identificar el grado de conocimientos que tienen las madres de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable en el pre y post test de las madres de niños de 12 a 36 meses.

1.5. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Hi: La promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento de las madres de los niños de 12 a 36 meses en la localidad de Acomayo – 2015 es efectiva.

Ho: La promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento de las madres de los niños de 12 a 36 meses en la localidad de Acomayo – 2015 no es efectiva.

1.6. Variables.

1.6.1. Variable Independiente: Promoción de alimentación y nutrición.

1.6.2. Variable dependiente: Cambio de comportamiento de las madres.

1.6.3. Variable intervinientes: Edad, Grado de Instrucción, Religión, estado civil, Ocupación, Ingreso familiar.

CAPÍTULO II

II. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 Ámbito de estudio

La localidad de Acomayo se encuentra en el Distrito de Chinchao a 33 Km. de la ciudad de Huánuco, a 2110 msnm, es considerado como la portada de la Amazonía Peruana, Políticamente la jurisdicción del centro de salud de Acomayo se encuentra conformado por localidades, caseríos y centros poblados, con características geográficas, climatológicas, epidemiológicas y culturales diferenciados; En la localidad de Acomayo existe 1600 habitantes, 302 familias y 56 madres de niños de 12 meses a 36 meses, con una población de 918 habitantes, con más de 15% de analfabetismo, y la ocupación que más predomina es la agricultura.

Limites

Políticamente la localidad de Acomayo Limita con las siguientes provincias:

- Por el Norte: Con la Provincia Leoncio Prado (Distrito Mariano Dámaso Beraun).
- Por el Sur: Con la Provincia de Pachitea (Distrito de Umari-Chaglla).
- Por el Este: Con la Provincia Puerto Inca.
- Por el Oeste: Con el Distrito de Churubamba (Provincia de Huánuco).

Clima, Temperatura

El medio ambiente del distrito es Tropical muy lluvioso, Semi Tropical, Templado Cálido, Templado (subregiones: Selva Alta o Rupa Rupa, Yunga, quechua, Suni). Naturalmente es de oclusión semi definida el distrito.

Precipitaciones: En general son intensas y se dan en casi todas las estaciones del año con una temperatura que no pasa de los 22 °C; en algunas ocasiones pueden provocar deslizamientos que afectan sembríos y carreteras. La humedad relativamente es de alrededor del 80%.

2.2 Población

Estuvo representadas por 56 madres de niños de 12 meses a 36 meses que viven en la localidad de Acomayo en los meses de Mayo a Diciembre del 2015.

1. Ubicación de la población en espacio y tiempo:

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se realizó en la localidad de Acomayo del Distrito de Chinchao, Departamento de Huánuco
- **Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue de Mayo a Diciembre del 2015.

2. Criterios de inclusión:

- Todas las madres de los niños/niñas de 12 a 36 meses de que viven en la localidad de Acomayo.
- Todas las madres de los niños/niñas de 12 a 36 meses que den su consentimiento.

3. Criterios de exclusión

- Todas las madres de los niños/ niñas mayores de 3 años.
- Todas las madres de los niños/ niñas menores de 12 meses
- Todas las madres de los niños menores de tres años que no estarán de acuerdo con participar en el estudio.
- Todas las madres de los niños/niñas menores de tres años que rechazaron ser parte del estudio.

2.3 Muestra

1. Unidad de análisis

Todas las madres de los niños de 12 a 36 meses que viven en la localidad de Acomayo y acuden al Centro de Salud Acomayo en los meses de Mayo a Diciembre del 2015 que cumple con los criterios de inclusión y exclusión.

2. Unidad de muestreo

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

3. Marco muestral

Relación de asistencia a las sesiones educativas, demostrativas, consejerías de las madres de niños de 12 a 36 meses.

4. Tipo de muestreo

Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, según criterio del investigador teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, y se caracteriza por que otorga la misma probabilidad de ser elegidos a los elementos de la población.

5. Tamaño de muestra

El cálculo de la muestra será mediante la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{i^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Siglas	confiabilidad	Valor Z	Colas
n	?		?
N	56		56
Z	95	1.96	
P	50	0.5	
q	50	0.5	
i	10	0.1	

SOLUCIÓN.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{i^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Reemplazamos:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 56}{(0.1^2(56-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 56}{(0.01(55) + 3.8416 \times 0.25)}$$

$$n = \frac{53.7824}{0.55 + 0.9604}$$

$$n = \frac{53.7824}{1.5104}$$

$$n = 37$$

La muestra estuvo conformada por 37 madres que acuden a las actividades preventivo promocionales. La muestra tiene que estar acorde con lo aplicado.

2.4 Tipos de estudio

El presente estudio de investigación es de tipo **cuasi experimental** con Pre Test y Post Test, con grupo experimental al cual se le aplica una

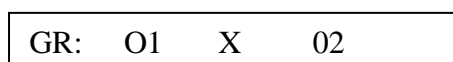
prueba previa al estímulo, después se administró el paquete de educativo y finalmente se le aplicó una prueba posterior al estímulo.

Según el periodo y secuencia del estudio; el tipo de estudio es **longitudinal**, por tratarse de la variable de estudio es medida en dos o más ocasiones; por ello, de realizar comparaciones (antes – después) son entre muestras relacionadas.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es de **tipo prospectivo** porque la obtención de la información se realizó desde que se hizo la intervención ya que permite obtener información precisa sobre las variables a investigar, así como describir sistemáticamente la relación existente.

2.5 Diseño de investigación

El Diseño que se empleo es el de un estudio de tipo cuasi experimental, donde a un grupo se le aplicó una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administro el paquete educativo y finalmente se aplicó una prueba posterior al estímulo y el diagrama se representa así:



Dónde:

- GR Consta de un solo grupo experimental aleatorizado
- O₁ Observación inicial.
- X Intervención.
- O₂ Observación final de la variable después de la aplicación del estímulo.

2.6 Técnicas e instrumentos.

2.6.1 Técnicas.

La Encuesta estructurada sirvió para procesar y cotejar la información y obtener conclusiones del estudio, mediante la recolección de la información dada por las madres encuestadas.

Escalas para medir actitudes.- Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos. Así, los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos o símbolos. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” y no como “hechos” (Padua, 1979). Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición.

Observación.- Se utilizó la observación directa por que permitió conocer la realidad mediante la percepción de los objetos y fenómenos. Método para obtener información acerca de prácticas concretas (distribución de alimentos en la hora de la comida, dónde está el bebé en relación con la madre durante el día o preparación de comidas por la madre, por ejemplo). Las observaciones se realizaron durante la entrevista para captar el contexto en el que

ocurren los comportamientos e identificar nuevos comportamientos o nuevas cuestiones no tratadas en la guía de preguntas.

2.6.2 Instrumentos.

Se aplicó un pre- test y un post-test que muestren puntajes de mejoría, aislando así lo que se ha aprendido por el programa y como instrumento el **cuestionario** que consta de las siguientes partes: introducción, datos generales y datos específicos relacionados a: conocimientos sobre alimentación y nutrición; prácticas nutricionales sobre selección, preparación, conservación de los alimentos. Para lo cual se tuvo en cuenta;

VALORACIÓN

La medición de cada ítem corresponde a la siguiente puntuación a partir de la pregunta 6: ✓ Respuesta correcta=2 ✓ Respuesta incorrecta=1	La puntuación final. ✓ 0 -10= Bajo ✓ 11-14= Medio ✓ 15-20= Alto
---	--

Escala de Likert.- Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externar su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. El uso de la Escala de Likert nos permitirá medir las actitudes del profesional

de enfermería donde se planteara alternativas en forma de afirmaciones o juicios, quienes serán elegidas por las personas por cualquiera de las 5 categorías de la escala.

Medición de comportamientos

VALORACIÓN

<p>La medición de cada ítem corresponde a la siguiente puntuación:</p> <p>*S = 4 *RV = 1 L *CS = 3 *N = 0 *AV = 2</p>	<p>La puntuación final.</p> <p>✓ 48 a 64= Actitudes positivas ✓ 0 a 47 = Actitudes negativas</p>
--	---

Guía de observación: Se utilizó para listar una serie de eventos y procesos, hechos o situaciones a ser observados, sus ocurrencias y características, las prácticas de alimentación y nutrición de las madres de niño/niñas de 12 meses a 36 meses

VALORACIÓN

<p>La medición de cada ítem corresponde a la siguiente puntuación:</p> <p>✓ SI=2 ✓ No=1</p>	<p>La puntuación final.</p> <p>✓ 14-20= Practicas adecuadas ✓ 0 - 13 = Practicas inadecuadas</p>
--	---

Materiales y /o instrumentos.

Una vez definido qué se va a evaluar se hace necesario elegir o elaborar los instrumentos y procedimientos que permitió recoger información que posibiliten evaluar el objeto de evaluación, medios institucionales o el curso apoyado con tecnología. Junto con definir el procedimiento e instrumento de evaluación, es necesario identificar quien participará en el proceso de evaluación, cómo y cuándo.

Al hacer referencia a procedimientos de evaluación, se entiende aquellos medios, recursos que permitan recoger información en forma sistemática, directa o indirectamente, sobre los comportamientos de las madres, tendientes a favorecer una oportuna y adecuada toma de decisiones frente a un hecho.

La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos conformado por profesionales (Enfermeras, epidemiólogo, metodólogo en investigación y nutricionistas), según la r de Pearson. Se aplicó la prueba piloto a 15 madres de la localidad de Acomayo.

Confiabilidad de los instrumentos.

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales de nuestro estudio, fue necesario realizarla a través de:

Confiabilidad por replicación de pruebas.

Para medir la confiabilidad se utilizara la Kr.20

En segundo lugar se realizó un pre piloto para someter todos los instrumentos a prueba en nuestro contexto e identificar principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña pre-prueba se realizara en una muestra conformada por madres de niños de 12 meses a 36 meses que viven en la localidad de Acomayo, tomándose a 15 de ellos, los cuales no perteneció a la muestra definitiva.

Se recolectaron también datos de ubicación de la vivienda, para realizar posteriormente el piloto en la muestra, seguidamente dos semanas del pre-piloto se realizó la prueba del piloto propiamente dicha, con la muestra seleccionada en la pre-prueba y con los instrumentos ya corregidos (como resultado del pre piloto y la validación de los expertos) ; aplicándose nuevamente 1 de los instrumentos empleados en la primera prueba (anexo 2) en la muestra ya mencionada, ya que los resultados de dichos instrumentos son inferenciales. En suma se analizaron las valoraciones obtenidos en ambos momentos (Pre Piloto y piloto) realizando una confiabilidad por re aplicación de pruebas (Test- Retest). Correlacionamos estas dos distribuciones de puntajes y para obtener un coeficiente de correlación para lo cual emplearemos la siguiente formula:

$$r = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Tomando como “x” los valores obtenidos en la primera aplicación y “Y” en la segunda aplicación.

Dónde:

r Coeficiente de correlación.

N Número de sujetos.

$\sum xy$ Sumatoria del producto de cada valor de X por Y.

$\sum x$ Sumatoria total de los valores X (Primera aplicación).

$\sum y$ Sumatoria total de los valores Y (Segunda aplicación).

$\sum x^2$ Resultado de sumar los valores de X elevados al cuadrado.

$\sum y^2$ Resultado de sumar los valores de Y elevados al cuadrado.

$(\sum x)^2$ Suma del total de valores de X, elevados al cuadrado.

$(\sum y)^2$ Suma del total de valores de Y, elevados al cuadrado.

2.7 Procedimientos

- Para obtener la información de la presente investigación se realizó las coordinaciones con las madres de los niños 12 meses a 36 meses, se emitió la documentación respectiva donde se solicitó la autorización para la aplicación del instrumento. Se dio a conocer el cronograma de actividades desde la recolección de datos hasta el procesamiento de la información.
- Para la recolección de datos, se capacitó a dos encuestadores independientes con estudios profesionales, quienes aplicaron los instrumentos ya establecidos a las madres de niños de 12 meses a 36 meses antes de ello fue previamente informado sobre el manejo de la información, que sería tratado en completo anonimato.
- En el primer contacto con la muestra en estudio se aprovechó para darles a conocer los documentos respaldados por el comité Institucional de ética como:

Consentimiento Informado.- Se pidió el consentimiento a las madres después haber realizado las actividades de promoción de la alimentación y nutrición a través del cual fue informado por escrito de los objetivos generales del proyecto en el que van a ser incluidos. Una vez leído este documento, lo firmaron así como el investigador y finalmente se le entregaron una copia para que se lo lleve y el investigador contara con una para utilizarlo como documento legal si requiere el caso (**anexo 5**).

Compromiso de confidencialidad y protección de datos.- Con este documento nos comprometemos por escrito a no revelar los datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de los participantes y a emplearlo únicamente en la consecución de los

objetivos planteados y que ellos conocerán. La ley del secreto profesional y de protección de datos considerara al investigador responsable de la guarda y custodia de datos personales, especialmente de datos considerados “sensibles” y a proteger de forma especial y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas (**anexo 6**).

Tiempo de recojo de información:- La aplicación del instrumento para el recojo de información se realizó en un promedio de 15 minutos a cada madre de niños de 12 meses a 36 meses, el cual se realizó en 4 meses de mayo a diciembre del 2015 por personal contratado fuera de la institución, para así dar más confiabilidad a los resultados esperados. Las encuestas se realizaron todos los días, hasta completar la muestra y solo se intervinieron a madres que en ese momento recibieron el paquete educativo.

Supervisión:- Se realizó la supervisión para asegurar el cumplimiento de la recolección de información, para garantizar la validez y confiabilidad del estudio.

2.8. Plan de tabulación y análisis de datos.

Se planteara las siguientes fases:

a.- Revisión de datos.- Se examina en forma crítica, cada uno de los instrumentos utilizados (control de calidad) afín de hacer las correcciones necesarias.

b.- Codificación de los datos.- se asignara un valor numérico a cada dato de todas las categorías de cada ítem de los variables, usando

la escala de medición, e indicadores, para la valoración de cada variable identificado.

c.- Recuento de datos.- Se hizo de acuerdo al método utilizado, para conseguir el plan de tabulación necesaria. En este estudio, no obstante por las usuarias en las actividades preventivas promocionales se hizo necesario el uso del método electrónico, a base de paquetes estadísticos tipo SPSS y otros para obtener las matrices de tabulación o tablas requeridas.

d.- Presentación de los datos.- Se realizó a través de:

- ◆ **Tabular:** Este método nos permitirá resumir los datos usando tablas o cuadros.
- ◆ **Gráfico de barras:** Los datos están representados numéricamente por medio de figuras geométricas para una visualización adecuada y rápida comprensión de los fenómenos estudiados. Se seleccionó el programa informático más conveniente (SPSS), con la elaboración del libro de códigos registrando en las columnas:
- ◆ N° de variable, nombre y descripción de la variable, la etiqueta del valor, valores perdidos, medida según escala (nominal Ordinal), dígitos que ocupa y las columnas iniciales y finales.
- ◆ Se realizó la captura de información para integrar una base de datos, con la identificación de códigos fuera de valor y reconocimiento de valores perdidos; se realizó la recodificación y creación de variables y salida de datos para efectuar el análisis estadístico necesario.

Análisis e interpretación de datos.

- **Prueba t de Student.** Se analizó la tendencia de las medias de los grupos en el transcurso de los eventos de la investigación. Además se aplicó la prueba de t de student para determinar las condiciones iniciales y comparar la línea de base con la intervención pre y post del comportamiento de las madres en nutrición y alimentación y posteriormente se ejecutó el análisis de varianzas para determinar el impacto de la intervención en las variables y comprobar la hipótesis.

CAPÍTULO III

3.1.-RESULTADOS

3.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

3.1.1.1 Aspectos socio demográficos

Tabla N° 01. Características sociodemográficas de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n = 15	
	Nº	%
EDAD		
15-25 años	11	29.7%
26-35 años	23	62.2%
36.45 años	3	8.1%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Iletrada	10	27.0%
Primaria	14	37.8%
Secundaria	9	24.3%
Superior	4	10.8%
RELIGIÓN		
Evangélico	18	48.6%
Católico	19	51.4%
OCUPACIÓN		
Comerciante	2	5.4%
Estudiante	1	2.7%
Ama de casa	31	83.8%
Empleada	3	8.1%
INGRESOS		
< 300 nuevos soles	23	62.2%
300- 499 nuevos soles	6	16.2%
500-699 nuevos soles	2	5.4%
Más de 700 nuevos soles	6	16.2%
Total	37	100,0%

FUENTE: Cuestionario.

INTERPRETACIÓN

Al describir las características sociodemográficas de las madres de niños de 12 meses a 36, se aprecia que, su edad de la mayoría de ellas oscila entre 26-35 años con un 62.2% (23), el 37.8% (14) ha estudiado hasta la primaria, el 51.4%(19) tienen religión católica, el 83.8%(31) es ama de casa y el 62.2% (23) tienen un ingreso económico mensual < 300 nuevos soles.

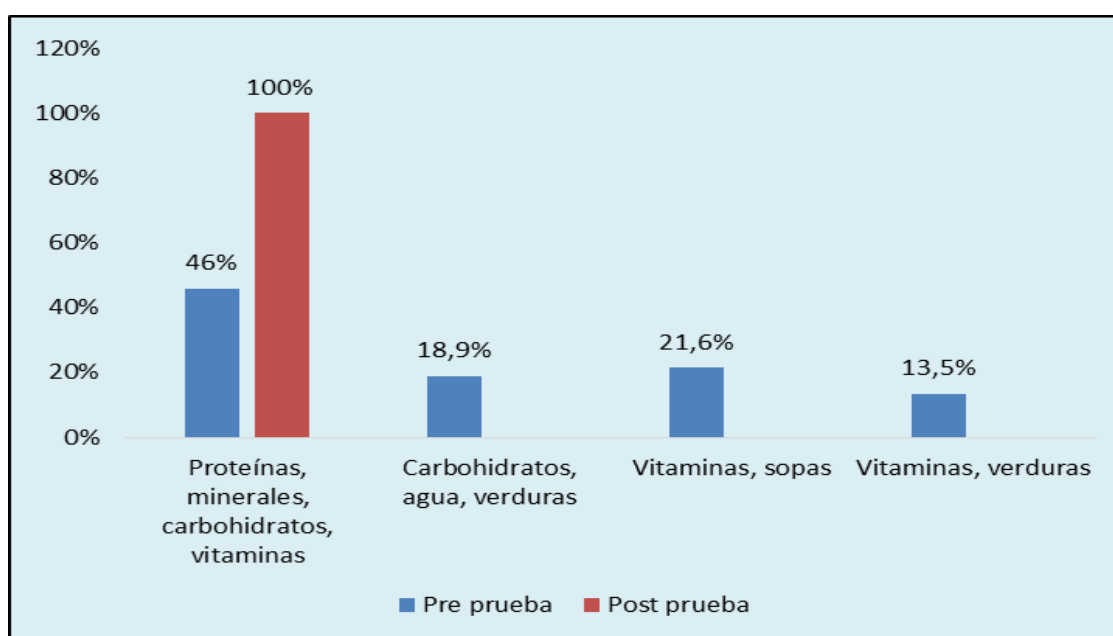
3.1.1.2. Análisis del comportamiento de las madres.
4.1.1.2.1. Grado de conocimiento.

Tabla N° 02. Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre los grupos de alimentos, de la localidad de Acomayo – 2015.

Conocimiento de los grupos de alimentos	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Proteínas, minerales, carbohidratos, vitaminas	17	46.0%	37	100.0%
Carbohidratos, agua, verduras	7	18.9%	0	0%
Vitaminas, sopas	8	21.6%	0	0%
Vitaminas, verduras	5	13.5%	0	0%
Total	37	100.0%	37	100.0%

E: Cuestionario.

Gráfica N° 01: Conocimiento sobre los grupos de alimentos.



INTERPRETACIÓN

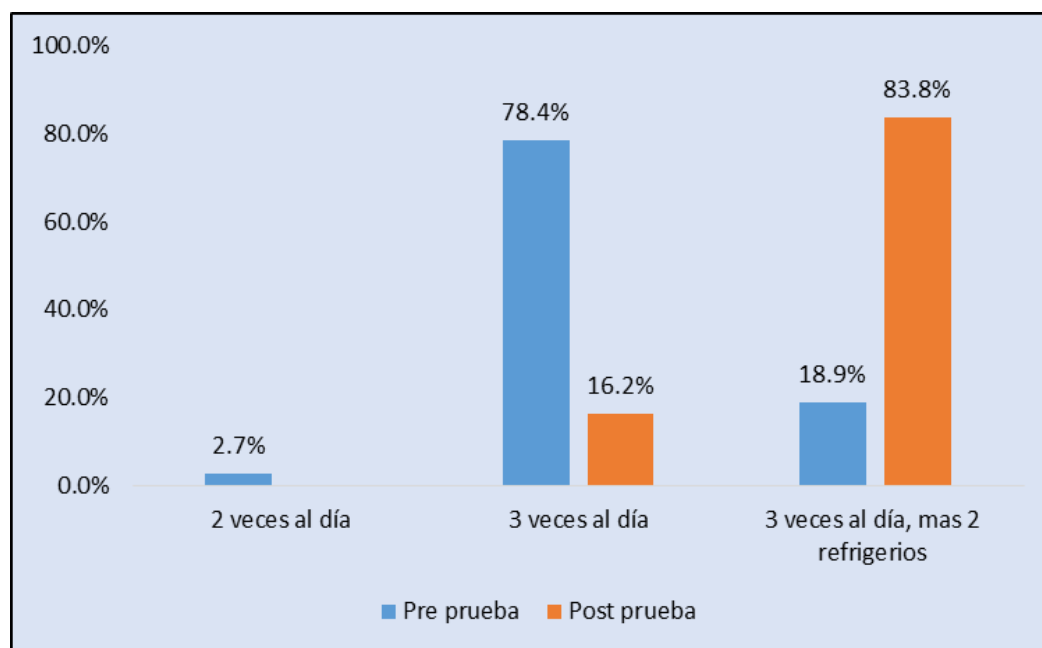
Según el gráfico N° 01 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento de los grupos de alimentos un 46.0% (17) indican que son las proteínas, minerales, carbohidratos, vitaminas; y en su minoría un 13.5%(5) vitaminas y verduras; asimismo en la post prueba el 100% (37) menciona a las proteínas, minerales, carbohidratos y vitaminas como grupo de alimentos.

