

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



**EFFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL
BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN
PARTICIPATIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS,
MARGOS-HUÁNUCO, 2017**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
CIENCIAS DE LA SALUD
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TESISTAS : LIC. ENF. CHAVEZ MARTEL, Edilberto
LIC. ENF. ACEVEDO LAGUNA, Helen Nalda
LIC. ENF. RODRÍGUEZ RUÍZ, Gloria María**

ASESORA: DRA. VILLAVICENCIO GUARDIA, María Del Carmen

HUÁNUCO-PERÚ

2019

**EFFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL BASADO
EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA EN LA
PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN EL NIÑO MENOR DE
2 AÑOS, MARGOS-HUÁNUCO, 2017**

DEDICATORIA

A las personas que día a día son el motor y motivo de superación, lo cual ayuda a vencer obstáculos e ir alcanzando cada vez mejor el éxito.

A nuestros compañeros de trabajo quienes forjan a diario los mecanismos para contrarrestar los indicadores negativos en la salud pública como la protección de la salud infantil.

Los autores

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos brindar aportes valiosos a nuestros semejantes en nuestro quehacer diario como profesionales de la salud.

A nuestros seres queridos quienes han tolerado el esfuerzo que ha significado restar el tiempo de pasar con ellos para desarrollarnos profesionalmente.

Los autores

RESUMEN

Objetivo. Determinar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017. **Métodos.** El presente estudio es de enfoque cuantitativo, explicativo, cuasi experimental, longitudinal y prospectivo. Se trabajó con una muestra de 30 madres y 30 niños. Se utilizó como instrumentos, el cuestionario de características sociodemográficas, la ficha de control del estado nutricional, el cuestionario de conocimiento sobre nutrición y la guía de observación de prácticas nutricionales. Para contrastar las hipótesis y evaluar la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por los conocimientos y las prácticas antes y después de cada consejería nutricional, se utilizó la prueba T de Student (t); para evaluar la diferencia en el promedio de los pesos y las tallas alcanzadas por los niños después de cada consejería, se utilizó la prueba T de Student (t) y para realizar la comparación de las proporciones del estado nutricional en las consejerías nutricionales realizadas, se utilizó la prueba Chi Cuadrada de Pearson (X^2). **Resultados.** Se comprobó diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los pesos de los niños en la primera respecto a la segunda consejería ($t=15,140$ y $p= 0,000$); y la segunda respecto a la tercera consejería ($t=16,709$ y $p= 0,000$). Asimismo, se evidenció diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento en el pre respecto al post test de la primera consejería ($t=4,450$ y $p= 0,000$), de la segunda consejería ($t=5,931$ y $p= 0,000$) y de la tercera consejería ($t=6,339$ y $p= 0,000$). Igualmente, se evidenció diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de prácticas en el pre respecto al post test de la primera consejería ($t=5,132$ y $p= 0,000$), de la segunda consejería ($t=8,172$ y $p= 0,000$) y de la tercera consejería ($t=5,425$ y $p= 0,000$). **Conclusiones.** La consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa permitió la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años.

Palabras claves. Efectividad, consejería nutricional, intervención participativa, prevención de la desnutrición.

ABSTRACT

Objective. To determine the effectiveness of nutritional counseling based on the Participatory Intervention Model in the prevention of malnutrition in children under 2 years, Margos-Huánuco, 2017. Methods. The present study is quantitative, explanatory, quasi-experimental, longitudinal and prospective. We worked with a sample of 30 mothers and 30 children. The sociodemographic characteristics questionnaire, the nutritional status control sheet, the nutrition knowledge questionnaire and the nutritional practices observation guide were used as instruments. To test the hypotheses and evaluate the difference in the average of the scores obtained by the knowledge and practices before and after each nutritional counseling, the Student's t-test (t) was used; To evaluate the difference in the average of the weights and sizes reached by the children after each counseling, the Student's t-test (t) was used and to make the comparison of the proportions of the nutritional status in the nutritional counseling performed, used Pearson's Chi Square test (X^2). Results statistically significant differences were found in the average of the weights of the children in the first with respect to the second counseling ($t=15.140$ $p=0.000$); and the second regarding the third counseling ($t=16.709$ $p=0.000$). Likewise, there were statistically significant differences in the average of the scores obtained by the level of knowledge in the pre with respect to the post test of the first counseling ($t=4.450$ and $p=0.000$), of the second counseling ($t = 5.931$ and $p=0.000$) and third counseling ($t=6.339$ $p=0.000$). Likewise, there were statistically significant differences in the average of the scores obtained by the level of practices in the pre with respect to the post-test of the first counseling ($t = 5,132$ and $p = 0.000$), of the second counseling ($t=8.172$ $p=0.000$) and third counseling ($t=5.425$ $p=0.000$). **Conclusions.** Nutritional counseling based on the Participatory Intervention Model allowed the prevention of malnutrition in children under 2 years old.

Keywords. Effectiveness, nutritional counseling, participatory intervention, prevention of malnutrition.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice.....	viii
Introducción.....	15

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio.....	19
1.1.1. Antecedentes internacional.....	19
1.1.2. Antecedentes nacionales.....	21
1.1.3. Antecedentes locales.....	25
1.2. Bases teóricas.....	26
1.2.1. Modelo de promoción de la salud.....	26
1.2.2. Teoría de interculturalidad.....	27
1.2.3. Rol de Enfermería en la consejería nutricional.....	27
1.2.4. Documento técnico sobre consejería nutricional.....	27
1.3. Bases Conceptuales.....	28
1.3.1. Consejería.....	28
1.3.2. Situaciones para brindar consejería.....	28
1.3.3. Principios de la consejería.....	29
1.3.4. Elementos clave de la consejería.....	30
1.3.5. Secuencia de la sesión de consejería.....	31
1.4. Hipótesis general.....	33
1.5. Hipótesis específicas.....	33
1.6. Variables.....	34
1.7. Objetivos.....	34
1.8. Ámbito.....	35
1.9. Población.....	36
1.10. Muestra.....	37

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO.

2.1. Enfoque del estudio.....	38
2.2. Tipo de estudio.....	38
2.3. Nivel de investigación.....	38
2.4. Diseño de investigación.....	39
2.5. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	39
2.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	41
2.6.1. Actividades.....	41
2.6.2. Procesamiento y elaboración de datos.....	43
2.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	43
2.6.4. Aspectos éticos.....	44
2.6.5. Análisis de resultados.....	44
2.6.6. Actividades en el proceso de la consejería nutricional.....	45

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

3.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	48
3.2. Análisis inferencial de los resultados.....	62
3.3. Discusión de resultados.....	84
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	94
NOTAS BIOGRÁFICAS.....	119
ACTA DE APROBACIÓN.....	123

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01. Características sociodemográficas de las madres de niños de menores de 2 años que participaron en la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.....	48
Tabla N° 02. Características sociodemográficas de los niños de menores de 2 años que participaron en el estudio efectividad de las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.....	49
Tabla 03. Pesos de los niños menores de 2 años que participaron en el estudio efectividad de las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.....	50
Tabla 04. Talla de los niños menores de 2 años que participaron en el estudio efectividad de las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.....	51
Tabla 05. Conocimiento sobre nutrición antes y después de aplicar las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	52
Tabla 06. Conocimiento sobre nutrición antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	54
Tabla 07. Nivel de conocimiento sobre nutrición antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	56
Tabla 08. Prácticas sobre nutrición antes y después de aplicar la las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	57
Tabla 09. Prácticas sobre nutrición antes y después de aplicar la las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	59
Tabla 10. Nivel de prácticas sobre nutrición antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de	61

intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	
Tabla 11. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	62
Tabla 12. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	64
Tabla 13. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	66
Tabla 14. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	69
Tabla 15. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	71
Tabla 16. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	73
Tabla 17. Diferencia en el promedio de los pesos alcanzados en la primera y segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	76
Tabla 18. Diferencia en el promedio de los pesos alcanzados en la segunda y tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	77
Tabla 19. Diferencia en el promedio de las tallas alcanzadas en la primera y segunda consejería nutricional basado en el modelo de	79

intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....

Tabla 20. Diferencia en el promedio de las tallas alcanzadas en la segunda y tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017..... 80

Tabla 21. Comparación de las proporciones del estado nutricional en las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017. 82

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la primera sesión de la consejería basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.	63
Figura 02. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.	65
Figura 03. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.	67
Figura 04. Comparación del promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	68
Figura 05. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	70
Figura 06. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	72
Figura 07. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	74
Figura 08. Comparación del promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años,	75

Margos-Huánuco, 2017.....	
Figura 09. Comparación del promedio de los pesos alcanzados en las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	78
Figura 10. Comparación del promedio de las tallas alcanzadas en las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	81
Figura 11. Comparación de las proporciones del estado nutricional en las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.....	82

INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil¹, es considerada como uno de los problemas nutricionales endémicos de nuestro país, ya que tiene un proceso de inicio que generalmente lo hace con ganancias inadecuadas o riesgos nutricionales y que en sus formas moderadas, puede incrementar la probabilidad de morir por un número variado de enfermedades y puede estar asociada con cerca de la mitad de toda la mortalidad infantil.

Desde la perspectiva del Instituto Nacional de Salud², los factores que influyen en la alteración del estado nutricional son muy diferentes, según el país, la región, la población y las condiciones socioeconómicas; además, el riesgo de malnutrición en los países en vías de desarrollo es alta, la desnutrición crónica infantil, según el patrón de referencia OMS, es de 19,0% (IC 95%: 16,1 - 22,3). Además, la desnutrición crónica según área de residencia esta marcadamente diferenciada mostrando un 11,8% (IC95%: 8,5 - 16,2) en el área urbana y 37,3% (IC95%: 32,6 - 42,2) en el área rural, evaluándose un total de 1499 niños.

Por su parte, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar³, manifestó que para el año 2017, en la Región Huánuco la proporción de la Desnutrición Crónica en menores de 5 años fue de 24,3% y el promedio nacional fue de 13,1% según el patrón de la OMS, es decir, Huánuco tiene 11,4 puntos porcentuales más desnutrición crónica que el promedio nacional, con grandes brechas al interior de sus distritos tomando en consideración dos parámetros de clasificación del estado de nutrición del niño o niña menor de 5 años.

En el distrito de Margos, de los informes de la Dirección Regional de Salud Huánuco⁴, se evidenció que, los porcentajes de desnutrición crónica han disminuido notablemente desde el año 2014 que se tenía (47,89% y 37,19%) y el año 2017 hasta (32,24% y 27,26%) respectivamente, porcentajes que se pretende disminuir más aún; en ese contexto, de los reportes del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN)⁵ de la Red de Salud Huánuco, la desnutrición es el resultado de múltiples factores: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos, entre otras, todas ellas asociadas generalmente a la pobreza de la familia, su bajo nivel educativo, a la escasa inversión social, a la falta de priorización en los grupos más vulnerables y, al uso ineficiente de los recursos del Estado.

Por otro lado, Gómez⁶, señala que, la lactancia materna y la alimentación complementaria inadecuadas junto con una elevada incidencia de diarrea e infección respiratoria aguda, son causas inmediatas directas de desnutrición, mientras que la pobreza a nivel del núcleo familiar, el inadecuado saneamiento ambiental y los cuidados de salud son causas subyacentes.