Tabla N° 03. Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre las veces que debe comer el niño en la localidad, de Acomayo – 2015.

Conocimiento de las veces que debe comer su niña/niño.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
2 veces al día	1	2.7%	0	0%
3 veces al día	29	78.4%	6	16.2%
3 veces al día, más 2 refrigerios	7	18.9%	31	83.8%
1 comida al día	0	0%	0	0%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario.

Gráfica N° 02: Conocimiento sobre las veces que debe comer su niño.



INTERPRETACIÓN

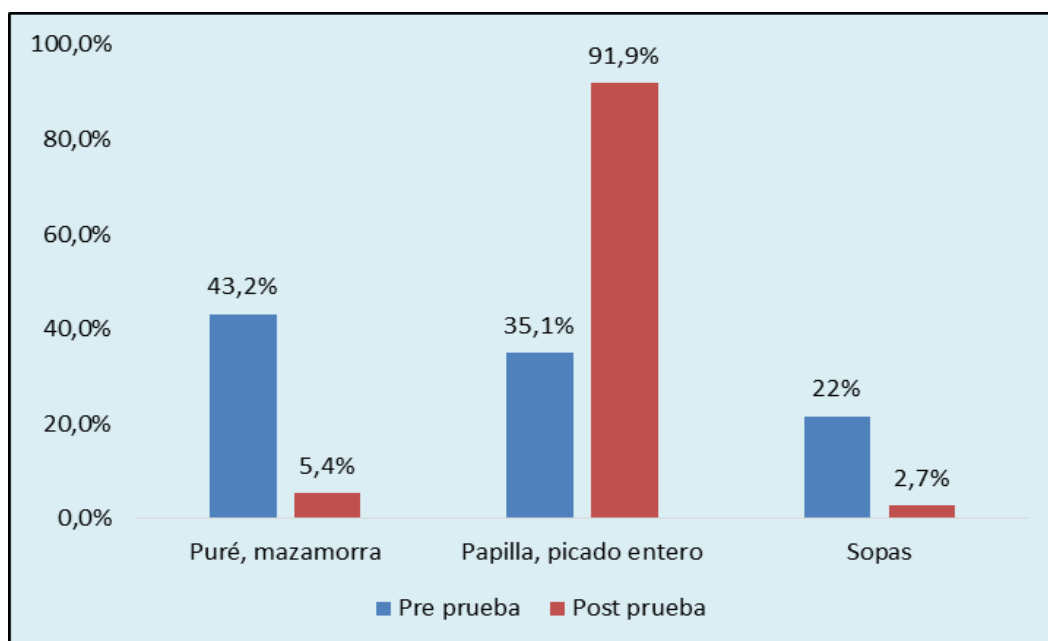
Según el gráfico N° 02 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento de las veces que debe comer su niño (a), un 78.4%(29) indican que son 3 veces al día y en su minoría un 2.7%(1) 2 veces al día; asimismo en la post prueba el 83.8% (31) menciona 3 veces al día más 2 refrigerios y en su minoría 16.2%(6) 3 veces al día.

Tabla N° 04. Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre la consistencia de alimentación de acuerdo a su edad, de la localidad de Acomayo – 2015.

Conocimiento de la consistencia de alimentación.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Líquido	0	0%	0	0%
Puré, mazamorra	16	43.2%	2	5.4%
Papilla, picado entero	13	35.1%	34	91.9%
Sopas	8	22.0%	1	2.7%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario.

Grafica N°03. Conocimiento sobre la consistencia de alimentación.



INTERPRETACIÓN

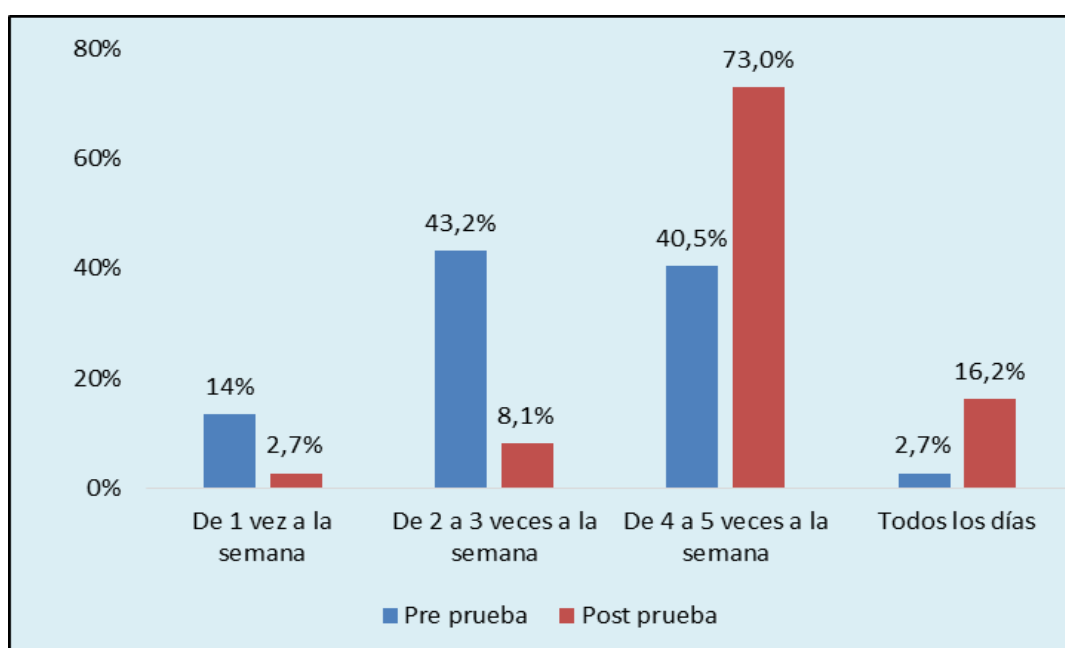
Según el gráfico N° 03 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento de la consistencia de alimentación del niño/niña de acuerdo a su edad un 43.2%(16) indican que son puré, mazamorra y en su minoría un 22.0%(8) sopas; asimismo en la post prueba el 91.9% (34) mencionan a la papilla, picado entero y en su minoría 2.7%(1) sopas.

Tabla N° 05. Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses, sobre las veces que debe consumir frutas a la semana de la localidad de Acomayo – 2015.

Veces a la semana que debe consumir frutas.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Una vez a la semana	5	14.0%	1	2.7%
De 2 a 3 veces a la semana	16	43.2%	3	8.1%
De 4 a 5 veces a la semana	15	40.5%	27	73.0%
Todos los días	1	2.7%	6	16.2%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario.

Gráfica N° 04: Conocimiento sobre las veces a la semana que su niña/niño debe consumir frutas.



INTERPRETACIÓN

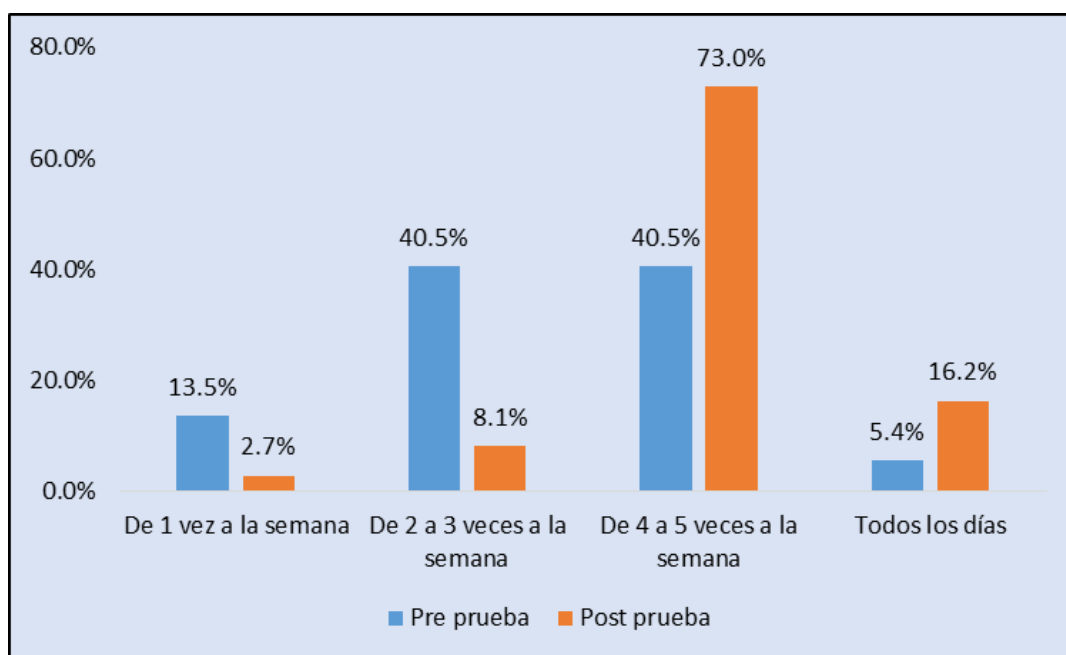
En el gráfico N° 04 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento de cuantas veces a la semana su niña/niño debe consumir frutas un 43.2%(16) indican 2 a 3 veces a la semana y en su minoría un 2.7%(1) todos los días; asimismo en la post prueba el 73.0%(27) mencionan de 4 a 5 veces a la semana y en su minoría 2.7%(1) 1 vez a la semana.

Tabla N° 06. Conocimiento de las madres de los niños de 12 a 36 meses, sobre cuantas veces a la semana debe consumir verduras de la localidad de Acomayo – 2015.

Veces a la semana que debe consumir verduras.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
De 1 vez a la semana	5	13.5%	1	2.7%
De 2 a 3 veces a la semana	15	40.5%	3	8.1%
De 4 a 5 veces a la semana	15	40.5%	27	73.0%
Todos los días	2	5.4%	6	16.2%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario.

Gráfica N° 05: Conocimiento sobre cuantas veces a la semana su niña/niño debe consumir verduras.



INTERPRETACIÓN

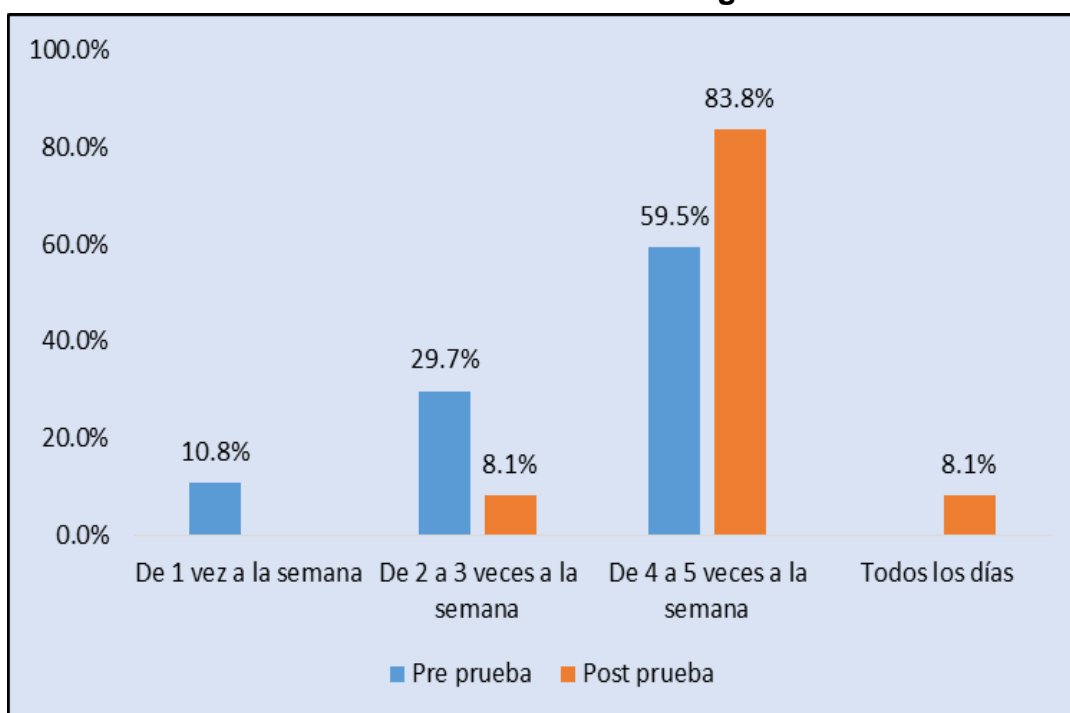
En el gráfico N° 05 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento de cuantas veces a la semana su niña/niño debe consumir verduras un 40.5%(15) indican 2 a 3 veces a la semana y 4 a 5 veces a la semana respectivamente; y en su minoría un 5.4%(2) todos los días; asimismo en la post prueba el 73.0%(27) mencionan de 4 a 5 veces a la semana y en su minoría 2.7%(1) 1 vez a la semana.

Tabla N° 07. Conocimiento de las madres de los niños de 12 a 36 meses sobre las veces a la semana que debe consumir alimentos de origen animal, de la localidad de Acomayo – 2015.

Veces a la semana que debe consumir alimentos de origen animal.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
De 1 vez a la semana	4	10,8	0	0%
De 2 a 3 veces a la semana	11	29,7	3	8.1%
De 4 a 5 veces a la semana	22	59,5	31	83.7
Todos los días	0	0	3	8.1%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario.

Gráfica N° 06: Conocimiento sobre las veces a la semana su niña/niño debe consumir alimentos de origen animal.



INTERPRETACIÓN

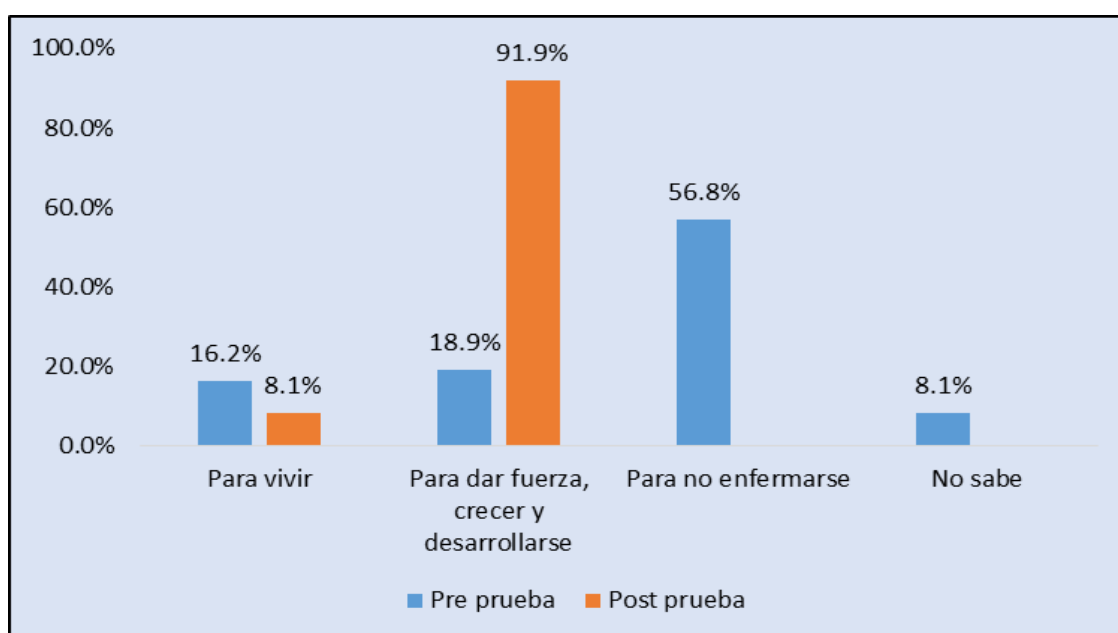
En el gráfico N° 06 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento de cuantas veces a la semana su niña/niño debe consumir alimentos de origen animal un 59.5%(22) indican 4 a 5 veces a la semana y en su minoría un 10.8%(4) una vez a la semana; asimismo en la post prueba el 83.8%(31) mencionan de 4 a 5 veces a la semana y en su minoría 8.1%(3) de 2 a 3 veces a la semana y todos los días respectivamente

Tabla N° 08. Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre la importancia de la alimentación balanceada, de la localidad de Acomayo – 2015.

Conocimiento de la importancia de la alimentación balanceada del niño/niña	Pre prueba		Post prueba	
	Fi	%	fi	%
Para vivir	6	16.2%	3	8.1%
Para dar fuerza, crecer y desarrollarse	7	18.9%	34	91.9%
Para no enfermarse	21	56.8%	0	0%
No sabe	3	8.1%	0	0%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario.

Gráfica N° 07: Conocimiento sobre la importancia de la alimentación balanceada



INTERPRETACIÓN

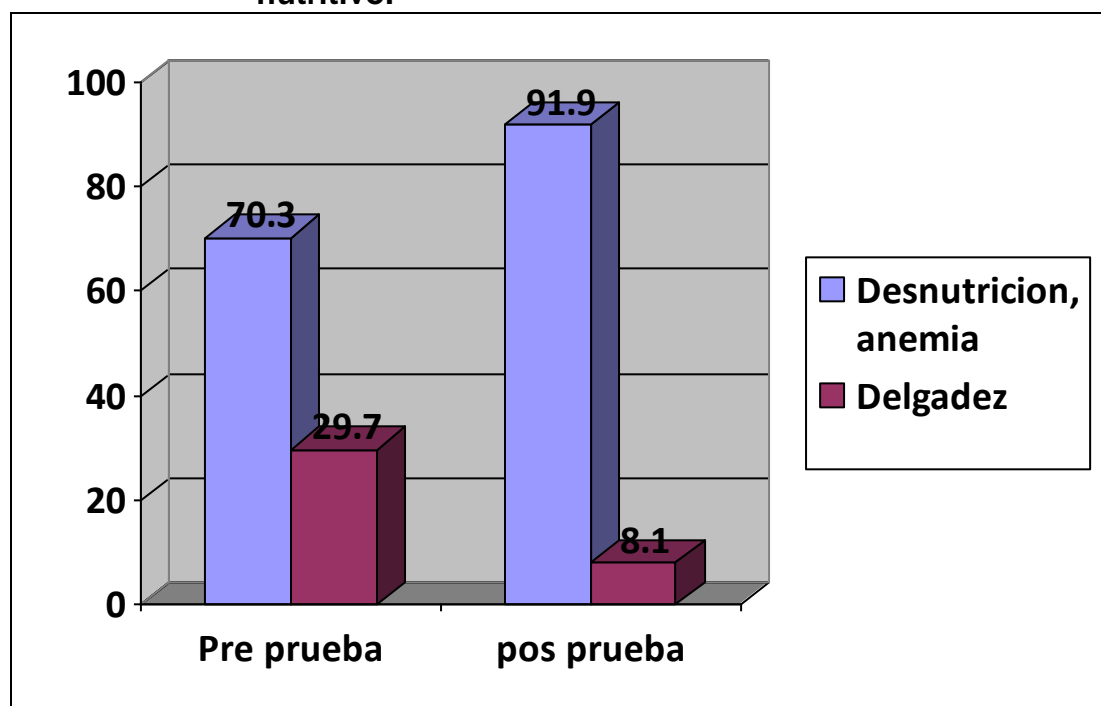
En el gráfico N° 07 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento la importancia de la alimentación balanceada del niño un 56.8%(21) indican que es para no enfermarse y en su minoría un 8.1%(3) no sabe; asimismo en la post prueba el 91.9%(34) mencionan que es para dar fuerza, crecer y desarrollarse y en su minoría 8.1%(3) para vivir.

Tabla N° 09. Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre los riesgos a los que expone a su niño/niña cuando consume alimentos de escaso valor nutritivo, de la localidad de Acomayo – 2015.

Conocimiento de los riesgos	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Desnutrición, anemia	26	70.3%	34	91.9%
Delgadez	11	29.7	3	8.1%
Obesidad	0	0%	0	0%
Sano	0	0%	0	0%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario.

Gráfico N°08: Conocimiento sobre los riesgos a los que expone a su niño/niña cuando consume alimentos de escaso valor nutritivo.