Lutter y Sempértegui⁷, indican que una nutrición adecuada en los primeros años de vida es fundamental para que cada niño alcance su máximo potencial humano y para contribuir al logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio; mientras que, una deficiente nutrición durante los primeros años críticos de la formación tienen consecuencias inmediatas y a largo plazo. Dentro de las consecuencias inmediatas señaladas por Martorell⁸ se encuentran, el retardo en el desarrollo mental y físico, morbilidad significativa y

mortalidad. En tanto, BrvinPelletier⁹, menciona que, las consecuencias a largo plazo incluyen daños en el desempeño intelectual, y en la capacidad de trabajo, así como alto riesgo de padecer enfermedades crónicas.

De los datos registrados en el Análisis situacional de Salud de la Microred Margos¹⁰, se evidenció que, la población de Margos se encuentra expuesto a factores tales como el analfabetismo, escaso saneamiento básico, la falta de sensibilización y compromiso en el cuidado infantil.

Por otro lado, Lutter y Sempértegui⁷, consideran que, la Consejería Nutricional es un medio para promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de mayor tendencia al crecimiento adecuado y para prevenir alteraciones tempranas, tal como lo define como un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería dirigido a una gestante, madre, padre o cuidador del niño/a.

Además, Sánchez¹¹, manifestó que, es necesario enfatizar que, la consejería nutricional basados en el modelo de intervención participativa, permite tomar decisiones frente a la evaluación nutricional y el análisis de las prácticas, y de ese modo poder fortalecer las practicas negativas por positivas y trabajar en corregir los diagnósticos nutricionales de riesgo. Del mismo modo, se debe considerar las visitas domiciliarias periódicas en los momentos oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes. Es importante también reconocer las oportunidades de contacto que existen entre el personal de salud y madre, padre o cuidadores de la niña y niño para brindar una consejería en nutrición como pueden ser cuando una madre lleva a

su niña o niño menor de cinco años al control de crecimiento y desarrollo, vacunar, cuando la niña o niño está enferma(o); principalmente, si presenta infección diarreica o respiratoria, cuando el niño o la niña son referidos por algún agente comunitario en salud (ACS) al establecimiento de salud.

En vista que, en la actualidad la desnutrición, es considerada una de las enfermedades que afectan irreversiblemente dentro de los problemas de malnutrición infantil, es que se inicia la presente investigación sobre efectividad de la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años de la localidad de Margos; además consideramos que se puede revertir algunas causas primarias y secundarias que atañen a la desnutrición, ya que, se relaciona directamente con el quehacer de la madre y/o aquellas que se consideran cuidadoras de los niños. En ese sentido, el especialista en salud familiar y comunitaria que labora más que todo en el primer nivel de atención deberá contribuir en la disminución de la incidencia y prevalencia de este problema, mediante actividades preventivo promocionales a través del desarrollo de estrategias educativas con técnicas participativas que permitan mejorar la alimentación del niño menor de 2 años sobre todo en lo concerniente a la mejora de la nutrición, de esta manera se fomentará la adopción de conductas saludables que contribuirán en el crecimiento y desarrollo normal del niño en sus tres primeros años de vida.

LIMITACIONES: Las únicas limitaciones que se han presentado en el desarrollo de la investigación fueron la disponibilidad de tiempo de parte de las madres de los niños las cuales se han tenido que ajustar a los mismos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

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

1.1.1 Antecedentes internacionales.

En Ecuador (2014) Abril¹², efectuó el estudio **“Efecto de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños/as de 6 a 24 meses de edad en el Hospital José María Velasco Ibarra-Tena”**, con el objetivo de comprobar el efecto de la anemia ferropénica sobre el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños/as de 6 a 24 meses de edad. El método que utilizaron fue el descriptivo, retrospectivo y transversal. Los resultados evidenciaron que, los niños/as de 22 y 23 meses de edad, que presentaban talla baja, mostraban anemia, retraso de desarrollo (motora fina y social) y perímetro cefálico bajo. El 10% (80 pacientes) de todos los lactantes presentaron anemia, en un lapso de 6 meses, el 72% y el 77% nos dieron a conocer retraso del desarrollo psicomotriz a nivel social y 42cm el perímetro cefálico más bajo. Las causas atribuibles se debieron a la frecuencia con la que el niño se alimenta en el día, con un mayor porcentaje de 3 veces al día con el 54% y su alimentación antes de los 6 meses, con un porcentaje del 46% la leche materna exclusiva.

En Guatemala (2016), El Gobierno de la República de Guatemala¹³, desarrolló la Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición crónica del 2016 al 2020, siendo una de las prioridades de dicha Política General la reducción de la desnutrición crónica en 10 puntos porcentuales en niños menores de dos años, con prioridad en la niñez indígena y de áreas rurales. Para el diseño de la Estrategia se tomaron en cuenta aspectos positivos de experiencias que se han desarrollado a nivel nacional e internacional en materia de reducción de la desnutrición crónica infantil. En el ámbito nacional, se tomaron en cuenta los resultados de la evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero, realizada por el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias -IFPRI-. Por otro lado, se demostró que la Estrategia está fundamentada en el que hacer de las instituciones del gobierno, la sociedad civil y la cooperación nacional e internacional. Sin embargo, también consideraron que, se requiere el rol protagónico de los gobiernos municipales, representados en la autoridad del alcalde municipal, y la fortaleza de los consejos de desarrollo, en donde convergen las fuerzas vivas del país.

En España (2017) Sánchez¹¹, realizó el estudio “**La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico**”, con el objetivo de determinar la eficacia de los programas de atención temprana en niños de Riesgo Biológico. Se trató de un estudio de tipo experimental, retrospectivo. Los resultados identificaron que el grado de prematuridad y la puntuación en el test de Apgar no les permitieron afirmar que dichas variables estén condicionados

estrechamente a la posterior evolución del niño al año de edad corregida. Asimismo, demostraron que los niños prematuros suelen presentar un riesgo más o menos severo de discapacidad en función de su grado de alteración biológica, y que, incluso en los casos en que todos los datos señalan que no presentan patologías asociadas, tienen, como grupo, unos resultados peores que los niños nacidos a término, al menos durante el primer año de vida.

1.1.2 Antecedentes nacionales.

En Lima (2014) Vilca y Yantas¹⁴, desarrollaron el estudio **“Efectividad del programa Madres del Futuro en el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, de niños de 6 a 12 meses, Centro de Salud de Lince”**, con el objetivo de determinar la efectividad del programa. Se trató de un estudio de tipo pre experimental, con diseño pre-pos en un solo grupo. La población estuvo conformada por 240 madres de niños de 6 a 12 meses de edad, que se atendían mensualmente en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Lince. La muestra fue de 50 madres en base a criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Además, utilizaron el coeficiente Alfa de Crombach ($p=0,73$) en cuyos resultados se encontraron que el nivel de conocimientos de las madres antes de la ejecución del programa (pre test) fue de nivel medio (46%), con tendencia a bajo (32%), mientras que en el post test las madres alcanzaron un nivel alto (60%), con tendencia a medio (40%). Por lo tanto concluyeron que el programa educativo implementado fue efectivo.

En Lima (2014) Guardia¹⁵, confeccionó el estudio **“Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento y prácticas de madres primíparas del Hospital III Emergencias Grau 2014”**, con el objetivo de determinar la efectividad de la intervención educativa de enfermería en el conocimiento y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas de dicho hospital. Se trató de un estudio de tipo pre-experimental, prospectivo. La población estuvo conformada por 30 madres primíparas a quienes se les aplicó un pre test, seguido de 3 sesiones educativas y posteriormente luego de 7 días tomó un post test; previo consentimiento informado, utilizaron la técnica de la encuesta y como instrumento cuestionario; para evaluar la práctica utilizaron dos guías de observación. Los resultados demostraron que, hubo diferencia significativa a nivel general en el pre-test de 63% al post test 100%, con respecto a la variable práctica, demostraron técnica de amamantamiento adecuada 63% y después de la intervención educativa fue adecuada en el 93%, la práctica de extracción de leche materna fue inadecuada al 70% y después de la intervención adecuada al 100%. Concluyeron que, el estudio demostró que la educación de enfermería tuvo efecto porque incrementó el nivel de conocimientos y prácticas de lactancia materna así mismo contribuye a la salud comunitaria y a la protección de la salud del niño y de la madre.

Ancash (2014), Brañes, Chávez y Miranda ⁽¹⁶⁾, realizaron el estudio **"Efectividad del Programa “Ally Micuy” en la mejora del estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses del**

distrito de Chacas, región Ancash, Perú", con el objetivo de determinar la efectividad del Programa. Se trató de un estudio con diseño pre-experimental, la población y muestra con las que trabajaron fue de 122 niñas y niños. Para la recolección de datos utilizaron la ficha de seguimiento de niñas y niños, donde se registraron datos antropométricos (talla/edad), nivel de hemoglobina (g/dl de acuerdo al nivel de altura) y conocimiento de las madres. Al aplicar el Programa "Ally Micuy" buscaron mejorar integralmente la calidad de vida de las madres participantes, mediante diversas actividades individuales y grupales. Los resultados evidenciaron que, antes del Programa el 5% desconocía temas referidos sobre la alimentación, este aumentó a un 90% después de la intervención, por otro lado la diferencia de los valores de Hemoglobina según el análisis estadístico de comparación de medias para muestras relacionadas tuvo como respuesta antes del programa una media de 10,4 de g/dl y después de la intervención una media de 11,0 g/dl con una diferencia de Sig.= 0,000. Respecto a la desnutrición crónica los grupos etarios más significativos fueron de 6 -11 meses con una diferencia de Sig.= 0,008, 12-17 meses con una diferencia de Sig.= 0,012 y 18-23 meses con una diferencia de Sig.= 0,000. Concluyeron que, el programa "Ally Micuy" fue efectivo en la mejora del estado nutricional porque incrementó los conocimientos de las madres, el valor de Hb y disminuyó la prevalencia de la desnutrición crónica.

En Trujillo (2016), Merino ⁽¹⁷⁾, confeccionó el estudio **"Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre alimentación saludable y estado nutricional de preescolares"**,

con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo “Comiendo Sano, desarrollo y Crezco Mejor”. Se trató de un estudio de tipo Pre experimental; su muestra estuvo constituido por 20 pre escolares y sus madres. Para la recolección de datos aplicaron dos instrumentos, los cuales fueron procesados en SPSS Statistics 23. Para la significancia estadística utilizaron el test de Wilcoxon. Los resultados demostraron que, antes de la aplicación del programa el 65% de madres obtuvieron nivel medio de conocimientos; en el indicador talla para la edad, los 50% de pre escolares clasificaron como normal. Después de la aplicación del programa, el 80% de madres obtuvo nivel alto de conocimientos; en el indicador talla para la edad un 80% clasificaron como normal. Concluyeron que, el programa educativo fue efectivo al mejorar el nivel de conocimientos de las madres ($p= 0,025 <0,05$) y el estado nutricional de los pre escolares ($p= 0,000 <0,05$).

En Lima (2017) Rivadeneira ⁽¹⁸⁾, efectuó el estudio **“Impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de la salud en el desempeño de la atención en niños menores de dos años en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo”**, con el objetivo de determinar el impacto del entrenamiento. Realizaron un estudio de tipo cuasi experimental, prospectivo, longitudinal, con medición antes y después. Aplicaron los cuestionarios 3 y 4 a ocho profesionales de la salud y el cuestionario 5 a 264 madres y/o responsables de niños menores de dos años del documento técnico Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil, en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo de Cieneguilla, teniendo como variable de respuesta las

puntuaciones: adecuada, en proceso e inadecuada de la consejería. Los resultados evidenciaron que, el desempeño de la consejería nutricional en los médicos fue de 20,5 siendo la puntuación en proceso, las enfermeras 34 adecuada y nutricionistas 30 adecuada. Además, el estudio demostró que el impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de salud del Centro Materno Infantil Tambo Viejo fue positivo, siendo adecuado en el profesional en nutrición y enfermería, quedando en proceso en los médicos, lo que hace necesario seguir fortaleciendo la sesión de la consejería nutricional en esta especialidad.

1.1.3 Antecedentes locales.

En Tingo María (2017) Valentín ⁽¹⁹⁾, confeccionó el estudio **“Efectividad de la intervención de enfermería basada en consejería para mejorar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de un año sobre estimulación temprana en el Centro de Salud Supte San Jorge - Tingo María”**, con el objetivo de demostrar la efectividad de la intervención de Enfermería. Se trató de un estudio de tipo cuasi experimental con un solo grupo, participaron 35 madres a quienes se les aplicó un pre test luego, se le brindó dos sesiones de consejería, y al término se aplicó el pos test. Para probar la hipótesis utilizaron la prueba estadística T-Student. Los resultados comprobaron que, antes de la aplicación de las sesiones de consejería de enfermería, el 91,4% tenía conocimiento bajo y el 8,6% conocimiento medio; sin embargo después de la aplicación de las sesiones de consejería de enfermería el 68,6% tenía conocimiento alto y 31,4% conocimiento

medio y 0% conocimiento bajo. Concluyeron que, el estudio demostró que las sesiones de consejería de enfermería son efectivas para mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la estimulación temprana de sus hijos.

1.2 BASES TEÓRICAS.

1.2.1 Modelo de promoción de la salud.

Este modelo representa los componentes que debe abordar los cuidados culturales de enfermería, en el cual los patrones y prácticas sobre la salud y enfermedad están influenciados por los factores religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales, educativos, etc., mediante el contexto del entorno lengua y etnohistoria en el que se desarrolla la persona. Estos componen la mitad del sol que a su vez ejercen influencia sobre los cuidados genéricos, profesionales y enfermeros, actuando este último, como puente entre los dos anteriores; a partir de ahí se toman decisiones y acciones para brindar cuidados transculturales para así poder aplicar los tres modos (preservación, adaptación y reorientación), lo que va a significar que la enfermera va a realizar un cuidado coherente con la cultura para la salud, el bienestar o la muerte. Leininger, resalta en el modelo del sol naciente que los seres humanos, como entes, no pueden separar su procedencia cultural y estructura social de la concepción del mundo, trayectoria vital y el contexto de su entorno; esto viene a ser un principio fundamental para la teórica⁽²⁰⁾.

1.2.2 Teoría de interculturalidad.

La importancia de aplicar la teoría de Madeleine Leininger en la consejería nutricional que brinda la enfermera a la madre, radica en que inicialmente se valoren los patrones culturales de la madre, luego se incorporen los tres modos de acción sin obviar la realidad o entorno social de donde proviene, para mantener un cuidado culturalmente asertivo, completo y de calidad. ⁽²¹⁾

1.2.3 Rol de Enfermería en la Consejería nutricional

El profesional de enfermería, en la Atención Primaria, tiene como fin prevenir la enfermedad y promover la salud procurando mejorar el nivel de conocimientos de la población. En esa instancia, la consejería nutricional provee de información para asegurar el estado nutricional del niño y lograr la recuperación, guiar y promover prácticas adecuadas de alimentación como la consistencia, frecuencia de consumo, cantidad según la edad del niño y la calidad de la dieta, considerando los alimentos de origen animal, vegetal, frutas y alimentos fuentes de hierro. Por ello, para reconocer la situación de cada familia es importante conseguir una atmósfera de confianza, privacidad, familiaridad, participación y sobre todo tiempo para acceder completamente a las necesidades que requiera cada familia. ⁽¹⁸⁾

1.2.4 Documento técnico sobre consejería nutricional.

Se basa en conceptos previos sobre interculturalidad resalta que, dentro de los elementos claves de la consejería durante la conversación: “es preciso esforzarse por conocer y entender el contexto

cultural local y adoptar actitudes coherentes con este sentimiento, que sean evidentes para el usuario”.

Establece además que el personal de salud deberá tener en cuenta que si se habla con la otra persona de hábitos y costumbres, ésta debe considerar, primero explorar qué es lo que el usuario entiende por esto y cómo establece relaciones con su cultura material y con los otros, a partir de dicho entendimiento. De lo contrario, será un diálogo improductivo puesto que los marcos de referencia de los cuales se habla son diferentes ⁽²²⁾.

1.3 BASES CONCEPTUALES.

1.3.1 Consejería.

Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común ⁽²²⁾.

1.3.2 Situaciones para brindar consejería.

La consejería nutricional se realiza durante la etapa del crecimiento y desarrollo normal de la niña o niño, durante el embarazo, durante la lactancia materna, en situaciones de riesgo nutricional o en

procesos de enfermedades prevalentes de la infancia (EDA, IRA, entre otras). Es importante reconocer las oportunidades de contacto que existen entre el personal de salud y la gestante, madre, padre y cuidadores de la niña y niño para brindar una consejería en nutrición: Cuando una gestante acude al servicio de salud para el control prenatal. Cuando una madre lleva a su niña o niño menor de cinco años al control de crecimiento y desarrollo. Cuando lleva a vacunar a su niña o niño. Cuando la niña o niño está enferma(o); principalmente, si presenta infección diarreica o respiratoria. Cuando la gestante, el niño o la niña son referidos por algún agente comunitario en salud (ACS) al establecimiento de salud. En las intervenciones extramurales, principalmente en las visitas domiciliarias ⁽²²⁾.

1.3.3 Principios de la consejería.

- **La oportunidad**

La consejería nutricional debe ser oportuna. Durante el embarazo y en los tres primeros años de vida del niño, cada momento es una oportunidad para ofrecerle condiciones de salud, nutrición, higiene y afecto que aseguren un óptimo crecimiento y desarrollo ⁽²²⁾.

- **La responsabilidad.**

La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño está en los padres; es importante que ellos lo entiendan así para que puedan asumirlo en la medida en que vayan fortaleciendo sus capacidades en el cuidado y protección de la niña o el niño. La responsabilidad implica movilizar nuevos esfuerzos y recursos (si es necesario) para atender las necesidades de la gestante, la niña o el niño. Una buena consejería

es el mejor apoyo que el personal de salud puede dar a la madre, padre o cuidadores para que puedan cumplir con esta responsabilidad (22).

- **La participación.**

La consejería no sólo implica presencia, es fundamentalmente involucramiento. Permitir a la madre, padre y cuidadores que se involucren en la consejería significa ante todo, confianza, motivación y espacio para que expresen en sus propias palabras, lo que sienten y piensan sobre la situación de la niña y el niño, y buscar alternativas conjuntas para mejorar. El involucramiento de los padres o cuidadores durante la consejería es indispensable para alcanzar los resultados esperados de ella (22).

1.3.4 Elementos claves de la consejería.

- **La conversación.**

Es entendido que la responsabilidad social es la identificación con las necesidades de las gestantes, madres, niñas o niños que acuden al establecimiento de salud, es preciso esforzarse por conocer y entender el contexto cultural local y adoptar actitudes coherentes con este sentimiento, que sean evidentes para el usuario. Se trata de establecer una vinculación entre texto (lo que se dice) y contexto, distinguiendo tres dimensiones: el personal de salud que realiza consejería, el mensaje y el usuario (22).

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

- La relación que establece con otra persona
- Limitaciones temáticas

- Propósito de la conversación
- Grado de formalidad
- Turnos en el dialogo o conversación
- **Condiciones del mensaje.**
 - Predictibilidad
 - Refuerzo formal
 - Sentido amplio
 - Imagen social (principio de prioridad)
 - El valor y el sentido cultural del silencio ⁽²²⁾

1.3.5 Secuencia de la sesión de consejería.

Como cualquier acto comunicativo, la consejería tiene una función relacional, que genera siempre un resultado en la medida en que modifica para bien o para mal, mi relación con el otro. Este resultado puede generar situaciones de colaboración o de resistencia ⁽²²⁾.

A. Primer momento: encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada.

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

B. Segundo momento: análisis de factores causales o riesgos.

El segundo momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores analizan las posibles causas de los

problemas encontrados o riesgos. Ayudarlos a encontrar estas causas o riesgos y explicarlas en su propio lenguaje.

C. Tercer momento: búsqueda de alternativa de solución y toma de acuerdos.

El tercer momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución a los factores identificados. Recordar que, las decisiones sobre cuáles alternativas son más convenientes debe ser tomada finalmente por ellos, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades.

D. Cuarto momento: registro de acuerdos tomados.

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

E. Quinto momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados.

El quinto momento es el seguimiento a los acuerdos tomados. Este momento se realiza en las citas posteriores, puede ser intramural o extramural. Es importante despedirse cálida y afectuosamente para crear un vínculo positivo que motive al usuario a regresar. Asimismo, el personal de salud debe asegurar el seguimiento a los acuerdos en los siguientes controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar y reforzarlas

(28).

1.4 HIPOTESIS GENERAL.

Ho: No es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Hi: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

1.5 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Hi₁: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la recuperación del riesgo de desnutrición en niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

Hi₂: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la ganancia del peso de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

Hi₃: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en el aumento de la talla de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

Hi₄: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la mejora del nivel de conocimiento y las prácticas de las madres de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

1.6 VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Efectividad de la Consejería Nutricional Basados en el modelo de intervención participativa.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años.

VARIABLES INTERVINIENTES

- ❖ Edad de la madre
- ❖ Grado de instrucción
- ❖ Ocupación
- ❖ N° de Hijos de la madre
- ❖ Ingreso económico

1.7 OBJETIVOS.

1.7.1 Objetivo General.

Determinar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

1.7.2 Objetivos Específicos.

- Manifestar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la recuperación del riesgo de desnutrición en niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.
- Demostrar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la ganancia del peso de niños

menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

- Comprobar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en el aumento de la talla de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.
- Evidenciar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la mejora del nivel de conocimiento y las prácticas de las madres de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

1.8 ÁMBITO.

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Margos, la cual pertenece al distrito de Margos, se encuentra ubicado a 24 Km de la ciudad de Huánuco dentro de la provincia y región Huánuco, presenta características sociodemográficas de pobre y extremo pobre de clima frígido y relieve accidentado. El distrito de Margos se encuentra ubicado en la Región Central Andina al Sur Oeste de Huánuco. El Acceso es a través de carretera afirmada en regular estado de Huánuco, Higüeras, Yarumayo, Yacus y Margos con un total de 50 Km por un tiempo de 3 horas con camioneta y 2 horas con automóviles.