INTERPRETACIÓN

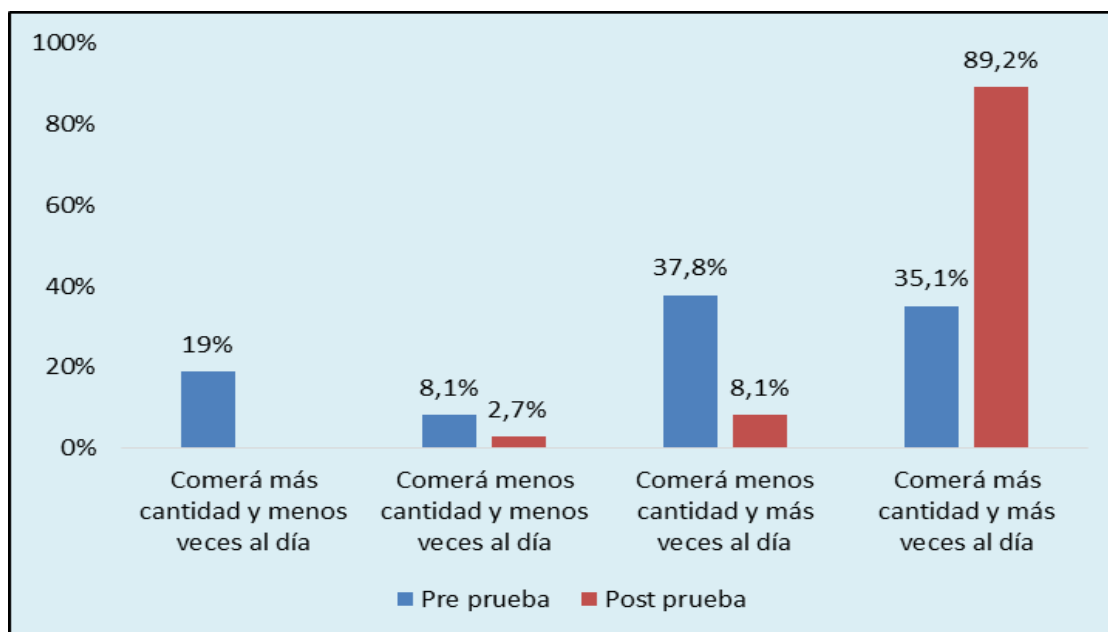
En el gráfico N° 08 podemos observar que los resultados de la pre prueba indican que un 70.3%(26) conoce sobre los riesgos a los que expone a su niño/niña cuando consume alimentos de escaso valor nutritivo; asimismo en la post prueba el 91.9% (34) si tienen conocimiento del mismo mientras que el 8.1%(2) manifiesta que produce delgadez.

Tabla N° 10. Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre el consumo de alimentos de más cantidad y veces al día conforme a su edad, de la localidad de Acomayo – 2015.

Conocimiento de que el niño come más cantidad y más veces al día.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Come más cantidad y menos veces al día	7	19.0%	0	0%
Come menos cantidad y menos veces al día	3	8.1%	1	2.7%
Come menos cantidad y más veces al día	14	37.8%	3	8.1%
Come más cantidad y más veces al día	13	35.1%	33	89.2%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario

Gráfico N°09: Conocimiento sobre si el niño conforme a su edad come más cantidad y más veces al día.



INTERPRETACIÓN

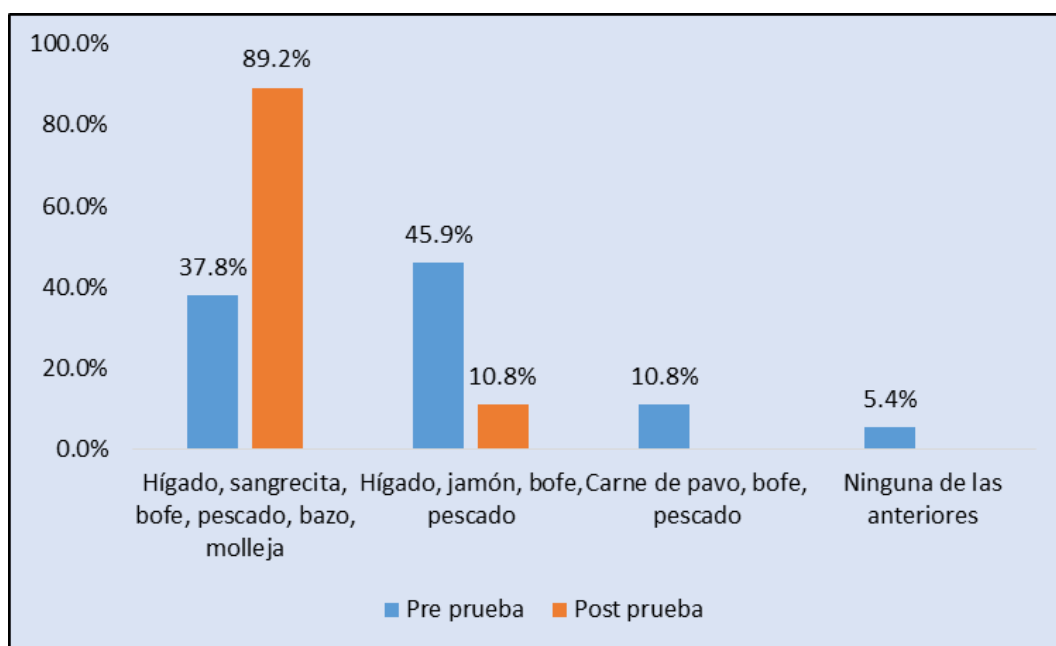
En el gráfico N° 09 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento si el niño conforme a su edad comerá más un 37.8%(14) indican que comerá menos cantidad y más veces al día y en su minoría un 8.1%(3) manifiesta que comerá menos cantidad y menos veces al día; asimismo en la post prueba el 89.2%(33) mencionan que comerá más cantidad y más veces al día y en su minoría 2.7%(1) comerá menos cantidad y menos veces al día.

Tabla N° 11. Conocimiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre los alimentos de origen animal que contienen mayor cantidad de hierro de la localidad de Acomayo – 2015.

Conocimiento de los alimentos de origen animal que tiene hierro.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Hígado, sangrecita, bofe, pescado, bazo, molleja	14	37.8%	33	89.2%
Hígado, jamón, bofe, pescado	17	45.9%	4	10.8%
Carne de pavo, bofe, pescado	4	10.8%	0	0%
Ninguna de las anteriores	2	5.4%	0	0%
Total	37	100.0%	37	100%

FUENTE: Cuestionario.

Gráfico N° 10: Conocimiento de los alimentos de origen animal que contienen mayor cantidad de hierro.



INTERPRETACIÓN

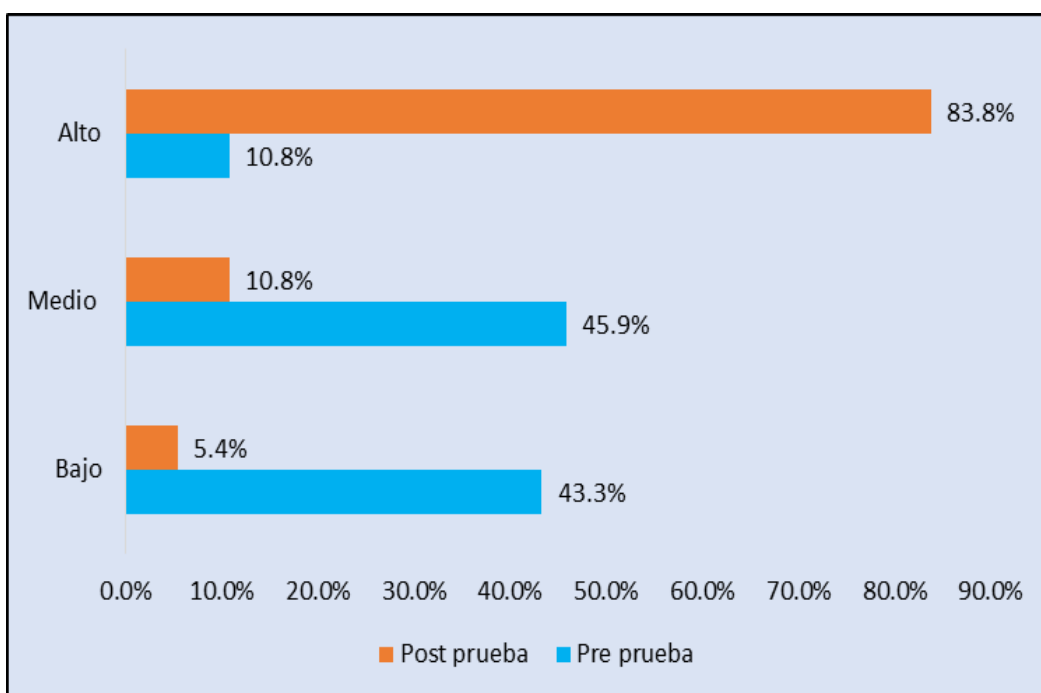
En el gráfico N° 10 podemos observar que los resultados de la pre prueba sobre el conocimiento de los alimentos de origen animal que contienen mayor cantidad de hierro un 45.9%(17) indican al hígado, jamón, bofe, pescado y en su minoría un 5.4%(2) manifiesta ninguna de las anteriores; asimismo en la post prueba el 89.2%(33) mencionan que es el hígado, sangrecita, bofe, pescado, bazo, molleja y en su minoría 10.8%(4) hígado, jamón, bofe, pescado.

Tabla N° 12. Conocimientos de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre la alimentación y nutrición, de la localidad de Acomayo – 2015.

Conocimientos de alimentación y nutrición	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Bajo	16	43.3%	2	5.4%
Medio	17	45.9%	4	10.8%
Alto	4	10.8%	31	83.8%
Total	37	100.0%	37	100.00

FUENTE: Cuestionario.

Gráfico N° 11. Conocimientos de alimentación y nutrición.



INTERPRETACIÓN

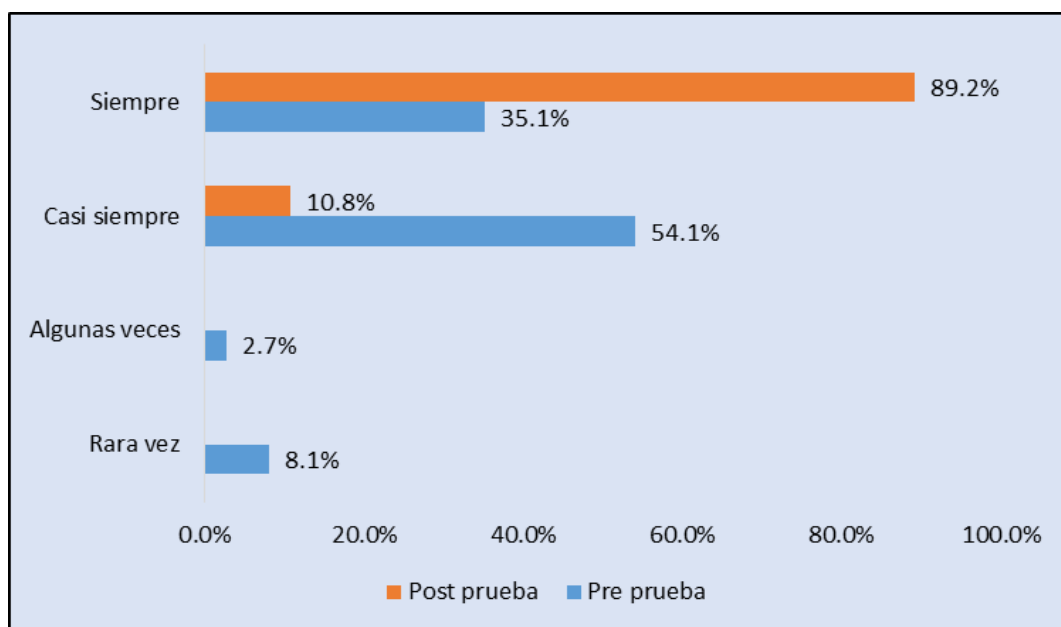
En el gráfico N° 11 podemos observar que los resultados de la pre prueba indican que un 45.9%(17) tienen conocimiento medio sobre alimentación y nutrición, un 43.3%(16) bajo y 10.8%(4) alto; asimismo en la post prueba el 83.8%(31) alto, un 10.8%(4) medio y 5.4%(2) bajo.

Tabla N° 13. Las madres dan de comer a sus niños cuando tiene hambre, de la localidad de Acomayo – 2015.

Madres que dan de comer a su niño cuando tiene hambre	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	3	8.1%	0	0%
Algunas veces	1	2.7%	0	0%
Casi siempre	20	54.1%	4	10.8%
Siempre	13	35.1%	33	89.2%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 12. Madres que dan de comer a su niño cuando tiene hambre.



INTERPRETACIÓN

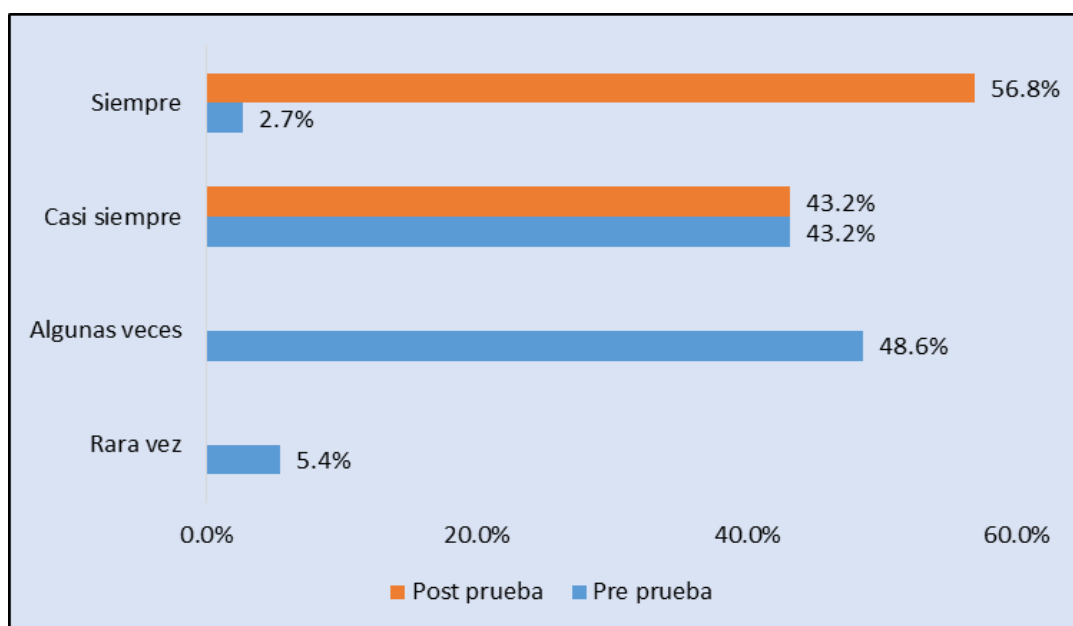
En el gráfico N° 12 podemos observar que los resultados de la pre prueba en relación a las actitudes de las madres cuando su niño tiene hambre un 54.1%(20) es casi siempre y en su minoría un 2.7%(1) algunas veces; asimismo en la post prueba el 89.2%(33) es siempre y en su minoría es 10.8%(4) casi siempre.

Tabla N° 14. Paciencia de las madres cuando les dan de alimentar a sus hijos, de la localidad de Acomayo – 2015.

Paciencia de las madres cuando les dan de alimentar.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	Fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	2	5.4%	0	0%
Algunas veces	18	48.6%	0	0%
Casi siempre	16	43.2%	16	43.2%
Siempre	1	2.7%	21	56.8%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 13. Paciencia de las madres cuando les dan de alimentar.



INTERPRETACIÓN

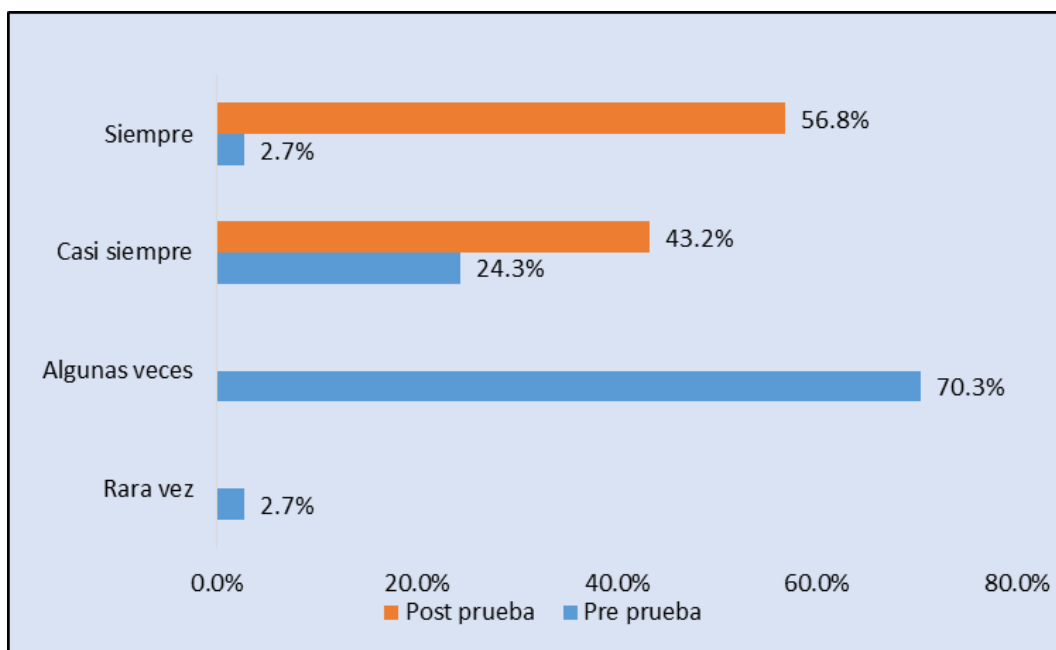
En el gráfico N° 13 podemos observar que los resultados de la pre prueba en relación a la paciencia de las madres de niños de 12 a 36 meses cuando les dan de alimentar un 48.6%(18) es algunas veces y en su minoría un 2.7%(1) siempre; asimismo en la post prueba el 56.8%(21) es siempre y 43.2%(16) casi siempre.

Tabla N° 15. Las madres brindan cariño, afecto y amor a sus hijos durante la alimentación de la localidad de Acomayo – 2015.

Las madres brindan cariño, afecto y amor a sus hijos.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	1	2.7%	0	0%
Algunas veces	26	70.3%	0	0%
Casi siempre	9	24.3%	16	43.2%
Siempre	1	2.7%	21	56.8%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 14. Las madres brindan cariño, afecto y amor a sus hijos.



INTERPRETACIÓN

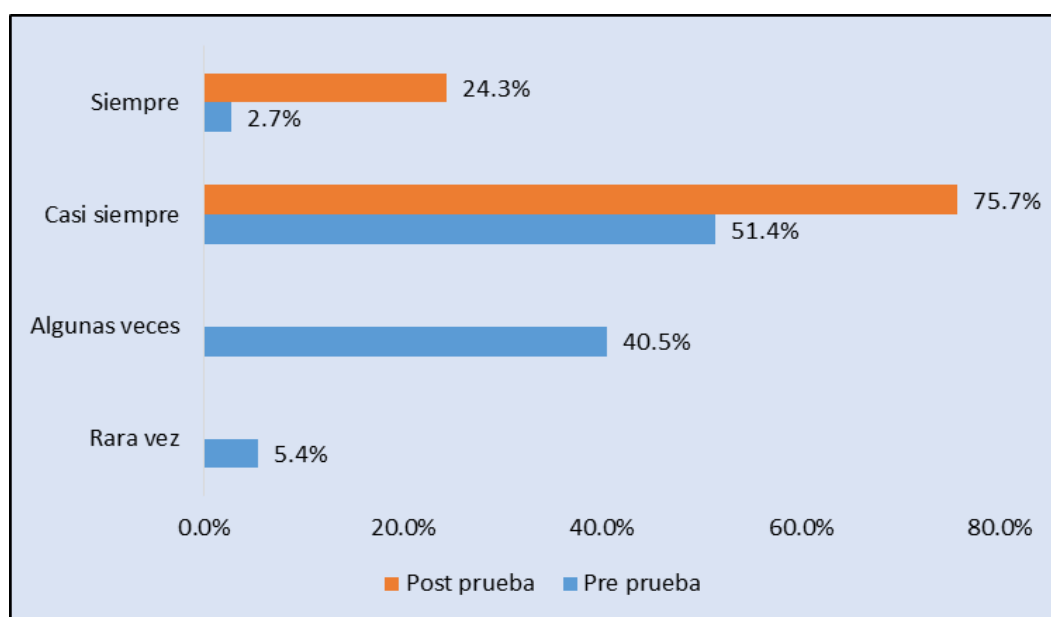
En el gráfico N° 14 podemos observar que los resultados de la pre prueba en relación a si las madres brindan cariño, afecto y amor a sus hijos durante la alimentación un 70.3%(26) es algunas veces y en su minoría un 2.7%(1) rara vez y siempre; asimismo en la post prueba el 56.8%(21) es siempre y 43.2%(16) casi siempre

Tabla N° 16. Adquisición de alimentos de origen animal por parte de las madres para el consumo de sus hijos, de la localidad de Acomayo – 2015.