La altitud del Distrito de Margos, varía desde 3,547 m.s.n.m siendo el Centro Poblado de Llamapashillum el que se encuentra a mayor altitud 4,280 m.s.n.m.; tiene una superficie territorial de 112,8 Km². representando el 0,8 % con respecto al departamento, como Distrito, la localidad con mayor extensión es Margos y la de menor extensión es

Pacayhua. El distrito, tiene un clima templado-frío y muy frío en las zonas más elevadas. La Temperatura media anual es de 7° a 13° C. Se observa básicamente dos temporadas la de invierno que empieza en los meses de Febrero hasta Abril y mediados de Mayo, luego se inicia la temporada de verano que dura más tiempo, desde Junio hasta Diciembre y parte de Enero ⁽¹⁰⁾.

1.9 POBLACIÓN.

La población de madres estuvo constituida por el total de madres (35) que asistieron al Centro de Salud de Margos para el control de CRED de sus niños.

La población de niños, estuvo conformada por el total de niños (35) de 6 meses a 2 años registrados el Centro de Salud de Margos.

Características de la Población:

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

Madres:

Madres que asistieron al C.S. de Margos con regularidad a los controles de CRED de sus niños menores de 2 años.

Madres de todas las edades.

Madres con instrucción y sin instrucción educativa.

Madres que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado.

Niños:

Niños de 6 meses a 2 años de edad

Niños de ambos sexos

Con diagnóstico nutricional normal o con riesgo de talla baja, peso bajo y peso/talla.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio:

Madres que tuvieron algún problema de salud que les impida participar en el estudio.

Madres que rechazaron contestar las preguntas de la entrevista por alguna razón justificable.

1.10 MUESTRA.

La selección de la muestra se realizó a través del método no probabilístico, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando una población muestral debido al pequeño tamaño de la muestra; por tanto el tamaño de la muestra final fue de 30 madres y 30 niños que participaron en el estudio.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. ENFOQUE DEL ESTUDIO.

Según Sampieri²³, el enfoque del estudio fue **cuantitativo**, porque se realizó mediciones numéricas de las variables de interés; y a través del método científico se obtuvo conclusiones generales a partir de premisas particulares; registrando los hechos, para luego describirlas particularmente, y arribar a conclusiones importantes a través del análisis estadístico.

2.2. TIPO DE ESTUDIO.

Supo²⁴, indica que el estudio cumplió con la siguiente clasificación:

Según la intervención del investigador en el fenómeno que estudia, fue un estudio de tipo **cuasi experimental**, porque el investigador intervino sobre la variable de interés (Consejería nutricional).

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de interés, fue un estudio de tipo **longitudinal**, porque las variables de interés fueron medidas en más de dos oportunidades (antes y después de la consejería nutricional, en una serie de 3 oportunidades).

Según la planificación de la toma de datos, fue de tipo **prospectivo**, porque la información se recogió a propósito de la investigación (desde fuentes primarios, de las madres).

Según el número de variables de interés, fue de tipo **analítico**, porque se realizó un análisis bivariado a través de la estadística inferencial.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El estudio cumplió con la clasificación de nivel **explicativo**, porque su finalidad fue explicar el nivel de conocimiento y las prácticas de las madres de

los niños en función a la consejería nutricional, realizando una relación de causa-efecto.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño del estudio fue cuasi-experimental, en vista que se trabajó con un solo grupo de madres y se realizó dos mediciones, antes y después de cada consejería nutricional, es decir se realizó seis mediciones del nivel de conocimiento y prácticas en tres consejerías brindadas a las madres y tres mediciones del estado nutricional en los niños; además la asignación de la muestra no fue aleatoria sino por conveniencia.

Diagrama del diseño:

GE O₁ I₁ O₂ - O₃ I₂ O₄ - O₅ I₃ O₆

Donde:

GE: Grupo experimental (Madres de niños menores de 2 años).

O₁, O₃, y O₅: Primera, tercera y quinta observación (evaluación del nivel de conocimiento y prácticas) Pre Test.

I₁, I₂, I₃: Primera, segunda y tercera intervención (aplicación del programa de intervención educativa).

O₂, O₄, y O₆: Segunda, cuarta y sexta observación (evaluación del nivel de conocimiento y prácticas) Post Test.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica de recolección de datos que se empleó fue la encuesta y el instrumento que se utilizó fue el cuestionario.

Asimismo se empleó la técnica de observación con su instrumento la guía de entrevista.

- **Cuestionario de características sociodemográficas.**

Instrumento que sirvió para conocer las características sociodemográficas de las madres y los niños menores de 2 años que participaron en el estudio. El instrumento estuvo compuesto por 5 preguntas que indagaron sobre la edad, grado de instrucción, ocupación, número de hijos e ingreso económico de las madres. Además, permitió recolectar información de la edad y el sexo de los niños menores de 2 años. **(Anexo 01)**

- **Ficha de control del estado nutricional.**

Ficha que permitió registrar el peso, la talla y estado nutricional de los niños menores de 2 años participantes del estudio. Se utilizó en cada medición del estado nutricional realizada, que fueron tres después de cada consejería. **(Anexo 02)**

- **Cuestionario de conocimiento sobre nutrición.**

Instrumento que sirvió para recolectar información del nivel de conocimiento de las madres sobre nutrición de los niños menores de 2 años. El instrumento constó de 18 preguntas enfocadas a evaluar los conocimientos sobre, la frecuencia con que deben recibir consejería, la participación de la familia en la alimentación del niño, la frecuencia de consumo de carnes, menestras, carbohidratos, frutas y verduras, alimentos que previenen la anemia, que proporcionan energía, que permiten el crecimiento del niño, la función de los alimentos y el modo de actuar cuando el niño esté enfermo y el lavado de manos en la preparación de los alimentos. **(Anexo 03)**

La medición y categorización del cuestionario, se realizó a través de la escala de Stanones, la misma que permitió convertir la variable cuantitativa

en cualitativa y categorizar el nivel de conocimiento en tres grupos (alto, medio y bajo) y el nivel de prácticas en tres grupos (buena, regular y deficiente). Es una técnica que permite conocer los intervalos (puntos de corte) en función de puntajes alcanzados en la medición de una variable, ya sea en forma global. **(Anexo 07)**

- **Guía de observación de prácticas nutricionales.**

Instrumento que sirvió para recolectar información del nivel de prácticas de las madres sobre alimentación o nutrición que brindan a los niños menores de 2 años. El instrumento constó de 15 ítems que se observaron en el domicilio de las madres cuando realizaban la práctica de alimentación, la observación estaba enfocada a evaluar la práctica de la participación de la familia en la alimentación del niño, la frecuencia con que brindan carnes, menestras, carbohidratos, frutas y verduras, alimentos que previenen la anemia, que proporcionan energía, que permiten el crecimiento del niño, y el modo de actuar cuando el niño estuvo enfermo, así como el lavado de manos durante la preparación de los alimentos. **(Anexo 04)**

2.6. TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

2.6.1. Actividades.

- Se pidió la autorización respectiva al Gerente el C.S. Margos con el objetivo de tener acceso al ámbito de estudio.
- Se capacitó al personal que se encargó de administrar los instrumentos de recolección de datos (encuestadores) los mismos que encargaron tanto del estudio piloto como de las consejerías nutricionales.

- La muestra se seleccionó en base a la población total, considerando una población muestral.
- Antes de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se aplicó el consentimiento informado para tener con certeza el número de madres participantes.
- Se aplicó el cuestionario de conocimiento en reuniones realizada en el establecimiento de salud, posteriormente se realizó la consejería nutricional (intramural). El cuestionario fue aplicado antes y después de cada consejería nutricional.
- La guía de observación, fue aplicada en el proceso de las visitas domiciliarias, a fin de evaluar el nivel prácticas de las madres durante el proceso de la alimentación. La guía de observación se aplicó antes y después de cada consejería nutricional.
- Con la ficha de control del estado nutricional, se registró, los pesos, las tallas y se evidenció el estado nutricional de los niños participantes del estudio. El control del estado nutricional se realizó después de cada consejería nutricional.
- La consejería nutricional se realizó en 3 oportunidades, con un lapso de 3 meses cada una, estuvo dirigida a las madres de los niños de 6 meses a 2 años. La consejería para mejorar el nivel de conocimiento se realizó en el establecimiento de salud (Intramural) y la consejería para mejorar las prácticas se realizó en el domicilio de las madres participantes (Extramural).

- Posterior a la aplicación de los instrumentos, se realizó el control de calidad de cada uno de ellos, para posteriormente realizar el procesamiento de la información.

2.6.2. Procesamiento y elaboración de datos.

Para realizar la interpretación, presentación de datos y los resultados, se procedió a través de las siguientes fases:

- **Revisión de los datos**, donde se examinó en forma crítica cada uno de los formularios utilizados y control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos**. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los formularios respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos**, Se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos**. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos de las variables en estudio.

2.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos.

Para el **Análisis de Confiabilidad** o de consistencia interna, se realizó un estudio piloto con 5 madres y 5 niños, cuyos resultados se muestran a continuación (**Anexo 08**):

El cuestionario de conocimiento sobre nutrición aplicado a las madres, obtuvo un Alfa de Crombach de **0,823**, lo que determina que el instrumento es altamente confiable o tiene buena consistencia interna.

La guía de observación de prácticas nutricionales, evaluada en las madres durante las visitas domiciliarias, obtuvo un Alfa de Crombach de **0,919**, lo que determina que el instrumento es altamente confiable o tiene buena consistencia interna.

La **evaluación de la validez**, se realizó en el marco de la categoría de validez de contenido, utilizando el procedimiento de criterio de juicio de expertos calificados o jueces (4). **(Anexo 09)**

2.6.4. Aspectos éticos.

Consentimiento informado. Se utilizó el consentimiento informado, para pedir autorización a las madres, de su participación en el presente estudio. En este documento se puso en claro los objetivos que se esperan lograr con su participación, así como los compromisos por parte del investigador, y la libertad que tendrían ellas para quedarse o abandonar el estudio en cualquier momento. **(Anexo 05).**

2.6.5. Análisis de resultados.

- **Análisis Descriptivo:**

Se efectuó el análisis descriptivo de cada una de las variables determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables nominales o categóricas.

- **Análisis Inferencial:**

Para evaluar la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por los conocimientos y las prácticas antes y después de cada consejería nutricional, se utilizó la prueba T de Student (t), con la cual se evidenció la efectividad de la consejería nutricional.

Para evaluar la diferencia en el promedio de los pesos y las tallas alcanzadas por los niños después de cada consejería, se utilizó la prueba T de Student (t), con la cual se evidenció que la consejería nutricional previene la desnutrición, ya que se logró recuperar los riesgos nutricionales al que se encontraban expuestos los niños (Riesgo de talla baja, de peso bajo y de peso/talla).

Para realizar la comparación de las proporciones del estado nutricional en las consejerías nutricionales realizadas, se utilizó la prueba Chi Cuadrada de Pearson (X^2), con la cual se evidenció que, a medida que se daban las consejerías, el estado nutricional de los niños mejoraba.

El nivel de confianza que se consideró fue del 95% y el análisis estadístico se realizó a través del paquete SPSS versión 21 para Windows.

2.6.6. Actividades en el proceso de la consejería nutricional.

- Se trabajó en la consejería nutricional con 30 madres de niños menores de 2 años.
- La consejería nutricional se realizó en 3 oportunidades, con un intervalo de 3 meses cada una.
- Antes de iniciar cada una de las consejerías, se realizó un pre y un post test, con el objetivo de comparar el nivel de conocimiento y las prácticas a medida que avanzaba las consejerías.
- La consejería nutricional para mejorar el nivel de conocimiento, se realizó en el establecimiento de salud (intramural), citando a las madres participantes.

- La consejería nutricional para las prácticas se realizó en los domicilios de las madres (extramural), a fin de observar el proceso de preparación de alimentos y los ingredientes utilizados, para luego modificar la mala práctica por consejos adecuados que permitan mejorar la alimentación del niño.
- La duración de las consejerías nutricionales se adecuó al tiempo de aprendizaje y al horario de disponibilidad de las madres participantes.
- Los temas que se abordaron fueron: **(Anexo 10)**

Temas de la consejería nutricional para mejorar el nivel de conocimiento:

- La frecuencia con que debe recibir consejería nutricional.
- El personal de salud debe informarle sobre el estado nutricional de su hijo.
- La importancia de la participación de la familia a las sesiones de consejería nutricional y la alimentación del niño.
- Frecuencia con que el niño debe consumir carne, menestras, carbohidratos, verduras y frutas, alimentos que previenen la anemia, y que proporcionan energía.
- Los alimentos que permiten el crecimiento de su niño, alimentos ricos en vitamina C, y en calcio.
- La importancia de continuar con la lactancia materna hasta los 2 años.
- Los alimentos que debe brindar al niño cuando se enferma.
- Importancia del lavado de manos antes, durante y después de preparar los alimentos.

Temas de la consejería nutricional para mejorar el nivel de prácticas:

- Pide al personal de salud información sobre el estado nutricional del niño.
- Participa la familia en la consejería nutricional y en la alimentación del niño.
- Incorpora tres veces por semana carne, menestras y carbohidratos en la dieta del niño.
- Incorpora todos los días verduras, frutas, alimentos que previenen la anemia, que proporcionan energía y que permiten el crecimiento en la dieta del niño.
- Brinda al niño alimentos ricos en vitamina C, y en calcio.
- Continúa con la alimentación normal cuando el niño se enferma,
- Continúa con la lactancia materna hasta los 2 años
- Realiza lavado de manos antes, durante y después de preparar los alimentos.

CAPITULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

A. ANALISIS SOCIODEMOGRÁFICO.

Tabla N° 01. Características sociodemográficas de las madres de niños de menores de 2 años que participaron en la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

Características sociodemográficas	n = 30	
	Nº	%
Grupos de edad.		
12 -17 años	4	13,3
18-29 años	18	60,0
30-49 años	8	26,7
Grado de Instrucción.		
lletrada	20	66,7
Primaria	6	26,6
Secundaria	4	13,4
Ocupación.		
Ama de casa	24	80,0
Agricultor	4	13,4
Independiente	2	6,7
Número de hijos.		
1 hijo	10	33,3
2 – 3 hijos	18	60,0
Más de 3 hijos	2	6,7
Ingresos económicos.		
De 100 a 199 soles	14	46,7
De 200 a 299 soles	14	46,7
Más de 300 soles	2	6,7

Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas. (Anexo 01)

Al describir las características sociodemográficas de las madres de niños menores de 2 años, se aprecia que la mayor proporción que es de 60% (18) se encuentran en el intervalo de 18-29 años de edad. Sobre el grado de instrucción, se evidencia que, el 66,6% (20) no tuvo instrucción, seguido del 26,6% (6) que tuvo nivel primaria. La ocupación del 80% (24) es de ama de casa. La mayoría, el 60% (18) tiene entre 2-3 hijos y de más del 90% sus ingresos están por debajo de 300 soles mensuales.

Tabla N° 02. Características sociodemográficas de los niños de menores de 2 años que participaron en el estudio efectividad de las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

Características sociodemográficas	n = 30	
	Nº	%
Grupos de edad.		
6-8 meses	10	33,3
9-11 meses	6	20,0
12-14 meses	13	43,3
15-17 meses	1	3,3
Sexo.		
Masculino	18	60,0
Femenino	12	40,0

Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas. (Anexo 01)

En cuanto a las características sociodemográficas de los niños de menores de 2 años que participaron en el estudio, la mayor proporción de niños, el 43,3% (13) se encuentran en grupo de edades de 12-14 meses, seguido del 33,3% (10) que se encuentran entre 6-8 meses y el 20% (6) entre 9-11 meses de edad.

Respecto al sexo de los niños, el 60% (18) fueron de sexo masculino y el 40% (12) fueron de sexo femenino.

Tabla 03. Pesos de los niños menores de 2 años que participaron en el estudio efectividad de las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

Número de niños	PESO en kg n=30		
	Primera consejería	Segunda consejería	Tercera consejería
1	7,300	7,900	8,300
2	7,240	8,000	8,600
3	7,500	8,300	9,000
4	7,000	7,500	8,200
5	7,900	8,700	9,600
6	6,400	7,400	8,350
7	6,800	7,200	8,100
8	6,500	7,400	8,300
9	7,900	8,500	9,000
10	7,700	8,800	9,400
11	8,600	9,500	10,100
12	8,500	9,600	10,200
13	8,900	9,500	10,400
14	8,100	8,800	9,200
15	9,700	10,000	10,500
16	9,300	10,000	10,400
17	9,100	9,700	10,000
18	9,000	9,700	10,000
19	8,200	9,000	9,600
20	9,400	9,600	10,100
21	8,700	9,000	9,500
22	8,900	9,600	10,000
23	9,300	9,800	10,200
24	8,700	9,200	9,800
25	9,000	9,600	10,000
26	8,300	8,900	9,400
27	9,500	10,000	10,400
28	8,900	9,300	9,800
29	9,000	9,500	10,000
30	8,950	9,300	10,000

Fuente: Ficha de control del estado nutricional. (Anexo 03)

En cuanto al peso de los niños menores de 2 años, se evidenció que, se realizaron tres mediciones, antes de la primera, segunda y tercera consejería; de los pesos observados se evidencia que desde el peso inicial hasta la tercera medición realizada, hubo un incremento gradual importante; lo que indica que después de cada consejería los niños fueron alimentados correctamente logrando los objetivos de las consejerías, es decir la prevención de la desnutrición a través del incremento del peso de los niños.

Tabla 04. Talla de los niños menores de 2 años que participaron en el estudio efectividad de las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.

Número de niños	TALLA EN cm n=30		
	Primera consejería	Segunda consejería	Tercera consejería
1	67,7	70,1	72,0
2	64,1	67,6	70,9
3	65,2	67,1	71,0
4	66,3	69,9	73,8
5	67,0	70,2	74,2
6	66,0	70,1	74,8
7	66,0	70,0	74,0
8	66,0	70,0	73,0
9	66,0	70,3	74,0
10	65,8	69,3	75,0
11	68,0	71,8	75,2
12	69,2	72,7	75,9
13	70,0	73,3	77,0
14	69,7	72,5	76,0
15	70,0	73,8	77,1
16	72,0	74,9	78,0
17	72,0	75,0	78,0
18	70,8	73,9	78,0
19	69,6	73,2	77,2
20	73,1	75,9	77,8
21	70,8	73,9	77,9
22	72,3	75,9	78,8
23	73,5	76,8	79,6
24	72,6	76,0	78,5
25	74,0	76,0	78,7
26	73,0	76,1	78,8
27	74,5	77,4	79,9
28	73,9	77,0	80,0
29	74,0	77,0	80,8
30	73,8	77,2	81,0

Fuente: Ficha de control del estado nutricional. (Anexo 03)

En cuanto a la talla de los niños menores de 2 años, se evidencia que, se realizaron tres mediciones, antes de la primera, segunda y tercera consejería; de los tallas observadas se evidencia que, desde la medición inicial hasta la final, hubo un incremento gradual de la talla; lo que indica que, después de cada consejería los niños eran alimentados correctamente logrando los objetivos de las consejerías, es decir la prevención de la desnutrición a través del incremento de la talla de los niños.

B. ANÁLISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO.

Tabla 05. Conocimiento sobre nutrición antes y después de aplicar las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Conocimiento sobre nutrición	Primera consejería (n= 30)		Segunda consejería (n= 30)		Tercera consejería (n= 30)							
	Pre test		Post test		Pre test		Post test					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Frecuencia que debe recibir consejería nutricional:												
No conoce	26	86,7	20	66,7	20	66,7	14	46,7	14	46,7	4	13,3
Conoce	4	13,3	10	33,3	10	33,3	16	53,3	16	53,3	26	86,7
El personal debe informarle del estado nutricional de su hijo.												
No conoce	21	70,0	14	46,7	14	46,7	8	46,7	8	46,7	2	6,7
Conoce	9	30,0	16	53,3	16	53,3	22	73,3	22	73,3	28	93,3
Importancia de la participación de la familia en la consejería:												
No conoce	27	90,0	22	73,3	22	73,3	14	46,7	14	46,7	4	13,3
Conoce	3	10,0	8	26,7	8	46,7	16	53,3	16	53,3	26	86,7
Participación de la familia en la alimentación del niño:												
No conoce	28	93,3	23	76,7	23	76,7	15	50,0	15	50,0	5	16,7
Conoce	2	6,7	7	23,3	7	23,3	15	50,0	15	50,0	25	83,3
Frecuencia de consumo de carnes.												
No conoce	25	83,3	20	66,7	20	66,7	12	40,0	12	40,0	2	6,7
Conoce	5	16,7	10	33,3	10	33,3	18	60,0	18	60,0	28	93,3
Frecuencia de consumo de menestras.												
No conoce	23	76,7	16	53,3	16	53,3	10	33,3	10	33,3	2	6,7
Conoce	7	23,3	14	46,7	14	46,7	20	66,7	20	66,7	28	93,3
Frecuencia de consumo de carbohidratos.												
No conoce	23	76,7	18	60,0	18	60,0	10	33,3	10	33,3	2	6,7
Conoce	7	23,3	12	40,0	12	40,0	20	66,7	20	66,7	28	93,3
Frecuencia de consumo de verduras y frutas.												
No conoce	27	90,0	27	90,0	27	90,0	17	56,7	17	56,7	5	16,7
Conoce	3	10,0	3	10,0	3	10,0	13	43,3	13	43,3	25	83,3

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 01)

Respecto al conocimiento de las madres sobre nutrición antes y después de aplicar las consejerías nutricionales, se evidenció que, en la medición del conocimiento en la primera consejería, en el pre test, el 86,7% (26) no conocían la frecuencia con que deben recibir consejería nutricional; mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 53,3% (16) ya conocían y en post test de la tercera consejería, el conocimiento se incrementó a un 86,7% (26) de madres.

Sobre si el personal debe informarle del estado nutricional de su hijo, en la primera consejería, en el pre test, el 70% (21) no lo conocían, mientras que, en el post test de

la segunda consejería, el 73,3% (22) ya lo conocían, y en post test de la tercera consejería, el conocimiento de incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Sobre la importancia de la participación de la familia en la consejería, en la primera consejería, en el pre test, el 90% (27) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 53,3% (16) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 86,7% (26) de madres.