Adquisición de alimentos de origen animal.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	2	5.4%	0	0%
Algunas veces	15	40.5%	0	0%
Casi siempre	19	51.4%	28	75.7%
Siempre	1	2.7%	9	24.3%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 15. Adquisición de alimentos de origen animal.



INTERPRETACIÓN

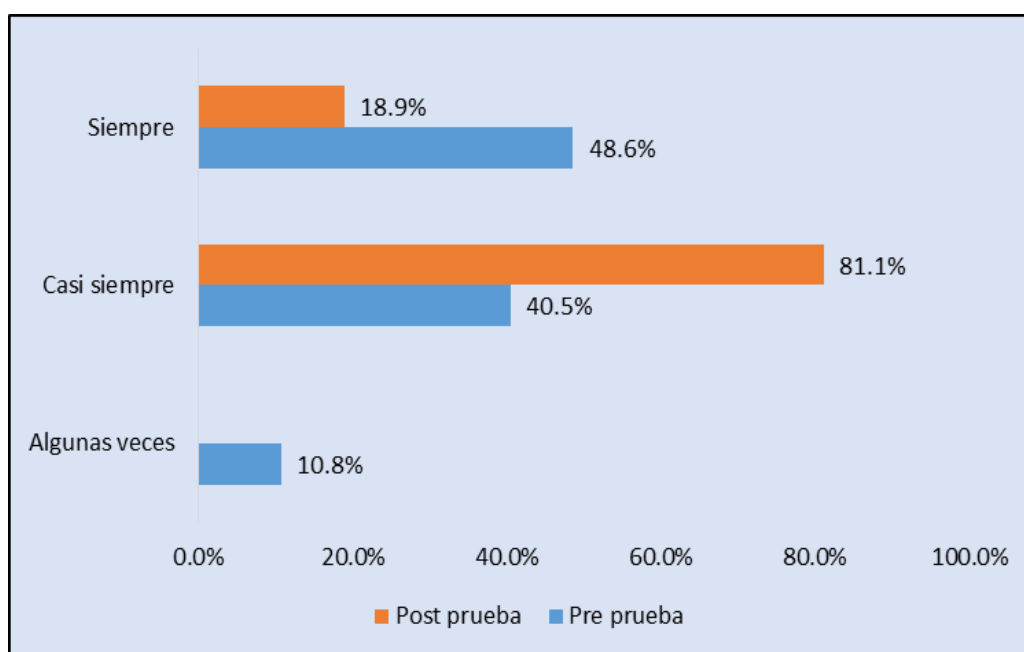
En el gráfico N° 15 podemos observar que los resultados de la pre prueba en cuanto a las madres que adquieren alimentos de origen animal para el consumo de sus hijos un 51.4%(19) es casi siempre y en su minoría un 2.7%(1) siempre; asimismo en la post prueba el 75.7%(28) es casi siempre y 24.3%(9) siempre.

Tabla N° 17. Adquisición de alimentos de origen vegetal por parte de las madres para el consumo de sus hijos, de la localidad de Acomayo – 2015.

Adquisición de alimentos de origen vegetal.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	0	0%	0	0%
Algunas veces	4	10.8%	0	0%
Casi siempre	15	40.5%	30	81.1%
Siempre	18	48.6%	7	18.9%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 16. Adquisición de alimentos de origen vegetal.



INTERPRETACIÓN

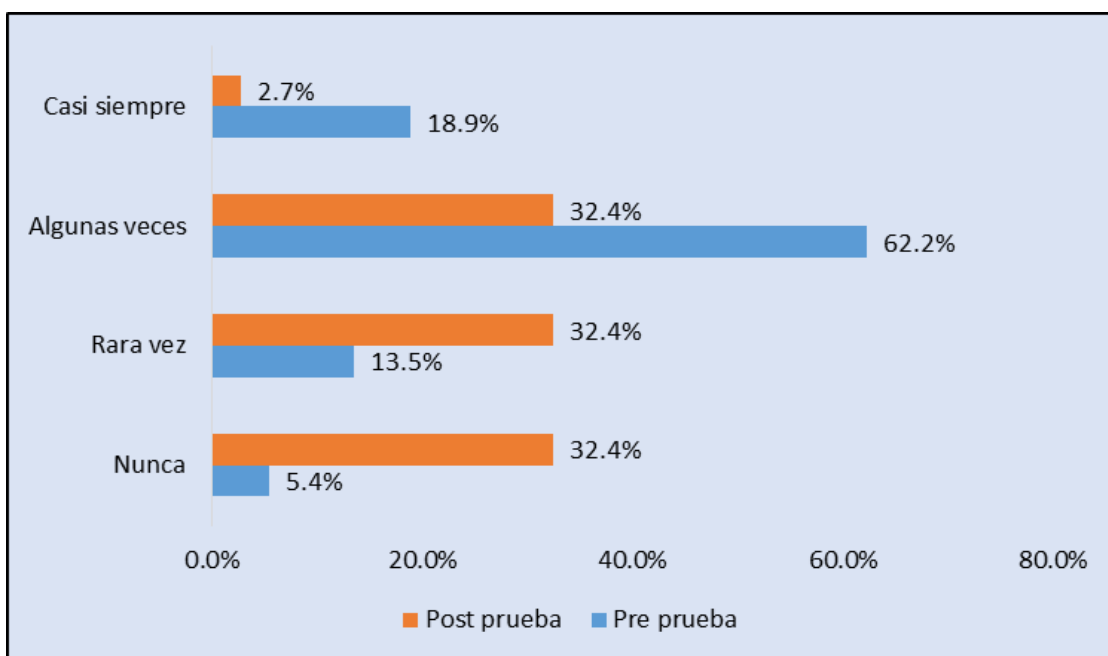
En el gráfico N° 16 podemos observar que los resultados de la pre prueba en cuanto a las madres que adquieren alimentos de origen vegetal para el consumo de sus hijos un 48.6%(18) es siempre y en su minoría un 10.8%(4) algunas veces; asimismo en la post prueba el 81.1%(30) es casi siempre y en minoría el 18.9%(7) siempre.

Tabla N° 18. Adquisición de alimentos con grasa o chatarra por parte de las madres de niños de 12 a 36 para el consumo de sus hijos, de la localidad de Acomayo – 2015.

Adquisición de alimentos con grasa o chatarra.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	2	5.4%	12	32.4%
Rara vez	5	13.5%	12	32.4%
Algunas veces	23	62.2%	12	32.4%
Casi siempre	7	18.9%	1	2.7%
Siempre	0	0%	0	0%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 17. Adquisición de alimentos con grasa o chatarra.



INTERPRETACIÓN

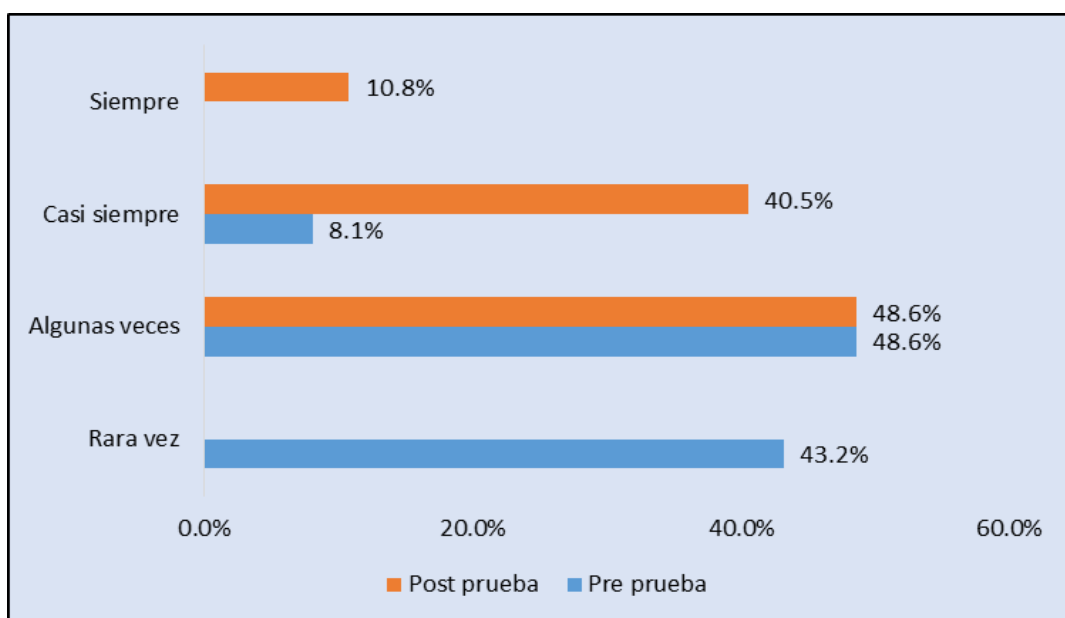
En el gráfico N° 17 podemos observar que los resultados de la pre prueba en cuanto a las madres que adquieren alimentos con grasa o chatarra para el consumo de sus hijos un 62.2%(23) es algunas veces y en su minoría un 5.4%(2) nunca; asimismo en la post prueba el 32.4%(12) es nunca, rara vez y alguna vez respectivamente.

Tabla N° 19. Las madres de niños de 12 a 36 meses se sienten capaces de incorporar alimentos más saludables, de la localidad de Acomayo – 2015.

Se siente capaz de incorporar alimentos más saludables.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	16	43.2%	0	0%
Algunas veces	18	48.6%	18	48.6%
Casi siempre	3	8.1%	15	40.5%
Siempre	0	0%	4	10.8%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 18. Las madres de niños de 12 a 36 meses se sienten capaces de incorporar alimentos más saludables.



INTERPRETACIÓN

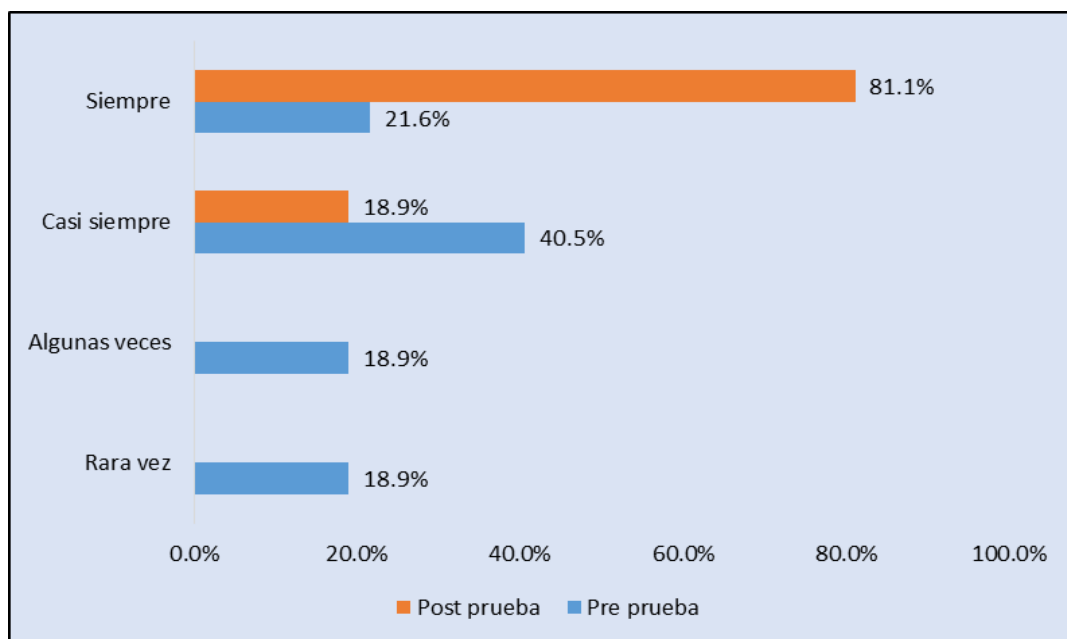
En el gráfico N° 18 podemos observar que los resultados de la pre prueba en cuanto a las madres de niños que se sienten capaces de incorporar alimentos más saludables un 48.6%(18) es algunas veces y en su minoría un 8.1%(3) casi siempre; asimismo en la post prueba el 48.6%(18) es algunas veces y en su minoría un 10.8%(4) es siempre.

. Tabla N° 20. Frecuencia con la que suelen servir menestras las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

Frecuencia con la que suelen servir menestras.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	7	18.9%	0	0%
Algunas veces	7	18.9%	0	0%
Casi siempre	15	40.5%	7	18.9%
Siempre	8	21.6%	30	81.1%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 19. Frecuencia con la que suelen servir menestras.



INTERPRETACIÓN

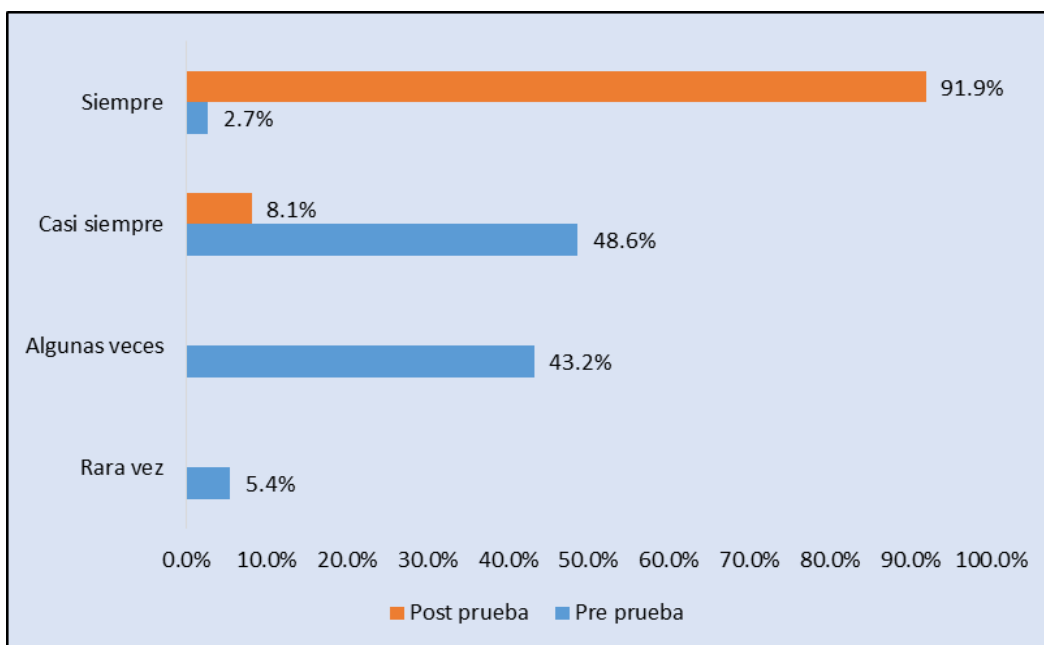
En el gráfico N° 19 podemos observar que los resultados de la pre prueba en cuanto a la frecuencia con la que suelen servir menestras un 40.5%(15) es casi siempre y en su minoría un 18.9%(7) rara vez; asimismo en la post prueba el 81.1%(30) es siempre y un 18.9%(7) es casi siempre.

Tabla N° 21. Los alimentos que favorecen el crecimiento del niño (a) deben ser considerados en una alimentación nutritiva para las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

Los alimentos que favorecen el crecimiento deben ser considerados en una alimentación.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	2	5.4%	0	0%
Algunas veces	16	43.2%	0	0%
Casi siempre	18	48.6%	3	8.1%
Siempre	1	2.7%	34	91.9%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 20. Los alimentos que favorecen el crecimiento del niño (a) deben ser considerados en una alimentación nutritiva para las madres.



INTERPRETACIÓN

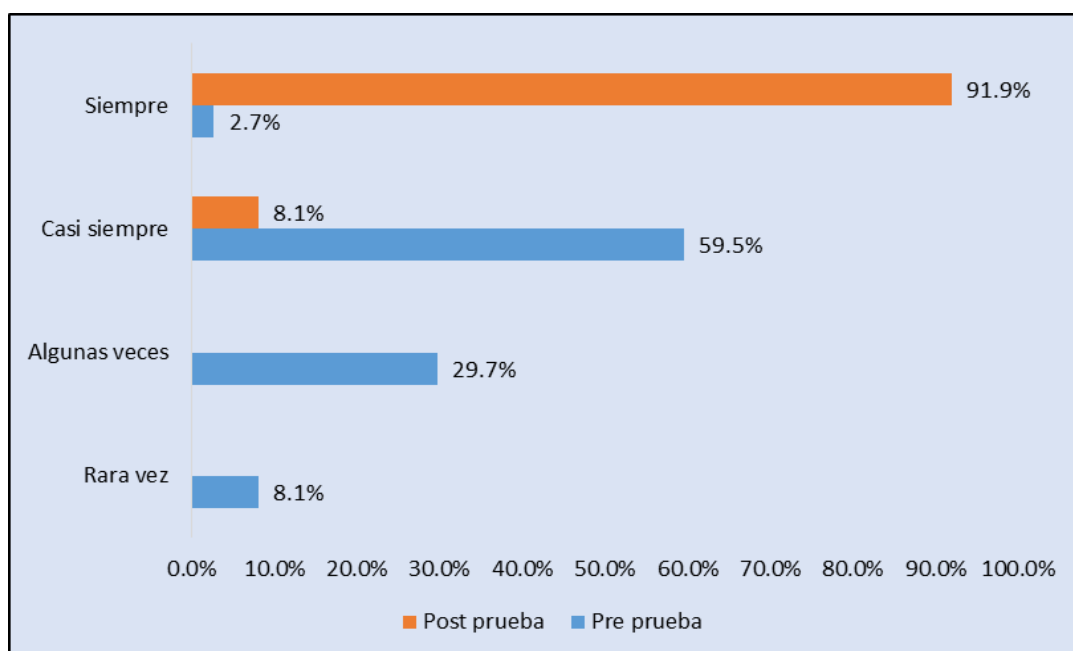
En el gráfico N° 20 podemos observar que los resultados de la pre prueba en cuanto a los alimentos que favorecen el crecimiento del niño deben ser considerados en una alimentación nutritiva un 48.6%(18) es casi siempre y en su minoría un 2.7%(1) siempre; asimismo en la post prueba el 8.1%(3) es casi siempre y un 91.9%(34) es siempre.

Tabla N° 22. Los alimentos que aporta más energía al niño (a) deben ser considerados en una alimentación nutritivas para las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

Los alimentos que aporta más energía deben ser considerados en una alimentación.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Nunca	0	0%	0	0%
Rara vez	3	8.1%	0	0%
Algunas veces	11	29.7%	0	0%
Casi siempre	22	59.5%	3	8.1%
Siempre	1	2.7%	34	91.9%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 21. Los alimentos que aporta más energía al niño (a) deben ser considerados en una alimentación nutritivas para las madres.



INTERPRETACIÓN

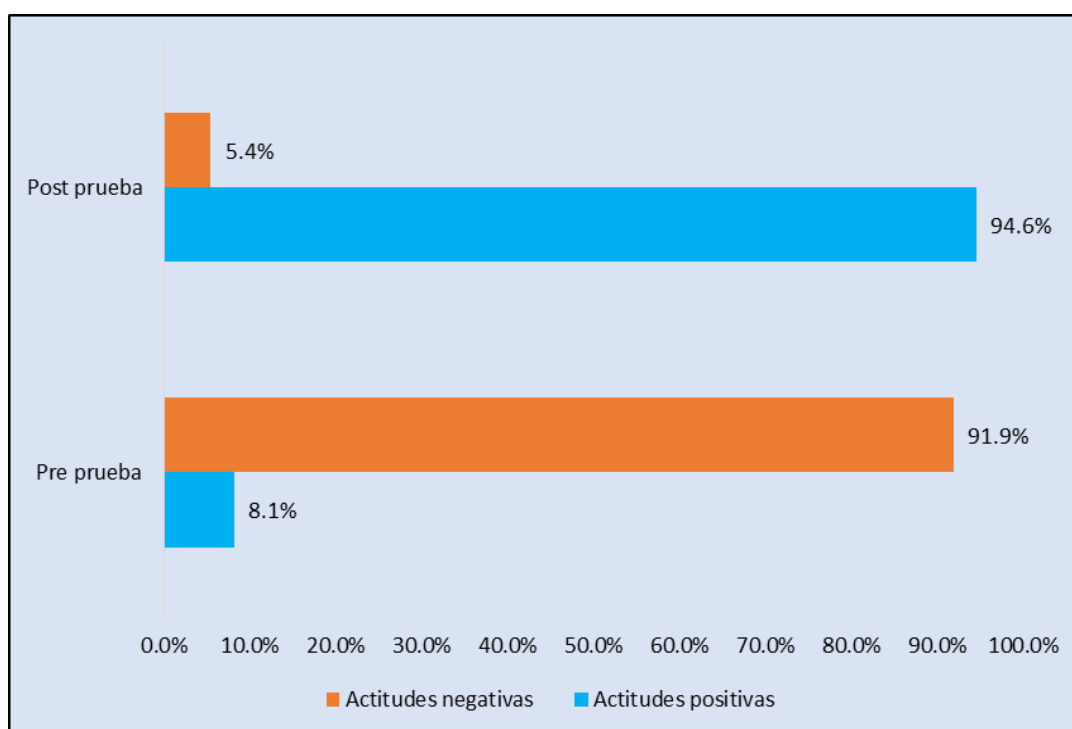
En el gráfico N° 21 podemos observar que los resultados de la pre prueba en cuanto a los alimentos que aportan más energía deben ser considerados en una alimentación nutritiva un 59.5%(22) es casi siempre y en su minoría un 2.7%(1) siempre; asimismo en la post prueba el 8.1%(3) es casi siempre y un 91.9%(34) es siempre.