Respecto a la participación de la familia en la alimentación del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 93,3% (28) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 50% (15) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 83,3% (25) de madres.

En cuanto a la frecuencia de consumo de carnes en la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 83,3% (25) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 60% (18) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 93,3% (28) de madres.

En cuanto a la frecuencia de consumo de menestras y carbohidratos en la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 76,7% (23) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 66,7% (20) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Sobre la frecuencia de consumo de frutas y verduras en la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 90% (27) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 43,3% (13) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 83,3% (25) de madres.

Tabla 06. Conocimiento sobre nutrición antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Conocimiento sobre nutrición	Primera consejería (n= 30)		Segunda consejería (n= 30)				Tercera consejería (n= 30)					
	Pre test		Post test		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conoce alimentos que previenen la anemia:												
No conoce	28	93,3	25	83,3	25	83,3	12	40,0	12	40,0	2	6,7
Conoce	2	6,7	5	16,7	5	16,7	18	60,0	18	60,0	28	93,3
Conoce alimentos que proporcionan energía.												
No conoce	26	86,7	21	70,0	21	70,0	10	33,3	10	33,3	3	10,0
Conoce	4	13,3	9	30,0	9	30,0	20	66,7	20	66,7	27	90,0
Conoce la función de las carnes en la alimentación:												
No conoce	27	90,0	21	70,0	21	70,0	12	40,0	12	40,0	3	10,0
Conoce	3	10,0	9	30,0	9	30,0	18	60,0	18	60,0	27	90,0
Conoce el contenido nutricional de las frutas:												
No conoce	27	90,0	21	70,0	21	70,0	17	56,7	17	56,7	5	16,7
Conoce	3	10,0	9	30,0	9	30,0	13	43,3	13	43,3	25	83,3
Conoce alimentos que permiten el crecimiento del niño.												
No conoce	26	86,7	21	70,0	21	70,0	10	33,3	10	33,3	2	6,7
Conoce	4	13,3	9	30,0	9	30,0	20	66,7	20	66,7	28	93,3
Conoce alimentos ricos en vitam C.												
No conoce	26	86,7	20	66,7	20	66,7	17	56,7	17	56,7	17	56,7
Conoce	4	13,3	10	33,3	10	33,3	13	43,3	13	43,3	13	43,3
Conoce los alimentos ricos en calcio.												
No conoce	26	86,7	22	73,3	22	73,3	12	40,0	12	40,0	3	10,0
Conoce	4	13,3	8	26,7	8	26,7	18	60,0	18	60,0	27	90,0
Importancia de continuar lactancia materna hasta 2 años.												
No conoce	18	60,0	13	43,3	13	43,3	5	16,7	5	16,7	2	6,7
Conoce	12	40,0	17	56,7	17	56,7	25	83,3	25	83,3	28	93,3
Sabe que alimentos brindar cuando el niño está enfermo.												
No conoce	21	70,0	13	43,3	13	43,3	8	26,7	8	26,7	3	10,0
Conoce	9	30,0	17	56,7	17	56,7	22	73,3	22	73,3	27	90,0
Importancia del lavado de manos al preparar los alimentos.												
No conoce	22	73,3	13	43,3	13	43,3	7	23,3	7	23,3	3	10,0
Conoce	8	26,7	17	56,7	17	56,7	23	76,7	23	76,7	27	90,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 01)

Respecto al conocimiento de los alimentos que previenen la anemia, en la primera consejería, en el pre test, el 93,3% (28) no lo conocían; mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 60% (18) ya conocían y en post test de la tercera consejería, el conocimiento se incrementó a un 93,3% (28) de madres. Sobre el conocimiento de los alimentos que proporcionan energía, en la primera consejería, en el pre test, el 86,7% (26) no lo conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 66,7% (20) ya lo conocían, y en post test de la tercera consejería, el conocimiento de incrementó en el 90%

(27) de madres. Sobre si conoce la función de las carnes en la alimentación, en la primera consejería, en el pre test, el 90% (27) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 60% (18) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 90% (27) de madres.

Si conoce el contenido nutricional de las frutas, en la primera consejería, en el pre test, el 90% (27) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 43,3% (13) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 83,3% (25) de madres.

En cuanto a si conocen los alimentos que permiten el crecimiento del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 86,7% (26) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 66,7% (20) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Si conoce los alimentos ricos en vitamina C, en la primera consejería, en el pre test, el 86,7% (26) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 60% (18) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de se mantuvo en el 90% (27) de madres.

Conocimiento de la importancia de continuar lactancia materna hasta 2 años, en el pre test, el 60% (18) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 83,3% (25) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Conocimiento de los alimentos que debe brindar cuando el niño está enfermo, en el pre test, el 70% (21) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 73,3% (22) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 90% (27) de madres.

Conocimiento de la importancia del lavado de manos antes y después de preparar los alimentos, en el pre test, el 73,3% (22) no conocían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 76,7% (23) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería el conocimiento de incrementó en el 90% (27) de madres.

Tabla 07. Nivel de conocimiento sobre nutrición antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Nivel de conocimiento sobre nutrición	Primera consejería		Segunda consejería				Tercera consejería					
	Pre test		Post test		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conocimiento alto	4	13,3	8	26,7	8	26,7	17	56,7	17	56,7	28	93,3
Conocimiento medio.	13	43,3	12	40,0	12	40,0	13	43,3	13	43,3	2	6,7
Conocimiento bajo.	13	43,3	10	33,3	10	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 01)

Respecto al nivel de conocimiento de las madres sobre nutrición antes y después de aplicar las consejerías nutricionales, se evidenció que, en la medición del conocimiento en la primera consejería, en el pre test, el 43,3% (13) tuvieron un nivel de conocimiento bajo; mientras que, en el post test, el nivel de conocimiento mejoró, donde el 40% (12) tuvieron un nivel de conocimiento medio; en el post test de la segunda consejería, el 56,7% (17) logró un conocimiento alto; y finalmente en post test de la tercera consejería, el nivel de conocimiento se incrementó a un 93,3% (28) de madres.

C. ANÁLISIS DEL NIVEL DE PRÁCTICAS.

Tabla 08. Prácticas sobre nutrición antes y después de aplicar la las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Prácticas sobre nutrición	Primera consejería (n= 30)		Segunda consejería (n= 30)		Tercera consejería (n= 30)							
	Pre test		Post test		Pre test		Post test					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Pide al personal información del estado nutricional de su hijo.												
No	26	86,7	18	60,0	18	60,0	11	36,7	11	36,7	2	6,7
Si	4	13,3	12	40,0	12	40,0	19	63,3	19	63,3	28	93,3
Participa la familia en las consejerías nutricionales.												
No	28	93,3	20	66,7	20	66,7	13	43,3	13	43,3	8	26,7
Si	2	6,7	10	33,3	10	33,3	17	56,7	17	56,7	22	73,3
Participa la familia en la alimentación del niño:												
No	29	96,7	25	83,3	25	83,3	19	63,3	19	63,3	8	26,7
Si	1	3,3	5	16,7	5	16,7	11	36,7	11	36,7	22	73,3
Incorpora tres veces por semana carnes a la dieta del niño:												
No	26	86,7	18	60,0	18	60,0	11	36,7	11	36,7	2	6,7
Si	4	13,3	12	40,0	12	40,0	19	63,3	19	63,3	28	93,3
Incorpora tres o más veces por semana menestra a la dieta del niño.												
No	24	80,0	15	50,0	15	50,0	7	23,3	7	23,3	2	6,7
Si	6	20,0	15	50,0	15	50,0	23	76,7	23	76,7	28	93,3
Incorpora tres veces por semana carbohidratos a la dieta del niño.												
No	24	80,0	15	50,0	15	50,0	7	23,3	7	23,3	2	6,7
Si	6	20,0	15	50,0	15	50,0	23	76,7	23	76,7	28	93,3
Incorpora todos los días verduras y frutas a la dieta del niño.												
No	28	93,3	21	70,0	21	70,0	14	46,7	14	46,7	5	16,7
Si	2	6,7	9	30,0	9	30,0	16	53,3	16	53,3	25	83,3
Incorpora todos los días alimentos que previene la anemia a la dieta del niño.												
No	24	80,0	15	50,0	18	60,0	11	36,7	11	36,7	2	6,7
Si	6	20,0	15	50,0	12	40,0	19	63,3	19	63,3	28	93,3

Fuente: Guía de observación de las prácticas sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 02)

Respecto las prácticas de las madres sobre nutrición antes y después de aplicar las consejerías nutricionales, se evidenció que, en la medición de las prácticas en la primera consejería, en el pre test, el 86,7% (26) no pedían al personal información del estado nutricional de su hijo; mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 63,3% (19) ya lo hacían y en post test de la tercera consejería, las prácticas se incrementaron a un 93,3% (28) de madres.

Si participaban las familias en las consejerías nutricionales, en la primera consejería, en el pre test, el 93,3% (28) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda

consejería, el 56,7% (17) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 93,3% (28) de las familias.

Si participaban las familias en la alimentación del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 96,7% (29) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 36,7% (11) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 73,3% (22) de madres.

Si incorpora tres veces por semana carnes en la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 86,7% (26) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 63,3% (19) ya lo conocían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Si incorpora tres o más veces por semana menestras a la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 80% (24) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 76,7% (23) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Si incorpora todos los días frutas y verduras en la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 93,3% (28) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 53,3% (16) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 83,3% (25) de madres.

Si incorpora todos los días alimentos que previenen la anemia a la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 80% (24) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 63,3% (19) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Tabla 09. Prácticas sobre nutrición antes y después de aplicar la las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Prácticas sobre nutrición	Primera consejería (n= 30)		Segunda consejería (n= 30)				Tercera consejería (n= 30)					
	Pre test		Post test		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Incorpora todos los días alimentos que proporcionan energía a la dieta del niño.												
No	24	80,0	15	50,0	15	50,0	7	23,3	7	23,3	2	6,7
Si	6	20,0	15	50,0	15	50,0	23	76,7	23	76,7	28	93,3
Incorpora todos los días alimentos que permiten el crecimiento del niño.												
No	26	86,7	18	60,0	18	60,0	7	23,3	7	23,3	2	6,7
Si	4	13,3	12	40,0	12	40,0	23	76,7	23	76,7	28	93,3
Brinda a su niño alimentos ricos en vitamina "C"												
No	28	93,3	21	70,0	21	70,0	14	46,7	14	46,7	5	16,7
Si	2	6,7	9	30,0	9	30,0	16	53,3	16	53,3	25	83,3
Brinda a su niño alimentos ricos en calcio.												
No	26	86,7	18	60,0	18	60,0	11	36,7	11	36,7	2	6,7
Si	4	13,3	12	40,0	12	40,0	19	63,3	19	63,3	28	93,3
Continúa con la alimentación normal cuando el niño se enferma.												
No	24	80,0	14	46,7	14	46,7	7	23,3	7	23,3	2	6,7
Si	6	20,0	16	53,3	16	53,3	23	76,7	23	76,7	28	93,3
Continúa con la lactancia materna hasta los dos años.												
No	24	80,0	24	80,0	24	80,0	11	36,7	11	36,7	3	10,0
Si	6	20,0	6	20,0	6	20,0	19	63,3	19	63,3	27	90,0
Se lava las manos antes y después de preparar los alimentos.												
No	23	76,7	23	76,7	23	76,7	14	46,7	14	46,7	3	10,0
Si	7	23,3	7	23,3	7	23,3	16	53,3	16	53,3	27	90,0

Fuente: Guía de observación de las prácticas sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 02)

Si incorpora todos los días alimentos que proporcionan energía a la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 80% (24) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 76,7% (23) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería, la práctica se incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Si incorpora todos los días alimentos que permiten el crecimiento a la dieta del niño, en la primera consejería, en el pre test, el 86,7% (26) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 76,7% (23) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Si brinda a su niño alimentos ricos en vitamina C, en la primera consejería, en el pre test, el 93,3% (28) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda

consejería, el 53,3% (16) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 83,3% (25) de madres.

Si brinda a su niño alimentos ricos en calcio, en la primera consejería, en el pre test, el 86,7% (26) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 63,3% (19) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Si continúa con la alimentación cuando el niño se enferma, en la primera consejería, en el pre test, el 80% (24) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 76,7% (23) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 93,3% (28) de madres.

Si continúa con la lactancia materna hasta los dos años, en la primera consejería, en el pre test, el 80% (24) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 63,3% (19) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 90% (27) de madres.

Si se lava las manos antes y después de preparar los alimentos, en la primera consejería, en el pre test, el 76,7% (23) no lo hacían, mientras que, en el post test de la segunda consejería, el 53,3% (16) ya lo hacían y en el post test de la tercera consejería la práctica se incrementó en el 90% (27) de madres.

Tabla 10. Nivel de prácticas sobre nutrición antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Nivel de prácticas sobre nutrición	Primera consejería				Segunda consejería				Tercera consejería			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficientes practicas	18	60,0	5	16,7	5	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Regulares prácticas.	8	26,7	13	43,3	13	43,3	11	36,7	11	36,7	2	6,7
Buenas prácticas.	4	13,3	12	40,0	12	40,0	19	63,3	19	63,3	28	93,3
TOTAL	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Fuente: Guía de observación de las prácticas sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 02)

Respecto a las prácticas de las madres sobre nutrición antes y después de aplicar las consejerías nutricionales, se evidenció que, en la medición de las prácticas en la primera consejería, en el pre test, el 60% (18) tuvieron deficientes prácticas; mientras que, en el post test, las prácticas mejoraron, donde el 43,3% (13) lograron prácticas regulares; en el post test de la segunda consejería, el 63,3% (19) lograron buenas prácticas; y finalmente en post test de la tercera consejería, las buenas prácticas se incrementaron a un 93,3% (28) de madres.

3.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS.

A. Diferencia en el promedio del nivel de conocimiento.

Tabla 11. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Primera Consejería nutricional		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	Pre test	Post test			
Media (promedio)	21,10	24,33	3,23	4,450	0,000
Desviación estándar	4,64	6,241	3,98		

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 01)

Respecto a, la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el conocimiento antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 3,23 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 3,98.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student ($t=4,450$ y $p= 0,000$) se comprobó que existen diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento acerca de la nutrición en el niño menor de 2 años.

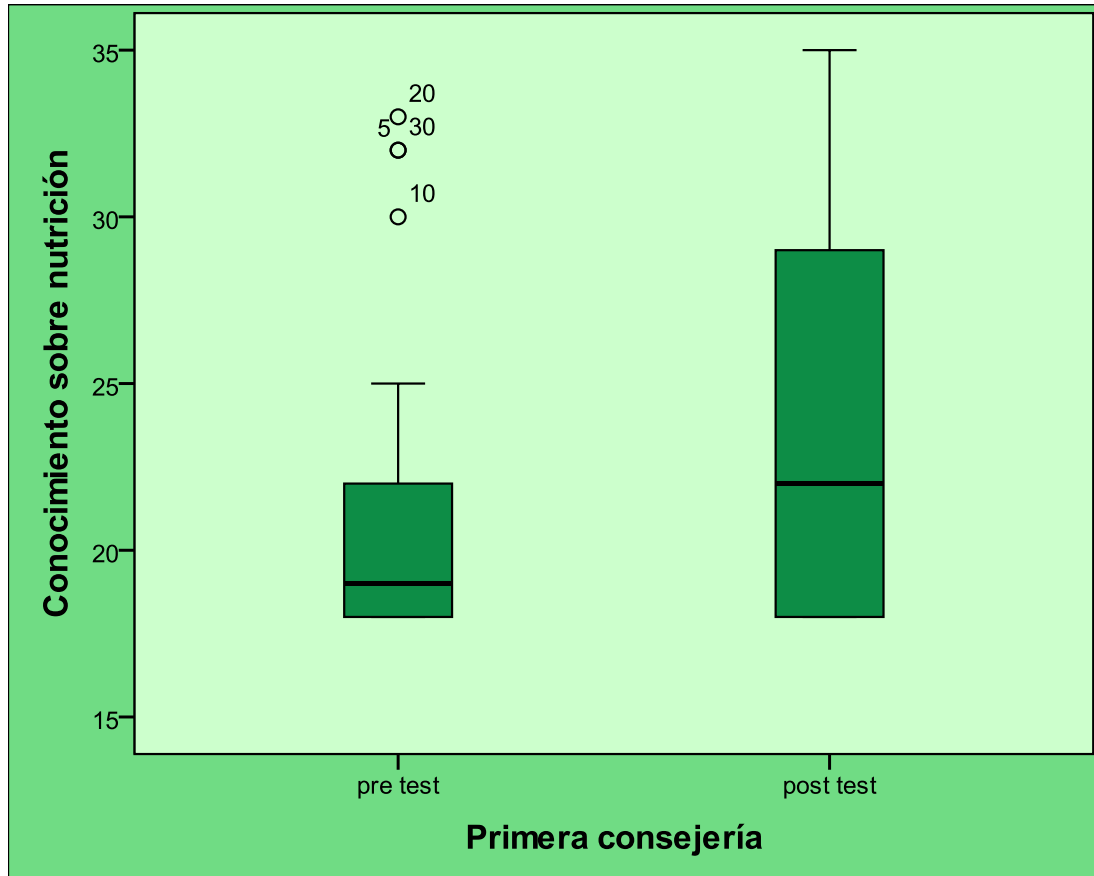


Figura 01. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la primera sesión de la consejería basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

El diagrama de cajas y bigotes muestra que existen diferencias en los promedios de los puntaje obtenido por los conocimientos antes y después de la primera consejería, siendo que en el pre test la media de 21,10 puntos y en el post test fue de 24,33 puntos, y la diferencia fue de 3,23 puntos al evaluar el conocimiento sobre nutrición en las madres de los niños menores de 2 años.

Tabla 12. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Segunda Consejería nutricional		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	Pre test	Post test			
Media (promedio)	24,33	29,00	4,66	5,931	0,000
Desviación estándar	6,41	5,23	4,31		

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 01)

Respecto a, la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el conocimiento antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 4,66 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 4,31.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=5,931 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento acerca de la nutrición en el niño menor de 2 años.

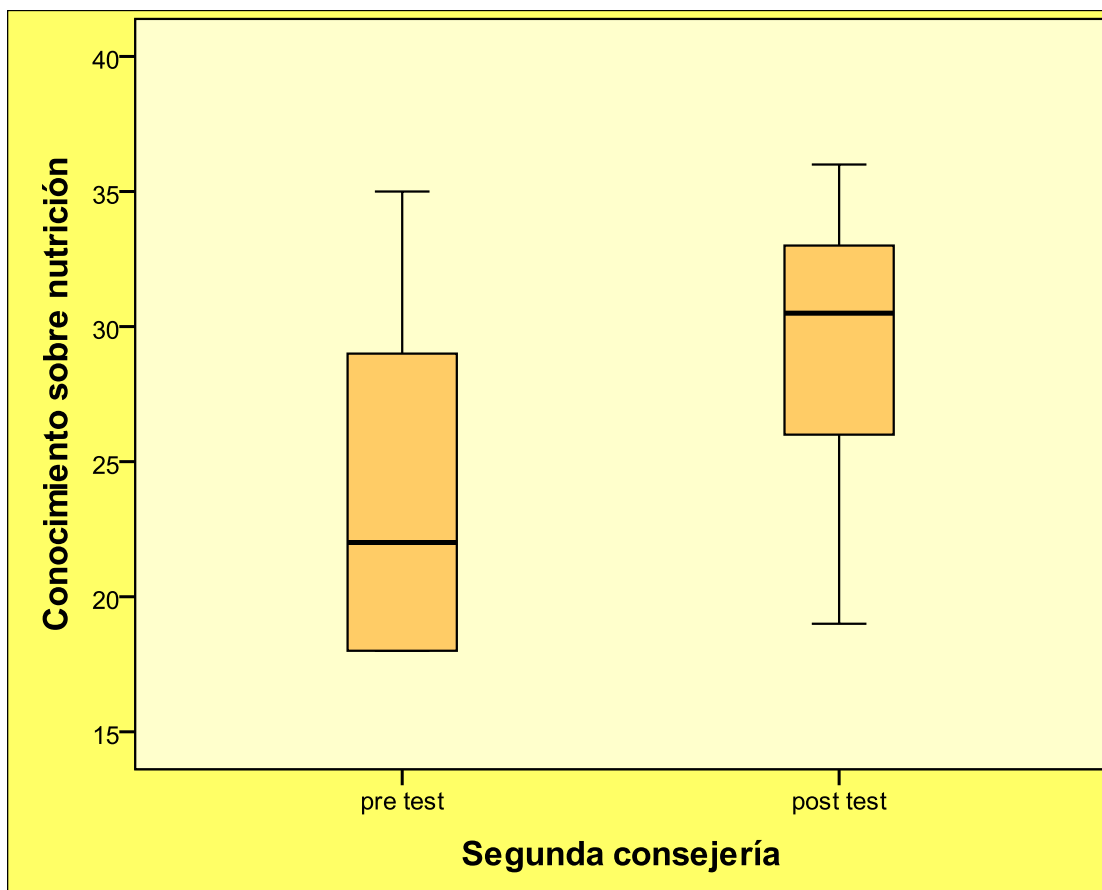


Figura 02. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

El diagrama de cajas y bigotes muestra que existen diferencias en los promedios de los puntaje obtenido por los conocimientos antes y después de la segunda consejería, siendo que en el pre test la media de 24,33 puntos y en el post test fue de 29,00 puntos, y la diferencia fue de 4,66 puntos al evaluar el conocimiento sobre nutrición en las madres de los niños menores de 2 años.

Tabla 13. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Tercera Consejería nutricional		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	Pre test	Post test			
Media (promedio)	29,00	33,70	4,70	6,339	0,000
Desviación estándar	5,23	3,16	4,06		

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 01)

Respecto a, la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el conocimiento antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 4,70 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 4,06.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=6,339 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación del conocimiento acerca de la nutrición en el niño menor de 2 años.