Tabla N° 23. Actitudes de alimentación y nutrición de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

Actitudes de alimentación y nutrición de las madres.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Actitudes positivas	3	8.1 %	35	94.6%
Actitudes negativas	34	91.9 %	2	5.4%
Total	37	100.0%	37	100.00

FUENTE: Escala de Likert.

Gráfico N° 22. Actitudes de alimentación y nutrición.



INTERPRETACIÓN

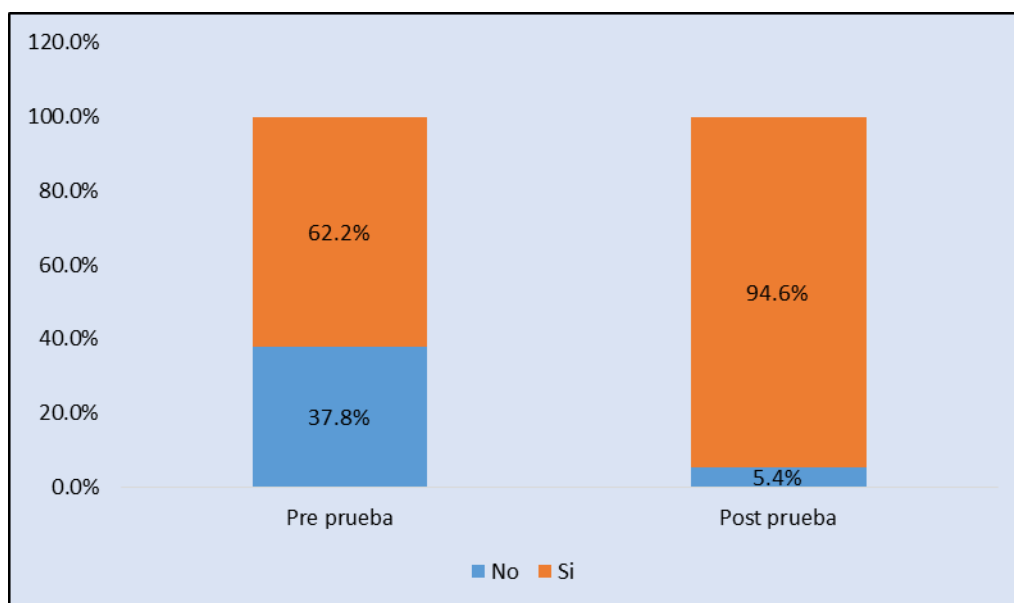
En el gráfico N° 22 podemos observar que los resultados de la pre prueba indican que un 91.9%(34) tienen actitudes negativas sobre alimentación y nutrición y un 8.1%(3) positivas; asimismo en la post prueba el 94.6%(35) tienen actitudes positivas y 5.4%(2) negativas.

Tabla N° 24. La madre le da al niño (a) los alimentos de la olla familiar de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

La madre le da al niño (a) los alimentos de la olla familiar.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
^F No	14	37.8%	2	5.4%
^S Si	23	62.2%	35	94.6%
^U Total	37	100.0	37	100.00

ENTE: Guía de observación

Gráfico N° 23. La madre le da al niño (a) los alimentos de la olla familiar.



INTERPRETACIÓN

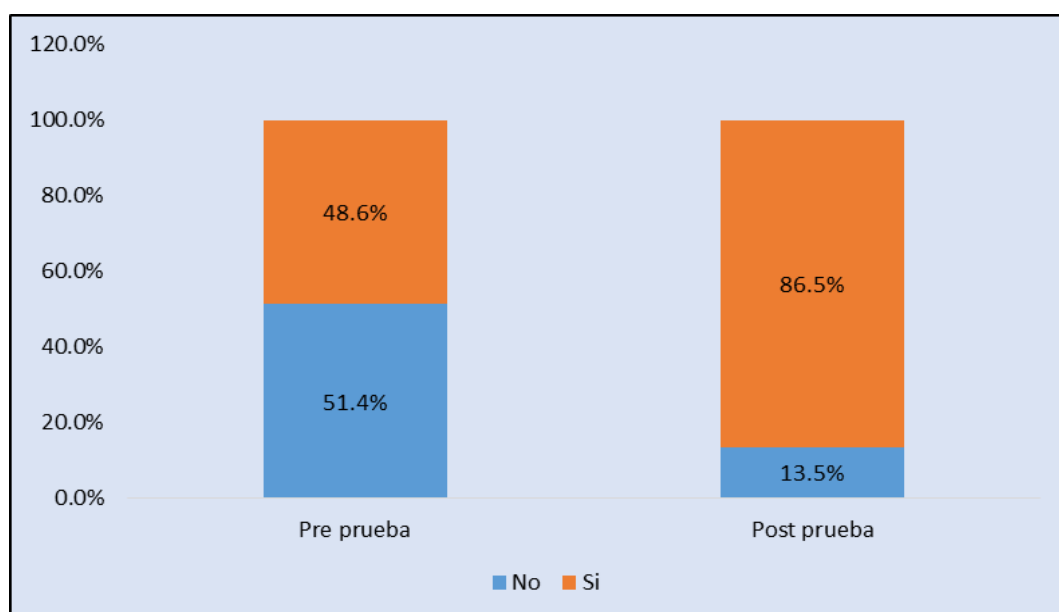
En el gráfico N° 23 podemos observar que los resultados de la pre prueba en relación si la madre le da al niño los alimentos de la olla familiar un 62.2%(23) es si y un 37.8%(14) no; asimismo en la post prueba el 94.6%(35) es si siempre y un 5.4%(2) es no.

Tabla N° 25. Durante la alimentación la madre brinda afecto al niño (a) de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

Durante la alimentación la madre brinda afecto al niño (a).	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
No	19	51.4%	5	13.5%
Si	18	48.6%	32	86.5%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Guía de observación

Gráfico N° 24. Durante la alimentación la madre brinda afecto al niño/a.



INTERPRETACIÓN

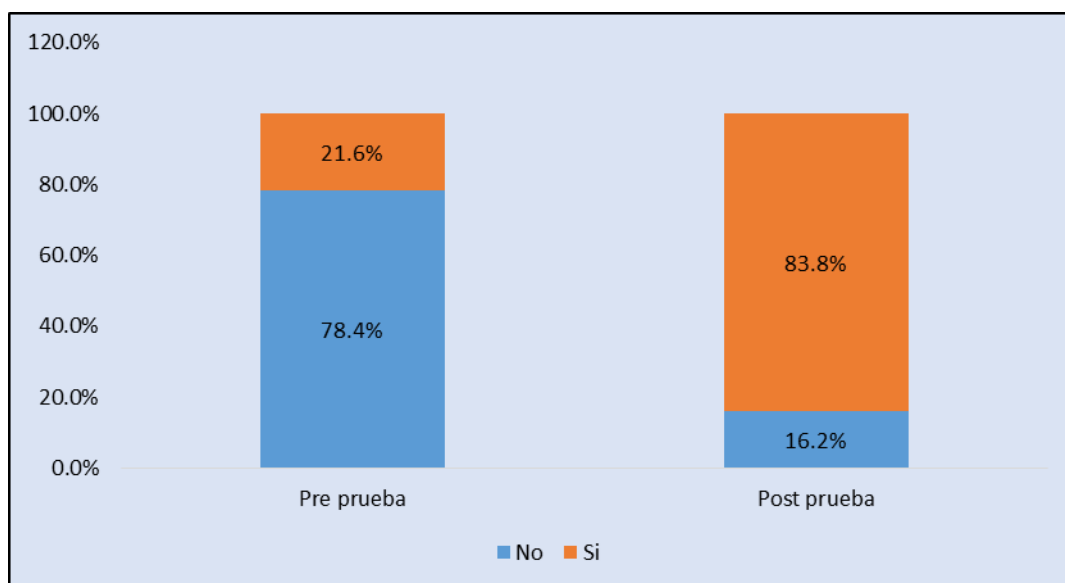
En el gráfico N° 24 podemos observar que los resultados de la pre prueba en relación si durante la alimentación la madre brinda afecto al niño un 51.4%(19) es no y un 48.6%(18) sí; asimismo en la post prueba el 86.5%(32) es si y un 13.5%(5) es no.

Tabla N° 26. Aplica los momentos claves del lavado de manos las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

Aplica los momentos claves del lavado de manos.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
No	29	78.4%	6	16.2%
Si	8	21.6%	31	83.8%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Guía de observación

Gráfico N° 25. Aplica los momentos clave del lavado de manos las madres.



INTERPRETACIÓN

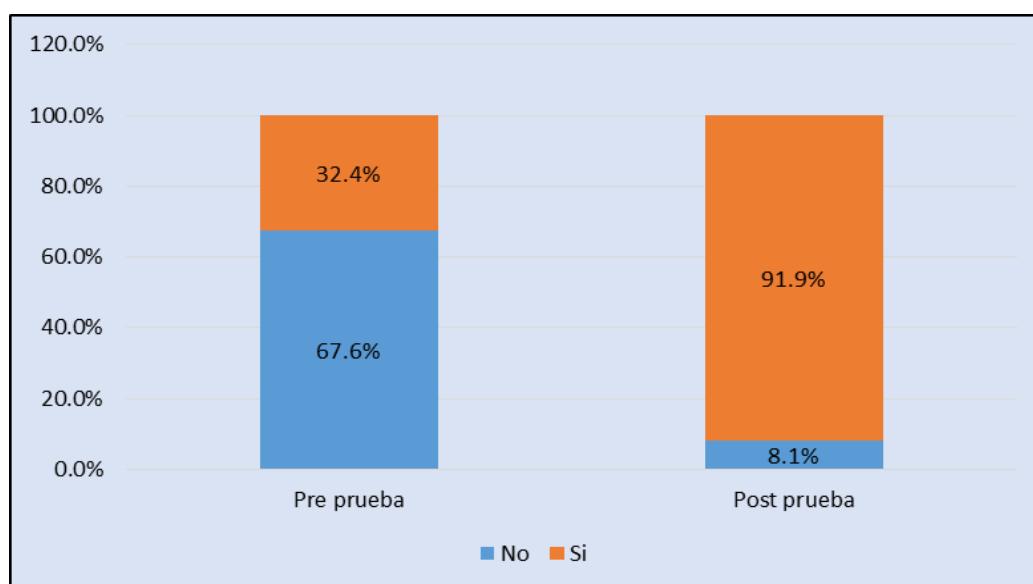
En el gráfico N° 25 podemos observar que los resultados de la pre prueba en relación si la madre aplica los momentos claves del lavado de manos un 78.4%(29) es no y un 21.6%(8) sí; asimismo en la post prueba el 83.8%(31) es si y un 16.2%(6) es no.

Tabla N° 27. El niño de 12 a 36 meses consume alimentación balanceada de la localidad de Acomayo – 2015.

Consume alimentación balanceada.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
No	25	67.6%	3	8.1%
Si	12	32.4%	34	91.9%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Guía de observación

Gráfico N° 26. El niño de 12 a 36 meses consume alimentación balanceada.



INTERPRETACIÓN

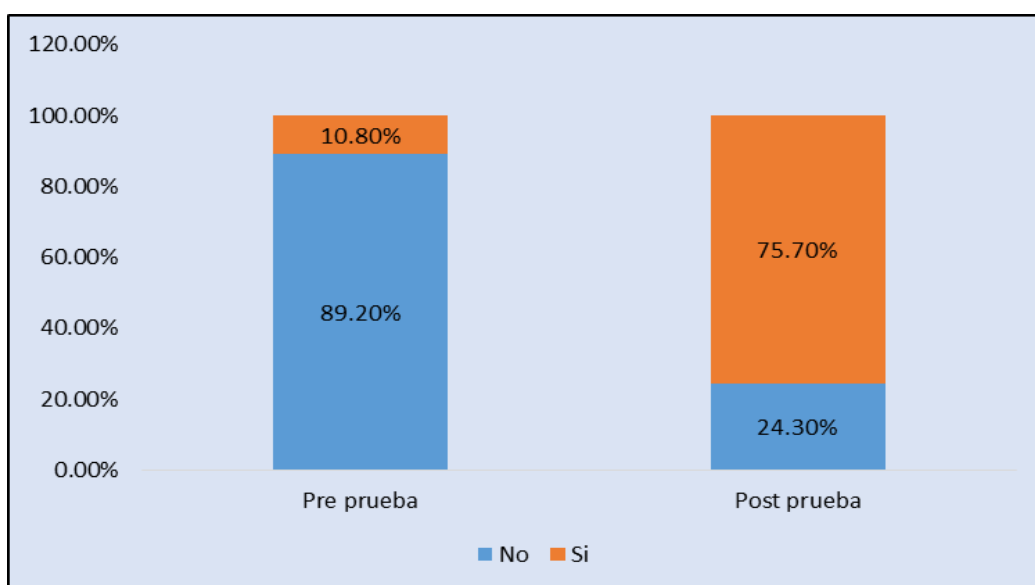
En el gráfico N° 26 podemos observar que los resultados de la pre prueba en relación si el niño consume alimentación balanceada un 67.6%(25) es no y un 32.4%(12) sí; asimismo en la post prueba el 91.9%(34) es si y un 8.1%(3) es no.

Tabla N° 28. La madre reúne condiciones de brindar una alimentación saludable a su niño (a) de 12 a 36 meses de edad de la localidad de Acomayo – 2015.

Reúne condiciones de brindar una alimentación saludable.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
No	33	89.2%	9	24.3%
Si	4	10.8%	28	75.7%
Total	37	100.0%	37	100.00%

FUENTE: Guía de observación

Gráfico N° 27. La madre reúne condiciones de brindar una alimentación saludable.



INTERPRETACIÓN

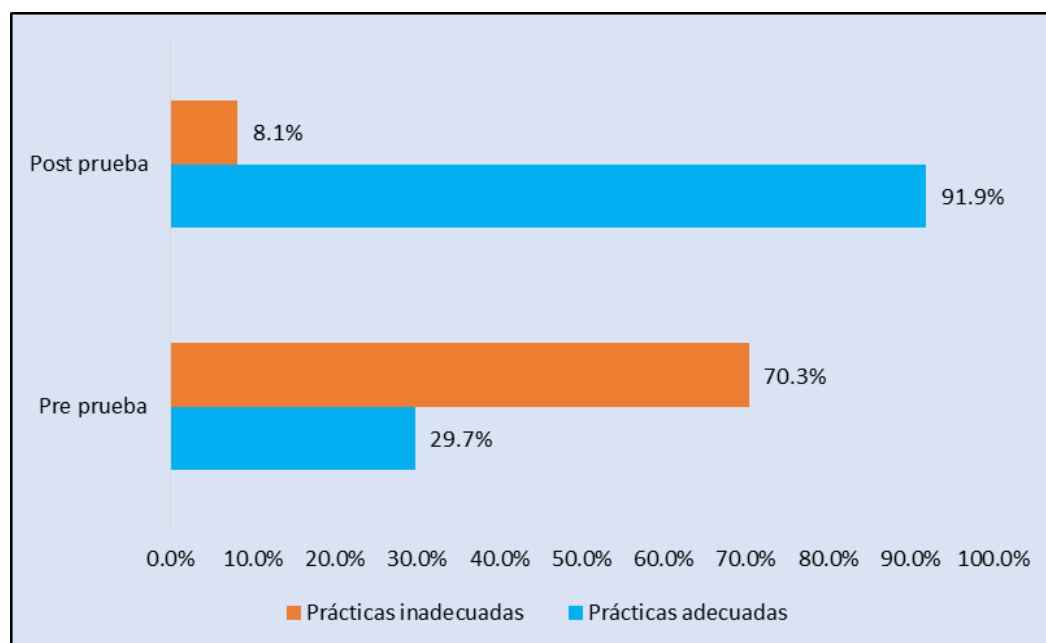
En el gráfico N° 27 podemos observar que los resultados de la pre prueba en relación si la madre reúne las condiciones de brindar una alimentación saludable un 89.2%(33) es si y un 10.8%(4) no; asimismo en la post prueba el 75.7%(28) es si y un 24.3%(9) es no.

Tabla N° 29. Practicas sobre alimentación y nutrición por parte de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo – 2015.

Prácticas de alimentación y nutrición de las madres.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Prácticas adecuadas	11	29.7%	34	91.9%
Prácticas inadecuadas	26	70.3%	3	8.1%
Total	37	100.0	37	100.00

FUENTE: Guía de observación

Gráfico N° 28. Prácticas sobre alimentación y nutrición.



INTERPRETACIÓN

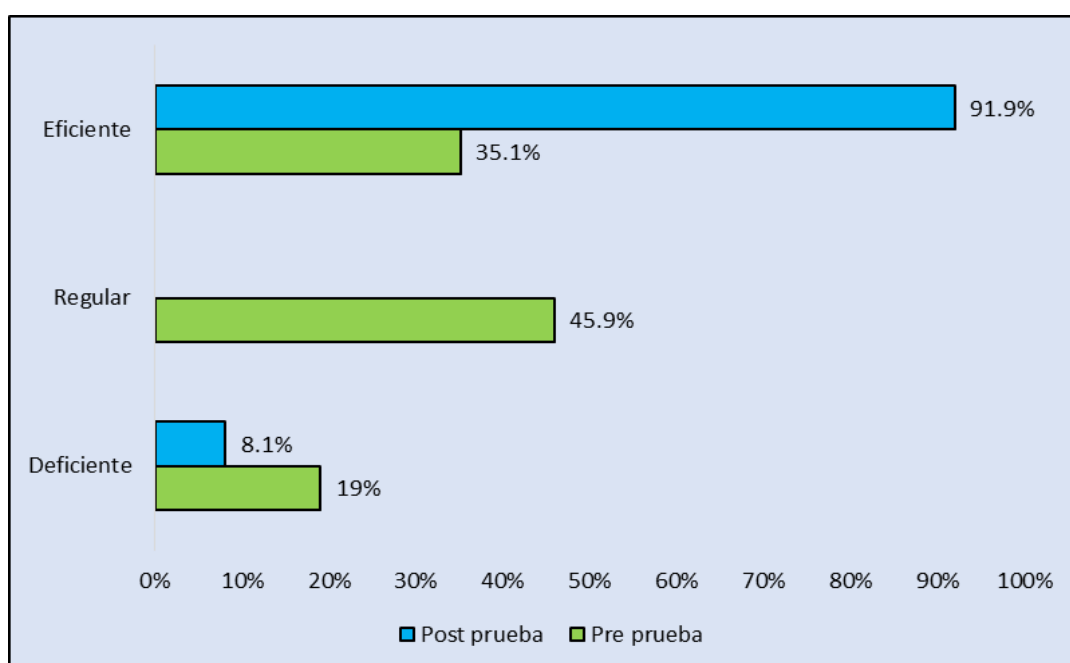
En el gráfico N° 28 podemos observar que los resultados de la pre prueba indican que un 70.3%(26) tienen practicas inadecuadas sobre alimentación y nutrición y en minoría un 29.7%(11) adecuadas; asimismo en la post prueba el 91.9% (34) tienen practicas adecuadas y 8.1%(3) inadecuadas.

Tabla N° 30. Cambio de comportamiento de las madres de niños de 12 a 36 meses sobre alimentación y nutrición de la localidad de Acomayo – 2015.

Cambio de comportamiento de las madres.	Pre prueba		Post prueba	
	fi	%	fi	%
Deficiente	7	19%	3	8.1%
Regular	17	45.9%		
Eficiente	13	35.1%	34	91.9%
Total	37	100	37	100

FUENTE: Cuestionario.

Gráfico N° 29: Cambio de comportamiento de las madres de 12 a 36 meses.



INTERPRETACIÓN

En el gráfico N° 29 podemos observar que los resultados de la pre prueba indican que un 45.9%(17) de las madres tienen regular cambio de comportamiento sobre alimentación y nutrición, un 35.1%(17) eficiente y 19%(7) deficiente; asimismo en la post prueba el 91.9%(34) tienen un efectivo cambio de comportamiento y un 8.1%(3) deficiente.

3.1.1.3. ANALISIS INFERENCIAL DE DATOS.

HIPÓTESIS.

Para el contraste de hipótesis se aplicó el criterio del valor de p (Sig. Asintótica – bilateral). **Si el valor de p es menor que 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula.**

HIPÓTESIS GENERAL.

Hi: La promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento de las madres de los niños de 12 a 36 meses en la localidad de Acomayo – 2015 es efectiva.

Ho: La promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento de las madres de los niños de 12 a 36 meses en la localidad de Acomayo – 2015 no es efectiva.

Aplicando la prueba de T de Student se tiene lo siguiente:

Tabla N° 31: Prueba de Hipótesis de la Efectividad de promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 meses a 36 meses.

Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Después	37	1,549	,255
	Antes	37	2,255	,371

Prueba de muestras relacionadas

	t	Gl	Sig. (bilateral)
Par 1 Después – Antes	11,064	36	,000

Fuente: Cuestionario

DECISIÓN

Se tiene que el valor de $t=11,064$; $Gl= 36$ y $p = 0.000$; siendo este último menor que 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se puede afirmar que la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 meses a 36 meses es efectiva.

Aplicando la prueba de Normalidad se tiene lo siguiente:

Tabla N° 32: Prueba de Normalidad para efectuar la t de student sobre la Efectividad de promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 meses a 36 meses.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		Después	Antes
N		37	37
Parámetros normales ^{a,b}	Media	18,73	14,00
	Desviación típica	2,491	1,650
	Absoluta	,327	,230
Diferencias más extremas	Positiva	,305	,203
	Negativa	-,327	-,230
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,989	1,397
Sig. asintót. (bilateral)		,001	,040

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

DECISIÓN

Se tiene que el valor p en el antes es 0.001 y en el después 0.040 que son menores que 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula cuyos datos siguen una distribución normal.

CAPÍTULO IV

IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Antes de iniciar la discusión, es importante remarcar que los niveles de fiabilidad por consistencia interna y validez de constructo de los instrumentos utilizados han sido óptimos. Estos datos dan garantía para su uso en el presente estudio.

En base a estas exigencias prioritarias y en relación al objetivo general, el presente estudio ha demostrado la efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo-2015; los datos obtenidos nos permitirán generalizar la efectividad de promoción de la salud. Las pruebas estadísticas demuestran los logros significativos alcanzados; siendo el valor de $t=11,064$ estadística calculada, $Gl=36$ y el valor de $p= 0.000$ cuyo nivel de significancia fue de 0.05; donde los resultados de la pre prueba indican que un 45.9% de las madres tienen regular cambio de comportamiento sobre alimentación y nutrición, un 35.1% eficiente y 19% deficiente por la cual deducimos que las madres requieren promoción de alimentación y nutrición que puede modificar sus comportamientos; de esta manera en la post prueba luego de la intervención educativa, el 91.9% tienen un efectivo cambio de comportamiento y un 8.1% deficiente.

Los resultados obtenidos son realmente interesantes, y esperamos que los datos se sigan en el mismo sentido a largo plazo.

Este resultado es respaldado por el modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, modelo que es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, porque nos permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, genera conductas saludables permitiendo a las personas incrementar el control sobre su salud con la finalidad de mejorarla.

Asimismo permite modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. Para ello es necesario que nosotros los enfermeros tengamos la capacidad de empoderamiento hacia las personas y comunidades para realizar una intervención educativa de salud eficaz.

Por ello la educación para la salud, es un conjunto de oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar los conocimientos, prácticas y actitudes sanitarias positivas permitiendo el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud, responsabilizando a los ciudadanos en la defensa de su salud propia y colectiva, función importante de los profesionales de la salud.

En la actualidad las políticas de salud tratan de reorientar los servicios sanitarios para responder de forma efectiva a las nuevas necesidades de salud de la sociedad, el papel de la promoción y educación para la salud es fundamental en el desarrollo de dichas políticas.

En concordancia con nuestros hallazgos, Chávez Pajares R, en su estudio titulado " Aplicación del programa educativo escolar sano con alimentación saludable y su influencia en el nivel cognitivo y en las prácticas nutricionales de las madres de la I.E 2099 El Sol- distrito de Huaura (período 2010- 2011)"; incrementó de manera significativa los

conocimientos y prácticas nutricionales en las madres de dicha Institución a través de la aplicación de su programa. Además se utilizó la T de Student que alcanzó un valor $t = -18.284$ <, $n-1 = -1.721$, rechazando la H_0 , y acepta la H_1 con una Sig. bilateral= 0,000 lo cual significa que rechaza la hipótesis nula.

Dentro del Objetivo específico se planteó conocer el comportamiento de las madres de niños de 12 a 36 meses antes y después de la aplicación de la promoción de alimentación y nutrición, en la pre prueba indican que un 70.3% tienen practicas inadecuadas sobre alimentación y nutrición y un 29.7% adecuadas; asimismo en la post prueba el 91.9% tienen practicas adecuadas y 8.1% inadecuadas, lo cual nos indica el cambio de comportamiento de las madres; en cuanto a las actitudes de las madres de niños de 12 a 36 meses antes y después de la aplicación de la promoción de alimentación y nutrición, en la pre prueba el 8.1% poseían actitudes positivas; luego de la mediación se obtuvo un 94.6% de las mismas.

Respaldando a nuestros resultados, la teoría Constructivista del desarrollo Moral de Piaget afirma que el desarrollo moral así como el de las actitudes dependen del desarrollo intelectual y el aprendizaje donde progresivamente el individuo va atribuyendo significado a las normas que rigen el comportamiento en la sociedad y las actitudes se van modificando por acciones aprendidas.

Del mismo modo Prochaska, señala que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto, y que los individuos se hallan a diversos niveles de motivación o disposición para cambiar, considera para que el cambio de conducta se lleve a cabo sigue una serie de pasos:

la Pre-contemplación (Pre-conciencia) etapa en la que la personas no tiene intención de cambiar de conducta en un futuro próximo, no son conscientes del problema, o niegan el peligro que supone su conducta actual; en la etapa de contemplación (Consciencia) la persona es consciente de la existencia y están pensando seriamente en hacer algo para superarlo, pero todavía no se han comprometido a hacerlo; en la etapa de la Preparación (Intención) las personas tienen intención de hacer algo para superar el problema en un futuro próximo y posiblemente lo hayan intentado en el pasado reciente, aunque no de manera constante; la etapa de acción refiere que las personas cambian la percepción que tienen de su conducta y experiencias o entorno para superar sus problemas y el cambio de conducta apenas comienza; y finalmente la etapa de mantenimiento, donde se hace un esfuerzo para no retroceder el camino avanzado y mantener el cambio de comportamiento durante un largo período de tiempo, la promoción de salud permite que el individuo modifique su comportamiento por un largo plazo.

En el estudio Consejería en vida sana y cambio de conductas en escolares obesos: intervención controlada en madres/cuidadoras (Castillo A, Kain J), encontraron que la consejería contribuyó a que los niños del grupo intervenido disminuyeran el tiempo diario de televisión y mejoraran la calidad nutricional, comparado a lo observado en el grupo control. Por tanto la consejería es efectiva y es una estrategia de prevención.

Asimismo en el estudio "Efectividad de una intervención educativa sobre prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las Madres de niños preescolares" de Sánchez Guevara S, obtuvo resultados de las variables del pre -test y post- test utilizando la prueba T

de Student para dos muestras relacionadas, en la comparación de los promedios, enfocados a los objetivos planteados; lo cual se observa que antes de aplicar la Intervención Educativa el promedio de conocimiento fue de 9,57 y la práctica fue de 49,97, dichos resultados variaron después de la Intervención logrando un promedio de 14,30 de conocimiento y 61,11 de práctica, concluyendo que la aplicación de una Intervención Educativa fue efectiva en las madres de niños preescolares.

Del mismo modo, el modelo de Creencias de Salud, desarrollada por Rosenstock (1974-1977), se encuentra estrechamente identificado con el campo de la educación en salud, desdice que el comportamiento de salud es una función tanto del conocimiento como de las actitudes. Enfatiza a la percepción de una persona acerca de su vulnerabilidad a una enfermedad y la eficacia del tratamiento, tendrán influencia sobre sus decisiones en relación con sus comportamientos de salud.

Por su parte, Salas M, en su estudio titulado "Efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, Institución Educativa Mi Jesús N° 083", encontró tanto en el grupo experimental y control que la mayoría de las madres era de nivel medio y las prácticas alimentarias eran de poco adecuadas a inadecuadas antes de la intervención; después de la intervención educativa, en el grupo experimental, predominó el nivel de conocimiento alto y las prácticas alimentarias adecuadas y en el grupo control mejoró ligeramente; coincidiendo con nuestros resultados.

También la doctrina de Platón menciona que el progreso de la mente humana desde la ignorancia hasta el conocimiento se desarrolla en dos campos principales el de la doxa (opinión) y la episteme (conocimiento), la

primera considera a las imágenes y la segunda a los modelos. El ser humano progresa de un estado mental a otro, cuando este es capaz de internalizarlo y aprender; la promoción de alimentación y nutrición que establecen los investigadores está basado en sesiones educativas y demostrativas que permitirán el cambio de conducta, conocimientos, prácticas y actitudes en las madres de niños menores de 3 años.

A su vez la teoría de Wechsler David, define a las prácticas como la capacidad para actuar con un propósito concreto, pensar racionalmente y relacionarse eficazmente con el ambiente; en el presente estudio los investigadores han elaborado sesiones educativas y demostrativas con la finalidad de proporcionar conocimientos a las madres menores de 3 años, sensibilizarlas en cuanto a su importancia, en cuantas veces a la semana debe consumir verduras, frutas, etc; conocimientos y practicas básicas que toda madre debe de poseer para mejorar la salud de su hijo.

En cuanto al objetivo aplicar el programa de promoción sobre alimentación y nutrición, luego de haberse aplicado observamos cambios significativos.

Por su parte Cisneros E, Vallejos Y; en su estudio titulado "Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014", obtuvieron resultados similares a nuestro estudio, ellos también utilizaron la t Student de muestras relacionadas con un 95% de confianza, obteniendo un efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor T ya que en el Pos Test el 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego el 76% tenían prácticas adecuadas, y el 24 % practicas inadecuadas;

finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas y el 93.3 % actitudes adecuadas

En cuanto al objetivo identificación del grado de conocimientos que tienen las madres de niños de 12 a 36 meses de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable, se encontró en la pre prueba que obtuvieron un 10.8% de conocimiento alto; luego de la intervención educativa en la post prueba se obtuvo un 83.8% del mismo.

Además en cuanto a los conocimientos de los grupos de alimentos un 46.0% indican que son las proteínas, minerales, carbohidratos, vitaminas; y en su minoría un 13.5% vitaminas y verduras; asimismo en la post prueba el 100% menciona a las proteínas, minerales, carbohidratos y vitaminas como grupo de alimentos. También sobre el conocimiento de cuantas veces a la semana su niña/niño debe consumir verduras un 40.5% indican 2 a 3 veces a la semana y en la post prueba el 73.0% mencionan de 4 a 5 veces a la semana.

En relación a cuantas veces a la semana su niña/niño debe consumir alimentos de origen animal en la pre prueba un 59.5% indican 4 a 5 veces a la semana y en su minoría un 10.8% una vez a la semana; y en la post prueba el 83.8% mencionan de 4 a 5 veces a la semana.

Apoyando a dichos resultados tenemos la Teoría de Dorotea Orem, quien compone la Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería donde define a la salud como un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones;

por la cual el personal de salud debe realizar promoción de la salud para que el individuo pueda autocuidarse conceptualizando todo lo enseñando en la intervención educativa, modifique su comportamiento y practique una alimentación y nutrición saludable para con sus hijos. El mantenimiento de los conocimientos altos, actitudes positivas y prácticas adecuadas dependerá de la retroalimentación continua.

A su vez encontramos a Alvarado, Tabares, Delisle, Zunzunegui en el estudio titulado Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos, a través de un cuestionario de frecuencia de alimentos en 9 grupos focales, y 5 entrevistas a profundidad en madres de menores de 2 años encontraron que existe una prevalencia de desnutrición aguda, 2.6% (<-2DE peso-para-talla); y una prevalencia de 9.8% de desnutrición crónica (<-2DE talla-para-edad). Deduciendo que la falta de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas llevan a que al menos 50% de las madres tengan prácticas de alimentación inadecuadas; en nuestro presente estudio encontramos 45.9% tienen conocimiento medio sobre alimentación y nutrición y un 43.3% bajo.

En la actualidad no existen estudios ni teorías que refuten a nuestros resultados.

Se sugiere para posteriores estudios considerar a las creencias de salud que limiten prácticas adecuadas de alimentación y nutrición, también se sugiere realizar estudios en madres de niños menores de 6 meses a 12 meses para crear un impacto positivo al comenzar con la alimentación complementaria.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio: “Efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo-2015”, llegamos a la siguiente conclusión;

- ✓ En cuanto al objetivo, determinar la efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo en el 2015 se encontró en la pre prueba un 45.9%(17) de las madres tienen regular cambio de comportamiento sobre alimentación y nutrición, un 35.1%(13) eficiente y 19%(7) deficiente; asimismo en la post prueba el 91.9%(34) tienen un efectivo cambio de comportamiento y un 8.1%(3) deficiente.
- ✓ En cuanto al objetivo, conocer el comportamiento de las madres de niños de 12 a 36 meses antes y después de la aplicación de la promoción de alimentación y nutrición se encontró que en la pre prueba un 91.9%(34) tienen actitudes negativas sobre alimentación y nutrición y un 8.1%(3) positivas; mientras que en la post prueba el 94.6%(35) tienen actitudes positivas y 5.4%(2) negativas; asimismo en cuanto a las prácticas 70.3%(26) de las madres tienen practicas inadecuadas sobre alimentación y nutrición, y un 29.7%(11) adecuadas en la pre test; y en la post test el 91.9% (34) tienen practicas adecuadas y 8.1%(3) inadecuadas.
- ✓ En cuanto al objetivo aplicar el programa de promoción sobre alimentación y nutrición, observamos cambios significativos después de la intervención educativa.

- ✓ Finalmente en cuanto al objetivo Identificar el grado de conocimientos que tienen las madres de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable en el pre y post test de las madres de niños de 12 a 36 meses, se encontró en la pre prueba un 45.9%(17) tienen conocimiento medio, un 43.3%(16) bajo y 10.8%(4) alto; asimismo en la post prueba el 83.8%(31) alto, un 10.8%(4) medio y 5.4%(2) bajo.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Las recomendaciones del presente estudio son:

- ❖ En nuestro país existe el modelo de abordaje para la promoción para la salud de donde nos basamos para aplicar dichas intervenciones, sin embargo aún aumentan los casos de desnutrición crónica pese al trabajo que realiza el personal de salud por la cual recomendamos tomar como modelo dicho estudio para usar las sesiones educativas que sensibilizaran y educaran a las madres de niños menores de 3 años sobre alimentación y nutrición.
- ❖ Recomendamos estandarizar nuestras intervenciones educativas que han demostrado su eficacia en el cambio de comportamiento a toda la red de salud a la que pertenecemos.
- ❖ En la facultad de enfermería se debe sensibilizar y mejorar el aprendizaje en cuanto a promoción de la salud en el nivel pregrado ya que es una estrategia de salud pública eficaz.
- ❖ Nuestro gobierno regional y local debe facilitar espacio, tiempo y recursos para que el personal de salud pueda sensibilizar adecuadamente a la población, prioritariamente a las madres de nuestros niños para mejorar los índices de desnutrición crónica; además los representantes de los programas de salud que luchan contra la desnutrición crónica deben ser precedidas por un personal de salud por tener un tacto de sensibilidad alto frente a dicha situación.
- ❖ Recomendamos conformar un equipo que emita las sesiones de aprendizaje en los medios de comunicación principalmente en las radios locales de las comunidades en donde laboramos.

- ❖ Hoy es tiempo de cuidar, nutrir y alimentar adecuadamente a nuestros hijos para que mañana sean grandes hombres.
- ❖ Nosotros al término de esta investigación creemos que se debe comenzar a enseñar a las madres desde el momento de su embarazo para que puedan internalizar estas sesiones y estén preparadas cuando sus hijos empiecen a alimentarse.
- ❖ Se recomienda reforzar las intervenciones educativas conjuntamente con los programas sociales que existen en nuestro medio, existen las herramientas pero faltan las acciones, este problema de salud pública puede disminuir con arduo trabajo de promoción de salud en alimentación y nutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Grivaldo, y otros. Programa de educación para la salud. Módulo 4 nutrición.1999.
2. Gutiérrez. Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. Pediatra. Centro de Salud de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). España.p.1-5
3. Mondrago; Alzate - y otros del Campamento universitario multidisciplinario de investigación y servicios (CUMIS). Identificación de comportamientos saludables”. Colombia. junio 2012.
4. Acuña, Y. y otros. Promoción de estilos de vida saludable área de salud. San José, Costa Rica Abril, 2012.
5. Allain, R. Intervención educativa sobre la importancia de la alimentación infantil en el mejoramiento de los conocimientos de madres de niños menores de 5 años de la IEE República de Brasil. Lima. Perú.2012.
6. Eduardo, E. Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos en las madres de niños en edad pre escolar sobre la preparación de loncheras saludables en la institución educativa inicial. San Martin de Porres. 2011.
7. Miraval, N. Conocimientos y prácticas alimentarios maternas en relación con el estado nutricional de los escolares del centro Educativo. Juan Ponce Vidal. Amarilis. Huánuco. 2013.
8. Gutiérrez, M. Promoción de hábitos saludables. Pediatra. Centro de Salud de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). España.p.1-5
9. Grivaldo, y otros. Programa de educación para la salud. Módulo 4 nutrición.1999.
10. Barrial, A. La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional. Universidad de Pinar del Rio. Diciembre 2011.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (IDF). Educación para la Salud. 2001. Bogota: Panamericana.

12. Pender, N. Modelo de la Promoción de la Salud. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Estados Unidos. Vol 8. • Año. 8 • No. 4 • Octubre-Diciembre 2011.
13. Bunge, M. El conocimiento. New York, Meridian Books. 1935. p. 134.
14. Salazar, A. El conocimiento. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Educación. Lima. Editorial Arica, 1964. p. 68 y 69
15. Prochaska y otros. "Modelo de etapas del cambio o modelo transteórico". Revista Costarricense de psicología. vol. 28. p.13-17. 1979.
16. Rosenstock. Modelo de creencias de salud. Washington .1974. 1977. 2(4):328-35.
17. Barrial, A. La educación alimentaria y nutricional una competencia familiar. 2011.España.p.1-24
18. Taylor, V. Teorías para la Educación Sobre los Hábitos Alimenticios Saludables. 2008.p.10-12.
19. Gracián y otros. El comportamiento alimentario. Revista Salud pública de México. 2007. 49 (3). 236-242.
20. Moreno, La Cultura Alimentaria. Revista Salud Pública y Nutrición, vol. 4, 2003. UNED. p.429-433
21. Ramos, Dimensiones de la alimentación. Editorial de la Universidad de Granada. Granada.2007.p.12-32.
22. Lopategui, E. Comportamientos saludables/responsable. Copyright. 2001. Barcelona. España. Editorial Paidotribo. P. 1-10
23. Bandura, Teoría del aprendizaje social. 1977. Madrid: Espasa-Calpe. p. 191-215.
24. Ribes. Dimensión de psicológica de la salud. Barcelona. Martínez Roca. 1990. Vol.7. p. 17-19
25. Thomson. Ambiente Social. New Haven: Yale University Press.1958. pp. 291-310
26. Castillo A, Kain J. Consejería en vida sana y cambio de conductas en escolares obesos: intervención controlada en madres/cuidadoras. Rev. chil. nutr. 2010; 37 (2): 155-163.
27. Gutiérrez, M. Promoción de hábitos saludables. Pediatra. Centro de Salud de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

28. Barrial, A. La educación alimentaria y nutricional una competencia familiar. 2011. España. p.1-24
29. Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (IDF). Educación para la Salud. 2001. Bogotá: Panamericana.
30. Pender, N. Modelo de la Promoción de la Salud. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Estados Unidos. Vol 8. • Año. 8 • No. 4 • Octubre-Diciembre 2011.

WEBGRAFIA

1. Gilberth Sánchez. La desnutrición [internet]. [Consultado 2016 Ener 01].
Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricion/desnutricion.shtml>
2. Perú. Lima. Ministerio de Desarrollo e inclusión social. Reporte de Desnutrición crónica infantil. Portal del MIDIS, (Abril 2014). Disponible en: http://www.midis.gob.pe/images/direccione/dgpye/reporte_huanuco.pdf
3. MEF (2008). Evaluación del Presupuesto Público: PRONAA. Ministerio de Economía y Finanzas. Perú. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/inf_finales/PRONAA_FINAL.pdf
4. Ministerio de sanidad y servicios sociales e igualdad. España. Gilberth Sánchez. Promoción y educación para la salud [internet]. [Consultado 2016 Ener 01]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
5. Teorías del aprendizaje. [internet]. [Consultado 2016 Ener 02]. Disponible en: <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001/File/Teor%C3%ADas%20aprendizaje-cuadros%20comparativos.pdf>
6. Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. [internet]. [Consultado 2016 Dic 20]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
7. Beltrán A, Seinfeld J. Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. [internet]. [Consultado 2016 Ener 03]. Disponible en:

[http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0914%20 - %20
Beltran_Seinfeld.pdf](http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0914%20-%20Beltran_Seinfeld.pdf)

8. Sánchez Guevara, S. Efectividad de una intervención educativa sobre prevención de la obesidad infantil en el conocimiento y práctica de las Madres de niños preescolares. [internet]. [Consultado 2016 Ener 03]. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/289>
9. Diplomado en comunicación en salud pública. Teorías del comportamiento. [internet]. [Consultado 2016 Ener 03]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L07-Comportamiento.pdf

Anexos

Fecha: ___/___/___

Código:

ANEXO N°01

GUÍA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MADRE CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 meses a 36 meses

INSTRUCCIONES: Señora madre, Buenas, estamos haciendo un estudio con los usuarios para determinar el comportamiento en el cambio de hábitos de alimentación y nutrición. Sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos ser lo más sincero posible. Las respuestas que usted decide deben de ser marcadas.

Gracias.

VALORACIÓN

La medición de cada ítem corresponde a la siguiente puntuación a partir de la pregunta 6: ✓ Respuesta correcta =2 ✓ Respuesta incorrecta=0	La puntuación final. ✓ 0 -10 = Bajo ✓ 11-14= Medio ✓ 15-20= Alto
--	---

I.- DATOS DEMOGRAFICOS:

1.- Edad en años cumplidos:

- a) 15-25 años
- b) 26-35 años.
- c) 36-45 años.
- d) 46-55 años

2.- Grado de instrucción:

- a. Iltrado
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

3.- Religión:

- a) Evangélico.
- b) Católico.
- c) Testigo de Jehová.
- d) Otros

4.- Actividad a que se dedica u ocupación:

- a) Estudiante.
- b) Comerciante.
- c) Ama de casa.
- d) Empleada

5.- El ingreso familiar mensual es:

- a) < de 300 nuevos soles al mes.
- b) De 300 a 499 nuevos soles al mes.
- c) De 500 a 699 nuevos soles al mes.

- d) Mas de 700 nuevos soles.
- 6.- ¿Conoces los grupos de alimentos?**
- Proteínas, minerales, carbohidratos, vitaminas.
 - Carbohidratos, agua, verduras
 - Vitaminas, sopas.
 - Vitaminas, verduras
- 7.- ¿Cuántas veces al día debe comer su niña/niño?**
- 2 Vez al día
 - 3 Veces al día
 - 3 veces al día, más 2 refrigerios.
 - 1 comida al día
- 8.- ¿La consistencia de la alimentación del niña/niño de acuerdo a su edad es?**
- Líquido.
 - Puré, mazamorra.
 - Papilla, picado entero
 - Sopas.
- 9.- ¿Cuántas veces a la semana su niña/niño debe consumir frutas?**
- De 1 vez a la semana.
 - De 2 a 3 veces a la semana.
 - De 4 a 5 veces a la semana.
 - Todos los días.
- 10.- ¿Cuántas veces a la semana debe consumir verduras su niña/niño?**
- De 1 vez a la semana.
 - De 2 a 3 veces a la semana.
 - De 4 a 5 veces a la semana.
 - Todos los días.
- 11.- ¿Cuántas veces a la semana su niña/niño debe consumir alimentos de origen animal?**
- De 1 vez a la semana.
 - De 2 a 3 veces a la semana.
 - De 4 a 5 veces a la semana.
 - Todos los días.
- 12.- ¿Por qué es importante la alimentación balanceada del niño/niña?**
- Para Vivir.
 - Para dar fuerza, crecer y desarrollarse.
 - Para No enfermarse.
 - No sabe
- 13.- ¿Sabe usted cuales con los riesgos a los que expone a su niño/niña cuando consume alimentos de escaso valor nutritivo?**
- Desnutrición
 - Delgadez.
 - Obesidad.
 - Sano.
- 14.- El niño conforme a su edad;**
- Comerá más cantidad y menos veces al día.
 - Comerá menos cantidad y menos veces al día.
 - Comerá menos cantidad y más veces al día.
 - Comerá más cantidad y más veces al día.

15.- ¿Sabes que alimentos de origen animal contienen mayor cantidad de hierro?

- a. Hígado, sangrecita, bofe, pescado, bazo, molleja.
- b. Hígado, jamón, bofe, pescado, molleja.
- c. Carne de pavo, bofe, pescado.
- d. Ninguna de las anteriores.

Fecha: ___/___/___

Código:

ANEXO N° 02

ESCALA DE LIKERT PARA ACTITUDES SALUDABLES

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo-2015

INSTRUCCIONES: Estamos haciendo un estudio con los usuarios para determinar la actitud en el cambio de hábitos de alimentación y nutrición, por favor, escoja una sola alternativa y, coloque un aspa (x), el que corresponde a la respuesta que usted elija. Sus respuestas son confidenciales, así que le vamos agradecer su sinceridad.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

0	1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

VALORACIÓN

<p>La medición de cada ítem corresponde a la siguiente puntuación:</p> <p>*S = 4 *R = 1 *CS = 3 *N= 0 *AV = 2</p>	<p>La puntuación final.</p> <p>✓ 48 a 64= Actitudes positivas ✓ 0 a 47 = Actitudes negativas</p>
---	---

JUICIOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Cuando el niño/niña tiene hambre usted le da de comer.					
2. Usted tiene paciencia para alimentar a su niño/niña.					
3. Durante la alimentación de su niño/niña brinda cariño, afecto y amor.					
4. Te preocupas por dar una alimentación balanceada.					
5. Adquieres alimentos de Origen animal para consumo					
6. Adquieres alimentos de Origen vegetal para consumo					
7. Consume alimentos con grasa o chatarras					

8. Te lavas las manos antes de preparar los alimentos					
9. Te lavas las manos antes de comer					
10. Te lavas las manos después de cambiar los pañales					
11. Alguna vez no hubo absolutamente ningún alimento en su hogar porque no había recursos.					
12. Se siente capaz de incorporar alimentos más saludables, siempre en cuando estos sean más atractivos					
13. Frecuencia con la que suelen consumir los alimentos de origen animal.					
14. Frecuencia con la que suelen consumir verduras					
15. Frecuencia con la que suelen servir menestras.					
16. Los alimentos que favorecen el crecimiento del niño y niña deben ser considerados en una alimentación nutritiva.					
17. Los alimentos que aporta más energía al niño/niña deben ser considerados en una alimentación nutritiva.					

Fecha: ___/___/_____

Código:

--

ANEXO N° 03

GUIA DE OBSERVACION.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de niños de 12 a 36 meses de la localidad de Acomayo-2015

INSTRUCCIONES: Estamos haciendo un estudio con los usuarios para determinar el comportamiento en el cambio de hábitos de alimentación y nutrición, por favor, escoja una sola alternativa y, coloque un aspa (x), el que corresponde a la respuesta que usted elija. Sus respuestas son confidenciales, así que le vamos agradecer su sinceridad.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

VALORACIÓN

La medición de cada ítem corresponde a la siguiente puntuación: ✓ SI=2 ✓ No=1	La puntuación final. ✓ 14-20= Practicas adecuadas ✓ 0 - 13 = Practicas inadecuadas
---	--

N°	Preguntas	SI	NO
1	¿La madre le da al niño/niña los alimentos de la olla familiar?		
2	¿Durante la alimentación la madre brinda afecto al niño/niña?		
3	¿Aplica los momentos claves del lavado de manos?		
4	¿El niño/niña consume alimentación balanceada?		
5	¿De acuerdo a la edad del niño/niña recibe la cantidad de alimento?		
6	¿Consistencia de la preparación de los alimentos es adecuada?		
7	¿Los alimentos proporcionados por la madre contienen alimentos de origen animal?		
8	¿Los alimentos proporcionados por la madre contienen alimentos de origen vegetal?		
9	¿Consume alimentos evitando las frituras?		
10	La madre reúne condiciones de brindar una alimentación saludable a su niño/a		

Fecha: ___/___/_____

Código:

ANEXO Nº 04

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que los responsables de la investigación y eventualmente, las autoridades de la localidad de Acomayo tengan acceso a los instrumentos que se va aplicar comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales que se le requieren (aspectos socio demográficos y aspectos laborales) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna, salvo para cumplir los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas del centro de salud, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación.

Responsable de la investigación

Fecha: ___/___/___

Código:

ANEXO N° 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que viene realizando la Lic. Enf. Mery Malela Bejarano Campos, Florinda María Falcón Cabrera, Carmen Cruz Príncipe Ortega, en coordinación con el Centro de Salud de Acomayo. El objetivo del estudio Determinar la efectividad de la promoción de alimentación y nutrición en el cambio de comportamiento saludable de las madres de 12 meses a 36 meses de la localidad de Acomayo en el 2015.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Permiso que la información obtenida sea utilizada solo con fines de investigación.

Firma del usuario

Firma investigador

PLAN DE SESION EDUCATIVA

TEMA : GRUPOS DE ALIMENTOS

OBJETIVO: Reconocer los grupos de alimentos para una adecuada alimentación de sus niñas/niños de 12 a 36 meses.

PÚBLICO OBJETIVO: Madres de niñas/niños de 12 a 36 meses.

IDEAS CLAVE: saber elegir los grupos de alimentos es importante para mantener la buena salud de las niñas/niños.

TIEMPO : 45 minutos.

RESPONSABLES: Mg. Mery Malela Bejarano Campos.
Lic. Florinda María Falcón Cabrera.
Lic. Carmen Cruz príncipe ortega.

PASO 1: PREPARANDO LA REUNION

- Leer la guía de la sesión educativa
- Preparar los materiales
- Preparar el local donde se va a realizar la reunión
- Invitar y motivar a las madres para que asistan a la sesión educativa

PASO 2: INICIANDO LA REUNIÓN

- Recibir a los participantes conforme van llegando.
- Saludar a los participantes con mucho respeto tratando que se sientan en confianza.
- Presentarnos.
- Felicitarlas por dedicar su tiempo a conocer sobre “ los grupos de los alimentos”
- Se menciona el objetivo de la sesión “ Reconocer los grupos de alimentos para una adecuada alimentación de sus niñas/niños de 12 a 36 meses”

Para conocerse mejor se realizará una dinámica “NUESTRAS MITADES”

Se pedirá que busquen sus mitades y cuando hayan encontrado sus mitades, les diremos que tienen 5 minutos para conversar sobre las siguientes preguntas: ¿Cuál es su nombre?, ¿A qué te dedicas?, ¿Qué esperas de esta sesión?, luego cada uno presentara a su compañera.

PASO 3: APRENDIENDO JUNTOS

Primer momento: Recogiendo los saberes previos:

Para este momento, se realizará el ejercicio “grupos de alimentos”

Se les mostrarás dos láminas o “códigos”:

La primera lámina representará alimentos chatarra (Chizitos, chupetines, papitas etc.).

La segunda lámina representará a los grupos de alimentos (proteínas, vitaminas, carbohidratos)

Se preguntara:

- ¿Qué observaron en los dibujos?
- ¿Qué significa lo que han visto?
- ¿Por qué piensan que les mostré las dos Láminas o códigos?

Luego que se recogió los saberes previos, pasar al segundo momento.

Segundo momento: construyendo el conocimiento

Conocer los Grupos de Alimentos o Grupos Alimenticios es de gran importancia para una alimentación sana y equilibrada que la ayudarán que la nutran y que no la engorden.

Grupos de alimentos: Los alimentos se han agrupado en base a sus características similares, el contenido nutricional, formas de preparación.

¿Qué debes saber sobre los grupos de alimentos?

Ningún alimento proporciona por sí solo todos los nutrientes que el cuerpo necesita. Por esta razón, el niño debe comer preparaciones equilibradas, que combinen diferentes alimentos. Para lograr una adecuada alimentación complementaria, es necesario utilizar alimentos variados como cereales, hortalizas tubérculos, carnes y huevos, legumbres, verduras, frutas y aceites.

Es importante conocer los grupos de alimentos:

LAS PROTEINAS: Son importantes para el crecimiento y desarrollo del

cerebro, dentro de este grupo se encuentran:

- Productos de origen animal (Las carnes y los derivados de la leche)
- Menestras (frejol poroto, pallares, habas, etc.)

LOS CARBOHIDRATOS: Darán energía necesaria para realizar las actividades diarias, dentro de este grupo se encuentran:

- Los tubérculos (papa, camote, oca, olluco etc.)
- Los cereales (trigo, arroz, kiwicha, etc.)
- Los azúcares (chancaca, caña etc.)
- Las grasas (aceites, mantequilla, etc.)

LAS VITAMINAS: Las verduras y las frutas sirven para que los alimentos puedan ser aprovechados por tu organismo y mantener saludable:

- Verduras (Zanahoria, zapallo, poro, apio etc.)
- Frutas (Naranja, uva, limón, papaya, pepino etc.)

MINERALES: Absorbe lo bueno de los alimentos y lo elimina lo que produce daño.

- El agua.
- La sal.

Tercer momento: síntesis o conclusión.

En este momento se realiza la conclusión del conocimiento que se ha construido, reforzando las ideas principales. **“Es importante reconocer los grupos de alimentos”**

PASO 4: VERIFICANDO LO APRENDIDO

En un sobre grande colocar dibujos de todos los grupos de alimentos, se pide a cada participante que saque una lámina y respondan a las siguientes preguntas:

- ¿Para qué sirve este alimento?

- ¿Qué alimentos nos dan fuerza/ energía?
- ¿Qué alimentos nos protegen?
- ¿Qué alimentos hacen crecer?

Si la participante no puede contestar o contesta a la mitad, la que está a su derecha la ayudará y si tampoco sabe, se pedirá a alguien que responda la pregunta.

Les pides que en la próxima reunión deban presentarse como si fueran ese alimento y a que grupo pertenece .

PASO 5: ACORDANDO TAREAS Y COMPROMISOS

Pedir a los participantes que digan los conocimientos que han construido y que les pueda servir en su vida diaria y poner en práctica. Por ejemplo: cuantos grupos de alimentos existe.

Anotamos en un papelógrafo los compromisos adoptados

PASO 6: TERMINANDO LA REUNION

- Se felicita a todas las participantes, se les agradece y los invitas a la próxima reunión.
- Al terminar la reunión, guardas las láminas o Códigos, recoges todo los papelógrafos usados y los guardas en un sobre grande y escribes el nombre de la sesión y la fecha.

PLAN DE SESION EDUCATIVA

TEMA: MOMENTOS CLAVE DEL LAVADO DE MANOS SOCIAL.

OBJETIVO : Reducir la incidencia de enfermedades infecciosas mediante la promoción del lavado de manos

PÚBLICO OBJETIVO : Madres de niñas/niños de 12 a 36 meses.

IDEAS CLAVE : Los cambios de comportamiento, se lograrán si son fáciles de realizar por la población objetivo, si son flexibles a las necesidades concretas de grupos focales, si se accede a información y recopila sugerencias de la población y el costo no es una barrera para la práctica de la población y principalmente si están acordes con sus valores y creencias culturales.

TIEMPO : 45 minutos.

RESPONSABLES :Mg. Mery Malela Bejarano Campos.
Lic. Florinda María Falcón Cabrera.
Lic. Carmen Cruz príncipe ortega.

PASO 1: PREPARANDO LA REUNION

- Leer la guía de la sesión educativa
- Preparar los materiales
- Preparar el local donde se va a realizar la reunión
- Invitar y motivar a las madres para que asistan a la sesión educativa.

PASO 2: INICIANDO LA REUNIÓN

- Recibir a los participantes conforme vayan llegando.
- Saludar a los participantes con mucho respeto tratando que se sientan en confianza.
- Presentarnos.
- Felicitarlas por dedicar su tiempo a conocer sobre los momentos claves para el lavado de manos.
- Se menciona el objetivo de la sesión.

Para conocerse mejor se realizará una dinámica “NUESTRAS MITADES”

Se pedirá que busquen sus mitades y cuando hayan encontrado sus mitades, les dirás que tienen 5 minutos para conversar sobre las siguientes preguntas: ¿Cuál es su nombre?, ¿A qué te dedicas?, ¿Qué esperas de esta sesión?

PASO 3: APRENDIENDO JUNTOS

Primer momento: recogiendo los saberes previos

Se muestra a las participantes unas láminas que contienen dibujos sobre una madre con su niño sonriente que se está lavando las manos antes de preparar los alimentos y la otra lamina con una madre triste con su niño enfermo iniciando a cocinar.

Luego preguntas:

- ¿Qué es lo que ven?
- ¿Por qué creen que están así?
- ¿Cómo les gustaría a ustedes tener las manos antes de cocinar?

Los momentos claves del lavado de manos es una forma de respeto hacia tu misma persona y hacia los demás, conserva tus manos limpias y hace que te veas más responsable con la salud de tu familia.

Segundo momento: Construyendo el conocimiento

¿Qué es el lavado de manos social?

Es el lavado de manos de rutina, realizado por la población usando agua a chorro y jabón común, con una duración no menor de 20 segundos, su práctica permite la remoción mecánica de la suciedad.

¿Importancia del lavado de manos social?

- Las manos sucias llevan la contaminación al cuerpo por la boca, provocando diarrea, parasitosis y otras enfermedades del estómago. También previene gripe, Hepatitis A y otros tipos de diarrea.
- El niño o niña que tiene diarreas continuas está en mayor riesgo de tener anemia y desnutrición.
- Se considera que las manos actúan como vectores, portadores de organismos patógenos causantes de enfermedades contagiosas por contacto directo o indirectamente.

- El lavado de manos social, usando agua para consumo humano y jabón, previenen la diarrea y las infecciones respiratorias agudas bajas que causan el mayor número de muertes infantiles.
- El lavado de manos con agua y jabón es la única forma de prevenir estas enfermedades infecciosas.
- El agua sin jabón no elimina los microbios.
- Es importante tener en casa un rincón de aseo con agua segura y jabón para que niños y adultos se laven las manos.
- Es importante lavarle las manos a la niña/niño con agua y jabón ya que están en permanente contacto con la tierra, los animales y la suciedad.

¿Momentos claves para el lavado de manos?

- Cuando las manos están visiblemente sucias.
- Antes de la lactancia materna.
- Antes de comer.
- Antes de manipular alimentos y cocinar.
- Antes y después de cambiar los pañales a las niñas y los niños.
- Antes y después de atender familiares enfermos en casa.
- Después de usar el baño para la micción y/o defecación.
- Después de la limpieza de la casa.
- Después de manipular animales.
- Después de tocar objetos o superficies contaminados (Ejem. Residuos sólidos, dinero, pasamanos)

¿Qué hacemos en caso de no contar con agua de consumo humano a chorro y jabonera?

- En caso de no contar con agua de consumo humano a chorro se utilizara un recipiente previamente lavado , que al ser inclinado deja caer una cantidad suficiente de agua a chorro para lavar y enjuagar las manos

- En caso de no disponer de jabonera, se utilizara un recipiente que hágalas veces, y que permita drenar la humedad del jabón para evitar la acumulación de gérmenes.
- Es importante que las autoridades desde nivel central deben resaltar la importancia de priorizar la inversión de los gobiernos regionales y locales en las instalaciones de servicios públicos básicos de agua y desagüe para toda la población y especialmente para aquellas que se encuentra excluidas.

¿Insumos que se usa para el lavado de manos?

- Jabón líquido o en barra.
- Jabonera con orificio para drenar la humedad del jabón evitando la acumulación de gérmenes.
- Agua para consumo humano.
- Material para el secado de las manos (papel desechable o tela limpia)

¿Procedimiento para el lavado de manos social?

- Liberar las manos y muñecas de toda prenda u objeto.
- Mojar las manos con agua a chorro. Cerrar el grifo.
- Cubrir con jabón las manos húmedas y frotarlas hasta producir espuma, incluyendo las palmas, el dorso, entre dedos y debajo de las uñas, por lo menos 20 segundos.
- Abrir el grifo y enjuagar bien las manos con abundante agua a chorro.
- Eliminar el exceso de agua agitando o friccionando ligeramente las manos, luego secarlas comenzando por las palmas, siguiendo por el dorso y los espacios interdigitales.
- Cerrar el grifo con el material usado para secar las manos, no tocar directamente.
- Eliminar el papel desechable o tender la tela utilizada para ventilarla.

Tercer momento: síntesis o conclusión.

Se realiza una síntesis o conclusión del conocimiento, las ideas más importantes que dijeron los participantes así como de sus compromisos reforzando las ideas principales. Es importante los momentos claves para el lavado de manos.

PASO 4: VERIFICANDO LO APRENDIDO

Para recordar lo que han aprendido se realizara la dinámica “Las papas se queman”. Consiste en formar un círculo con las participantes y la facilitadora al centro, luego pasarse un lapicero entre los participantes , cuando la facilitadora realiza una palmada fuerte el quien se quedó con el lapicero responde la pregunta:

- ¿Qué es el lavado de manos social?
- ¿Importancia del lavado de manos social?
- ¿Momentos claves para el lavado de manos?
- ¿Qué hacemos en caso de no contar con agua de consumo humano a chorro y jabonera?
- ¿Insumos que se usa para el lavado de manos?
- ¿Procedimiento para el lavado de manos social?

Si la participante no puede contestar o contesta a la mitad, la que está a su derecha la ayudará y si tampoco sabe, se pedirá a alguien que responda la pregunta.

Les pides que en la próxima reunión deban presentarse como si fueran las manos y los momentos claves para el lavado de mano.

PASO 5: ACORDANDO TAREAS Y COMPROMISOS

Ahora cada uno de los participantes dirá un compromiso la cual será anotada en un papelote y leída en cuanto a los momentos claves del lavado de manos en su casa u otros espacios.

PASO 6: TERMINANDO LA REUNION

- Se felicita a todas las participantes, se les agradece, se acuerda el tema de la próxima reunión y los invitadas.
- Al terminar la reunión, guardas las láminas o Códigos, recoges todo los papelógrafos usados y los guardas en un sobre grande donde se escribe el nombre de la sesión, la fecha.

PLAN DE SESION EDUCATIVA

TEMA: Alimentación balanceada

OBJETIVO: Reconocer la Importancia de una alimentación balanceada

PÚBLICO OBJETIVO: Madres de niñas/niños de 12 a 36 meses.

IDEAS CLAVE: Muchas personas no saben que el cerebro del bebe se forma en sus primeros años de vida y depende de una alimentación variada y nutritiva para que sea un niño o niña inteligente, con la capacidad de aprender más y con mayores oportunidades de trabajo en el futuro. Los niños y niñas desnutridos y con anemia tienen mayor riesgo de enfermar y morir.

TIEMPO: 45 minutos.

RESPONSABLES: Mg. Mery Malela Bejarano Campos.
Lic. Florinda María Falcón Cabrera.
Lic. Carmen Cruz príncipe ortega.

PASO 1: PREPARANDO LA REUNION

- Leer la guía de la sesión educativa
- Preparar los materiales
- Preparar el local donde se va a realizar la reunión
- Invitar y motivar a las madres para que asistan a la sesión educativa.

PASO 2: INICIANDO LA REUNIÓN

- Recibir a los participantes conforme vayan llegando.
- Saludar a los participantes con mucho respeto tratando que se sientan en confianza.
- Presentarnos.
- Felicitarlas por dedicar su tiempo a conocer sobre la importancia de la alimentación balanceada.
- Se menciona el objetivo de la sesión.

Para conocerse mejor se realizará una dinámica “YO TE COLOCO”

El que llega primero colocara una cartulina con su nombre a su compañera que llego después y así sucesivamente.

PASO 3: APRENDIENDO JUNTOS

Primer momento: recogiendo los saberes previos

Para este momento, se realizará el ejercicio “Alimentación balanceada”

Se les mostrarás dos láminas o “códigos”:

- La primera lámina representará un plato mediano con alimentos que contiene carbohidratos y verduras (arroz con papas fritas con ensalada de lechuga).
- La segunda lámina representará un plato mediano que contiene pescado acompañado de papas sancochada ensalada de lechuga.

Se preguntara:

- ¿Qué observaron en el dibujo?
- ¿Qué significa lo que vieron?
- ¿Por qué piensan que les mostré las dos Láminas o códigos?

Luego que se recogió los saberes previos, pasar al segundo momento.

Segundo momento: Construyendo el conocimiento

¿Qué es una alimentación balanceada saludable?

- Es una alimentación variada que aporta la energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades. Los nutrientes esenciales son: Proteínas, Carbohidratos, Lípidos, Vitaminas, Minerales, la fibra y el agua.
- Una adecuada alimentación durante los tres primeros años de vida resulta fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.
- Muchas personas no saben que el cerebro del bebe se forma en sus primeros años de vida y depende de una alimentación variada y nutritiva para que sea un niño o niña inteligente, con la capacidad de aprender más y con mayores oportunidades de trabajo en el futuro. Los niños y niñas desnutridos y con anemia tienen mayor riesgo de enfermar y morir.

¿Es necesario que las niñas/niños consuman alimentos balanceados diariamente carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales?

- Los carbohidratos son importantes ya que nos entregan la energía necesaria para realizar nuestras actividades, para mantenernos

activos, en este grupo se encuentran los cereales, el pan, las papas, harinas, etc.

- Las proteínas, las que se dividen en origen animal como son las carnes de vacuno, pollo, pescado, pavo cerdo, huevo etc. Y las de origen vegetal como son las legumbre
- Las vitaminas y minerales presentes principalmente en frutas y verduras, son las encargadas de regular muchas funciones en nuestro organismo, por lo que hay que consumirlas diariamente.

¿La alimentación balanceada saludable Previene las enfermedades en los niños?

- La alimentación saludable previene las enfermedades como la desnutrición, la anemia, las EDAS, las IRAS, la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la osteoporosis y algunos cánceres.
- Una alimentación balanceada involucra consumir alimentos que nos den energía, que nos protejan y permitan el crecimiento, regulando las diferentes funciones de nuestro organismo. Para poder llevarlo a cabo es necesario crear un hábito,

Tercer momento: síntesis o conclusión.

Se realiza una síntesis o conclusión del conocimiento, las ideas más importantes que dijeron los participantes así como de sus compromisos reforzando las ideas principales. **Es importante alimentar a nuestros niños con alimentos balanceados y nutritivos.**

PASO 4: VERIFICANDO LO APRENDIDO

Para recordar lo que han aprendido se realizara la dinámica “El tesoro escondido”. Consiste en colocar las preguntas debajo de algunos de los asientos, luego se solicita que los participantes lo busquen y aquellos que lo tienen deben permanecer parado para responder las preguntas:

¿Qué es una alimentación balanceada saludable?

- ¿Es importante que sus niños consuman carbohidratos?
- ¿Es importante que sus niños consuman proteínas?
- ¿Es importante que sus niños consuman vitaminas?

¿La alimentación balanceada saludable Previene las enfermedades en los niños?

Si la participante no puede contestar o contesta a la mitad, la que está a su derecha la ayudará y si tampoco sabe, se pedirá a alguien que responda la pregunta.

PASO 5: ACORDANDO TAREAS Y COMPROMISOS

Ahora cada uno de los participantes dirá un compromiso la cual será anotada en un papelote y leída en cuanto a la importancia y consumo de los alimentos balanceados.

PASO 6: TERMINANDO LA REUNION

- Se felicita a todas las participantes, se les agradece, se acuerda el tema de la próxima reunión.
- Al terminar la reunión, guardas las láminas o Códigos, recoges todo los papelógrafos usados y los guardas en un sobre grande donde se escribe el nombre de la sesión, la fecha.

PLAN DE SESION DEMOSTRATIVA

TEMA: Sesión demostrativa “preparación de alimentos balanceados “

OBJETIVO: Preparar diferentes alimentos nutritivos y saber cómo prevenir los riesgos de la anemia y la desnutrición.

PÚBLICO OBJETIVO: Madres de niñas/niños de 12 a 36 meses.

IDEAS CLAVE: La sesión demostrativa fomenta la práctica de preparaciones hechas con alimentos variados donde los participantes aprenden a combinar los alimentos en forma adecuada según las necesidades nutricionales de las niñas/niños, a través de una participación activa y un trabajo grupal.

TIEMPO: 2 horas.

RESPONSABLES: Mg. Mery Malela Bejarano Campos.
Lic. Florinda María Falcón Cabrera.
Lic. Carmen Cruz príncipe ortega.

MOMENTO UNO: ANTES DE LA SESION DEMOSTRATIVA

1. **Revisar la ficha de organización:** De las sesiones demostrativas de preparación de alimentos donde se anota el nombre del responsable de cada tarea.
2. **Anotar la fecha y la hora de la sesión demostrativa:** tener en cuenta la participación de la población objetiva.
3. **Contar con un local adecuado:** El local debe ser ventilado e iluminado.
4. **Convocatoria:** Se realiza mediante invitaciones registrando el nombre, la fecha, hora y lugar.
5. **Contar con el kit para la sesión demostrativa:** Llenar la ficha adecuadamente
6. **Preparación del material educativo de apoyo:** Preparar los cinco mensajes, carteles de motivación, sola pines, tarjetas con las recetas etc.
7. **Elección de los alimentos:** Contar por lo menos con dos alimentos de cada grupo.
8. **la ambientación y preparación del local:** Colocar las sillas en forma de “u” acondicionar un espacio para el lavado de mano, etc.
9. **Preparación de los platos modelos:** según la edad, consistencia, cantidad y los alimentos que se utiliza.

MOMENTO DOS: DURANTE LA SESION DEMOSTRATIVAS

1. **Recepción y registro de las participantes.** Se registra en la ficha de inscripción a los participantes.

- 2. Presentación de las participantes:** establecer un clima de confianza para despertar interés, los participantes se forman en pareja cada uno le dice al otro su nombre, plato preferido, la música que le guste, luego cada uno presenta a su compañera finalizando con un aplauso.
- 3. Motivación:** El propósito es que los participantes reconozcan la situación de salud y nutrición de las niñas y niños de su comunidad para lo cual se realizara la dinámica:
- DINAMICA UNO “**Nuestras niñas y niños y la desnutrición**”
 - DINAMICA DOS “**Nuestras niñas y niños y la anemia**”
- 4. Desarrollo de los contenidos educativos a través de mensajes importantes:**

MENSAJE 1 “Prepare comidas espesas o segundos según la edad de la niña o niño”

De 6 a 8 meses la niña/niño debe comer preparaciones aplastadas tipo puré consistencia parecida a la de la miel de abeja.

De 9 a 11 meses la niña/ niño debe comer preparaciones de consistencia picadas.

De 12 meses a más debe comer alimentos de consistencia normal, como la de los adultos.

Dale de lactar después que termine sus comidas.

- Se presenta el mensaje.
- Se muestra el plato modelo.
- Se resalta la consistencia.
- Se pasa la muestra a los participantes.
- Se muestra los platos de acuerdo al grupo etario.
- Se refiere como cambia la consistencia conforme va creciendo la niña o niño.

MENSAJE 2 “La niña o el niño conforme tiene más edad comerá mas cantidad y más veces al día”

- Se presenta el mensaje.
- Se muestra el plato modelo.
- Se menciona la cantidad:

La niña/niño de 6 a 8 meses comerá $\frac{1}{2}$ plato mediano o de 3 a 5 cucharadas

La niña/niño de 9 a 11 meses comerá $\frac{3}{4}$ plato mediano o de 5 a 7 cucharadas

La niña/niño de 1 año a 36 meses comerá 1 plato mediano o de 7 a 10 cucharadas.

- Se pasa la muestra a los participantes.
- Se menciona que a los seis meses puede empezar con 2 comidas al día e ir aumentando hasta llegar a 5 comidas.
- La frecuencia de la alimentación de la niña/niño deben comer hasta 5 veces al día, 3 comidas principales y 2 refrigerios.

MENSAJE 3 “coma alimentos de origen animal todo los días como hígado, sangrecita, bazo, pescado”.

Los alimentos de origen animal contienen mayor cantidad de hierro y sirven para evitar la anemia y la desnutrición.

El hierro se encuentra en el hígado, sangrecita o relleno, charqui, bofe o pulmón, pescado, bazo, molleja o corazón.

Cada día la niña/ niño deben comer 2 cucharadas de estos alimentos.

Las menestras también contienen hierro como las: lentejas, frejoles, alverjas, garbanzos, pallares.

Se recomienda tomar naranjada, limonada o cualquier jugo de fruta cítrica, que tiene Vitamina C, porque ayuda a que el hierro de estos alimentos se quede en el cuerpo.

No tomar té, café, maté porque evita que el hierro se quede en el cuerpo.

- Se presenta el mensaje.
- Mostrar los alimentos de origen animal disponibles en la mesa.
- Mostrar uno por uno los platos modelos y destacar la cantidad de AOA servida en cada plato.
- Servir 2 cucharadas de AOA en un plato mediano.
- Pase la muestra a los participantes con una cuchara.
- Mostrar los alimentos de origen animal ricos en hierro.

MENSAJE 4 “Acompañe sus preparaciones con verduras, y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro”

Las frutas y verduras contienen vitaminas y minerales que ayudan a desarrollar las defensas del organismo contra las enfermedades.

Comiendo frutas y verduras ricas en Vitamina C se aprovecha mejor el hierro de los alimentos.

Las verduras deben cocinarse en poca agua y en el menor tiempo posible.

Se debe preferir las frutas y verduras de color fuerte verde oscuro, naranja como la acelga, espinaca, zanahoria, zapallo, tomate, berros.

Así mismo no tomar té, café, mate porque impide que el hierro de los alimentos se quede en el cuerpo.

- Se presenta el mensaje.
- Se muestra los alimentos disponibles en la mesa.
- Se pregunta qué otros alimentos tiene en la zona.
- Se destaca la importancia de su consumo todo los días.

MENSAJE 5 “Coma varias veces a la semana menestras”

- Se presenta el mensaje.
- Se muestra las menestras disponibles en la mesa.
- Se muestra el plato modelo que contiene la menestra.
- Se menciona que cada porción de menestras se debe acompañar con el doble de cereal.
- Luego se procede a realizar una práctica con los participantes:

PRACTICA DE PREPARACION DE ALIMENTOS POR LOS PARTICIPANTES

PROPOSITO: Una vez concluido los 5 mensajes por las facilitadoras los participantes realizaran una práctica en la preparación de los alimentos teniendo en cuenta los mensajes importantes.

MATERIALES: Kit, alimentos sancochados, Carteles, tarjeta de cartulina, plumones.

5. Conformación de grupos: Madres con niños de diferentes grupos etarios (de 6 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 36 meses de edad.

6. Lavado de manos: Iniciara la facilitadora en seguida Las participantes se lavaran la mano con agua y jabón.

7. Preparación de los alimentos:

- Se distribuirá los materiales equitativamente.
- Se colocara los alimentos en una mesa invitando a un representante de cada mesa a recoger los alimentos.
- Los participantes se colocaran los gorros y el mandil.
- Se iniciara la preparación de los alimentos.
- Cada grupo debe preparar platos de acuerdo a los grupos etarios.
- Para preparar cada plato tener en cuenta los mensajes aprendidos y los modelos de preparaciones o combinaciones en base a los grupos de alimentos.
- Se explicara el procedimiento a seguir.
- Las facilitadoras observaran e intervendrán orientándolos, felicitando iniciativas y recordando los mensajes.
- Una vez que se termine las preparaciones todo debe quedar limpio y ordenado.
- En la mesa de cada grupo solo debe quedar los platos con las preparaciones y las tarjetas correspondientes.

8. Presentación y evaluación de las preparaciones:

- Cada grupo presentara su plato indicando el nombre de la preparación, para quien fue preparado, los ingredientes y la cantidad, la presentación será presentada por diferentes participantes.
- Se verificara que todas las preparaciones reflejan los mensajes.
- Se verificara que todas las preparaciones cuentan con las siguientes características:
 - Tiene alimento de origen animal fuente de hierro y la cantidad utilizada es adecuada según la edad de las niñas o niños
 - Tiene consistencia espesa o es segundos.
 - Está acompañada de verduras o frutas.
 - La cantidad servida es adecuada según la edad de la niña o niño.
 - Tiene menestras.
- Cuando las preparaciones son adecuadas felicitar al grupo caso contrario se da sugerencias para mejorarlas.

Se finaliza la presentación retirando los carteles de la pared y aplaudiéndolas.

MOMENTO TRES: DESPUES DE LA SESION DEMOSTRATIVA

1. Verificación del aprendizaje

- Verificar que los participantes han captado los mensajes importantes.
- Se puede elegir dinámicas o socio dramas. “la importancia de combinar los alimentos e incluir cada día un alimento de origen animal”

2. Se termina la reunión

- Se felicita a todas las participantes, se les agradece hasta otra oportunidad.

3. Devolución del kit de sesiones demostrativas

- Se devuelve el kit utilizado y limpio.
- Se deja limpio y ordenado el local

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA PARA REALIZAR CONSEJERIA NUTRICIONAL

- TEMA:** Consejería nutricional mediante la visita domiciliaria
- OBJETIVO:** Reforzar sus conocimiento de las madres de las niñas/niños en Promover el uso de alimentos nutritivos
- PÚBLICO OBJETIVO:** Madres de niñas/niños de 12 a 36 meses.
- IDEAS CLAVE:** Hacer seguimiento a los participantes a través de las visitas domiciliarias para verificar que las madres sigan las indicaciones en la alimentación de los niñas/niños en consistencia, frecuencia, cantidad.
Verificar que ofrezcan alimentos de origen animal, en la higiene personal y la de los alimentos.
Si existe un riesgo en la salud del niña/ niño o que no acudieron a su control, es necesario hacer la anotación y referirla al establecimiento de salud.
- TIEMPO:** 45 Minutos.
- RESPONSABLES:** Mg. Mery Malela Bejarano Campos.
Lic. Florinda María Falcón Cabrera.
Lic. Carmen Cruz príncipe ortega.
- ANTES: DE LA VISITA DOMICILIARIA:**
- 1.- Programación de la visita
 - 20 de Agosto 2015.
 - 10 a.m.
 - 2.- Motivo de la visita: Consejería nutricional.
 - Para vverificar que las madres sigan las indicaciones en la alimentación de los niñas/niños en consistencia, frecuencia, cantidad.
 - Verificar que ofrezcan alimentos de origen animal, en la higiene personal y la de los alimentos.
 - 3.- Materiales
 - Se elaboró los códigos y/o laminas.
- DURANTE: LA VISITA DOMICILIARIA:**
- 1.- SE ESTABLECERA UNA RELACIÓN DE CONFIANZA:
 - Saludar amablemente.
 - Nos presentaremos con nuestro nombre y nuestra ocupación.

- Guardaremos la confidencialidad.
- Facilitar la participación de los miembros de la familia.

2.- HABILIDADES DE ESCUCHAR Y APRENDER

- Se mantendrá la cabeza al mismo nivel que la madre.
- Poner bastante atención.
- Se quitara todo tipo de barrera.
- Se realizará un contacto físico apropiado con la madre.
- Hacer que la madre se sienta cómoda y tranquila para poder sacar provecho de la consejería

3.- USAREMOS GESTOS Y RESPUESTAS QUE DEMUESTREN INTERÉS.

- Se mira a la madre con una sonrisa.
- Usaremos las palabras simples: “Verdad”, “claro”, “aja”. “Mmm”.

4.-SE EXPLICARA EL MOTIVO DE LA VISITA:

- Previamente se evaluara si el crecimiento y el desarrollo del niño o niña son o no los adecuados.
- El monitoreo del crecimiento es esencial para ayudar a las madres o cuidadores a comprender cómo la alimentación y las medidas preventivas de salud pueden asegurar la salud integral del niño.

5.- DAR INFORMACION PERTINENTE EN EL MOMENTO ANALIZANDO LA SITUACION.

Sugerir y orientar respecto de las prácticas de alimentación que necesiten ser corregidas para ponerlos en práctica en su casa.

A partir de los 12 meses de vida, las niñas/niños pueden compartir la mesa familiar y comer los mismos alimentos que consume el resto de la familia.

Para evitar las enfermedades es importante cuidar la higiene de todos los días y, muy especialmente, en la alimentación infantil.

La formación de hábitos alimentarios saludables se guía desde los primeros años de la vida.

Acaricie a sus niñas/niños con ternura y demuéstreles siempre su amor, para que aprendan a vivir en armonía, paz y tranquilidad.

La Alimentación equilibrada se logra combinando alimentos porque un solo alimento o grupo no puede proporcionar la energía y los nutrientes que el cuerpo humano necesita para crecer, desarrollarse y funcionar.

Qué alimentos ofrecer a las niñas/niños.

El cerebro del bebe se forma en sus primeros años de vida y depende de una alimentación variada y nutritiva para que sea una niña/niño inteligente, con la capacidad de aprender más y con mayores oportunidades de trabajo en el futuro.

Las niñas/niños desnutridos y con anemia tienen mayor riesgo de enfermar y morir.

5.- VERIFICAREMOS LA COMPRESION DE LA MADRE.

- Se facilitara a la madre que hable.
- Utilizaremos las preguntas abiertas.

Como está alimentando a su niña/niño.

Cómo está comiendo el niño.

Cuántas veces al día le da de comer

Qué alimentos le dará a su hijo.

Cada cuánto tiempo dará de comer.

Cómo piensa prepararlos.

Cuándo piensa comenzar a dárselos.

6.- MANTENER CONTACTO Y SEGUIMIENTO.

Al finalizar la consejería plantearemos disponibilidad para seguir conversando en una próxima visita.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento en estudio, se tuvo que requerir el juicio de 7 expertos, donde se construyó una matriz de análisis de las respuestas, así:

Concordancia de las respuestas de los jueces

ITEM	VALORACIÓN DE JUECES							Prueba Binomial (Valor P)
	1	2	3	4	5	6	7	
1	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	0,016
2	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	0,016
3	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	0,016
4	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	0,016
5	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	0,016
6	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	0,016
7	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	0,453
8	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	0,016
9	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	0,125
10	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	0,016
TOTAL								0,703
Significado de la concordancia (Valor P)								0,040

Fuente: Elaboración propia.

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es incorrecta.

1 = Si la respuesta es correcta.

Considerando que existe concordancia significativa cuando el valor "P" es menor que 0,05; el instrumento es válido, según el juicio de expertos, ya que la concordancia del instrumento en estudio alcanzó un valor **P = 0,040**

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar los resultados la prueba estadística de:

Coefficiente de confiabilidad ALFA DE CROMBACH:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{v_i}{V_t} \right]$$

Donde:

A: Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

K: Número de Ítems

Vi: Varianza de cada ítem

Vt: varianza total

Obteniéndose los siguientes resultados:

1. CUESTIONARIO

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	37	100,0
	Excluidos a	0	,0
	Total	37	100,0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,731	0,731	10

Como el valor de alfa de Cronbach es superior a 0,72 se considera el instrumento como altamente confiable.