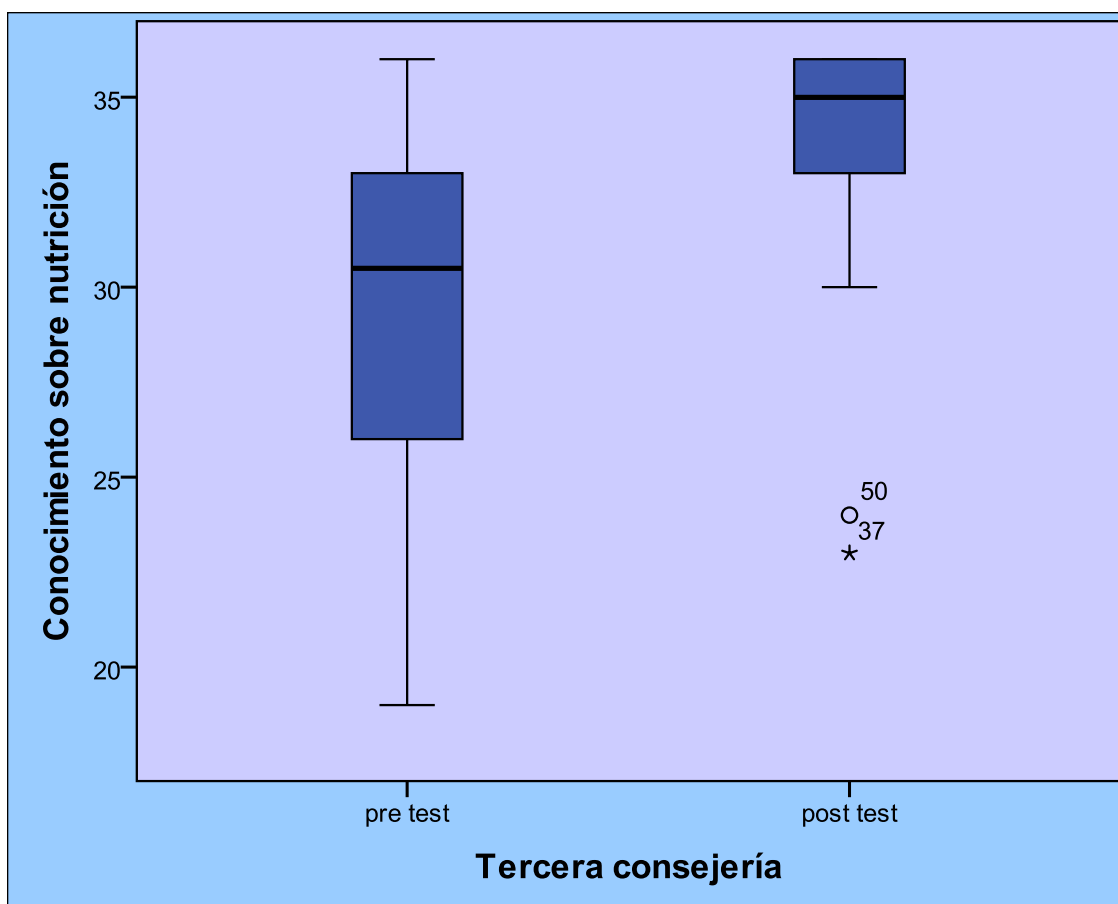


Figura 03. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

El diagrama de cajas y bigotes muestra que existen diferencias en los promedios de los puntaje obtenido por los conocimientos antes y después de la tercera consejería, siendo que en el pre test la media de 29,00 puntos y en el post test fue de 33,70 puntos, y la diferencia fue de 4,70 puntos al evaluar el conocimiento sobre nutrición en las madres de los niños menores de 2 años.

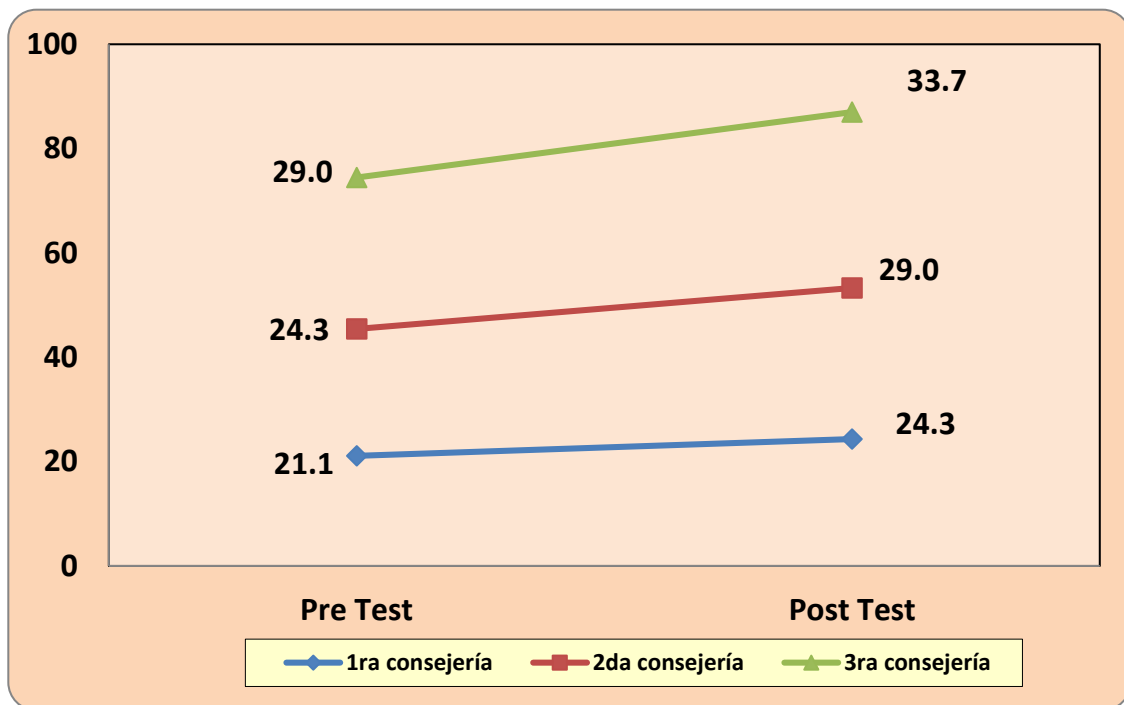


Figura 04. Comparación del promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

El observar los promedios de los puntajes obtenidos por los conocimientos sobre nutrición en las madres, se evidencia que, en el pre test al igual que en el post test los puntajes fueron aumentando gradualmente, lo que significa que con cada consejería, las madres iban aprendiendo cada vez más, por tanto su nivel de conocimiento iba mejorando después de cada consejería.

Es así que, en el pre test, de un puntaje inicial de 21,1 (primera consejería), subió a 24,3 (segunda consejería) y posteriormente hasta 29,0 (tercera consejería). Asimismo, en el post test, de un puntaje inicial de 24,3 (primera consejería), subió a 29 (segunda consejería) y posteriormente hasta 33,7 (tercera consejería).

B. Diferencia en el promedio de las prácticas.

Tabla 14. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Primera Consejería nutricional		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	Pre test	Post test			
Media (promedio)	17,13	20,57	3,43	5,132	0,000
Desviación estándar	3,92	5,27	3,66		

Fuente: Guía de observación de las prácticas sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 3,43 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 3,66.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student ($t=5,132$ y $p= 0,000$) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas para mejorar la nutrición en el niño menor de 2 años.

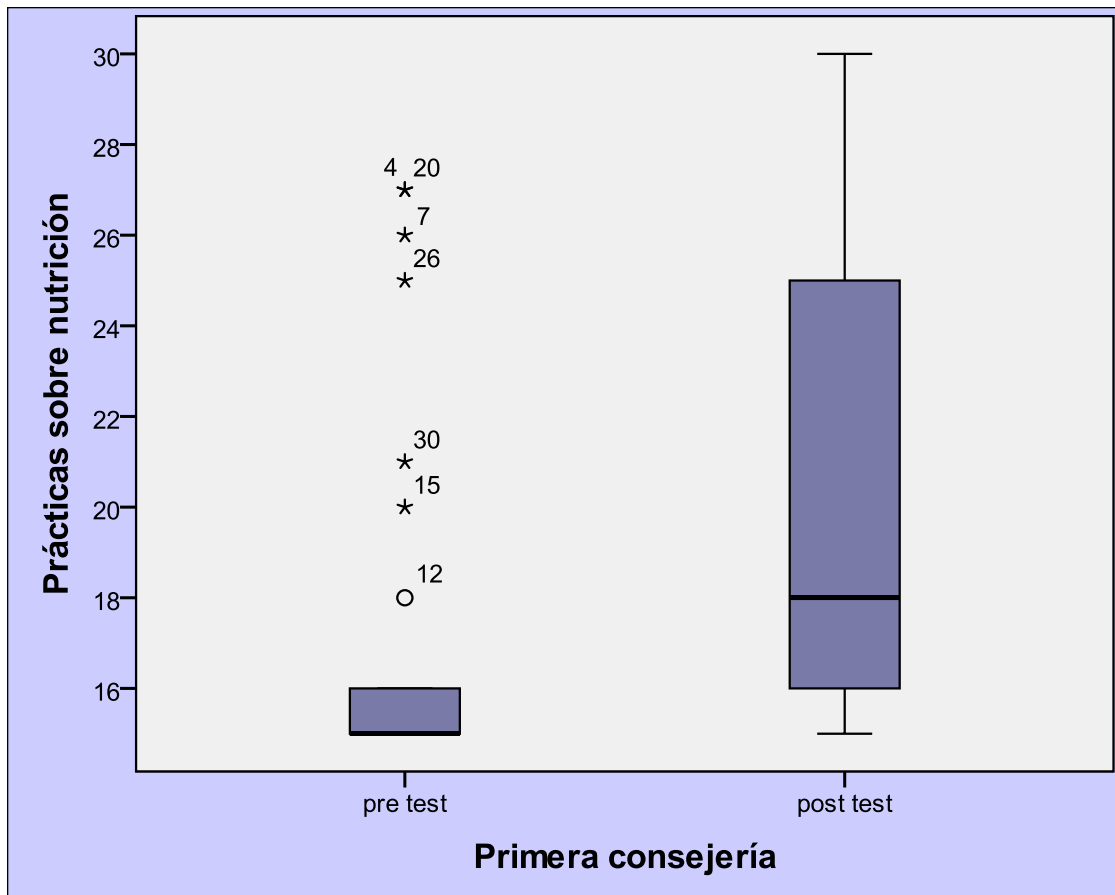


Figura 05. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la primera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

El diagrama de cajas y bigotes muestra que existen diferencias en los promedios de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de la primera consejería, siendo que en el pre test la media de 17,13 puntos y en el post test fue de 20,57 puntos, y la diferencia fue de 3,43 puntos al evaluar el conocimiento sobre nutrición en las madres de los niños menores de 2 años.

Tabla 15. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Segunda Consejería nutricional		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	Pre test	Post test			
Media (promedio)	20,57	24,53	3,96	8,172	0,000
Desviación estándar	5,27	3,60	2,65		

Fuente: Guía de observación de las prácticas sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 3,96 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 2,65.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=8,172 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas para mejorar la nutrición en el niño menor de 2 años.

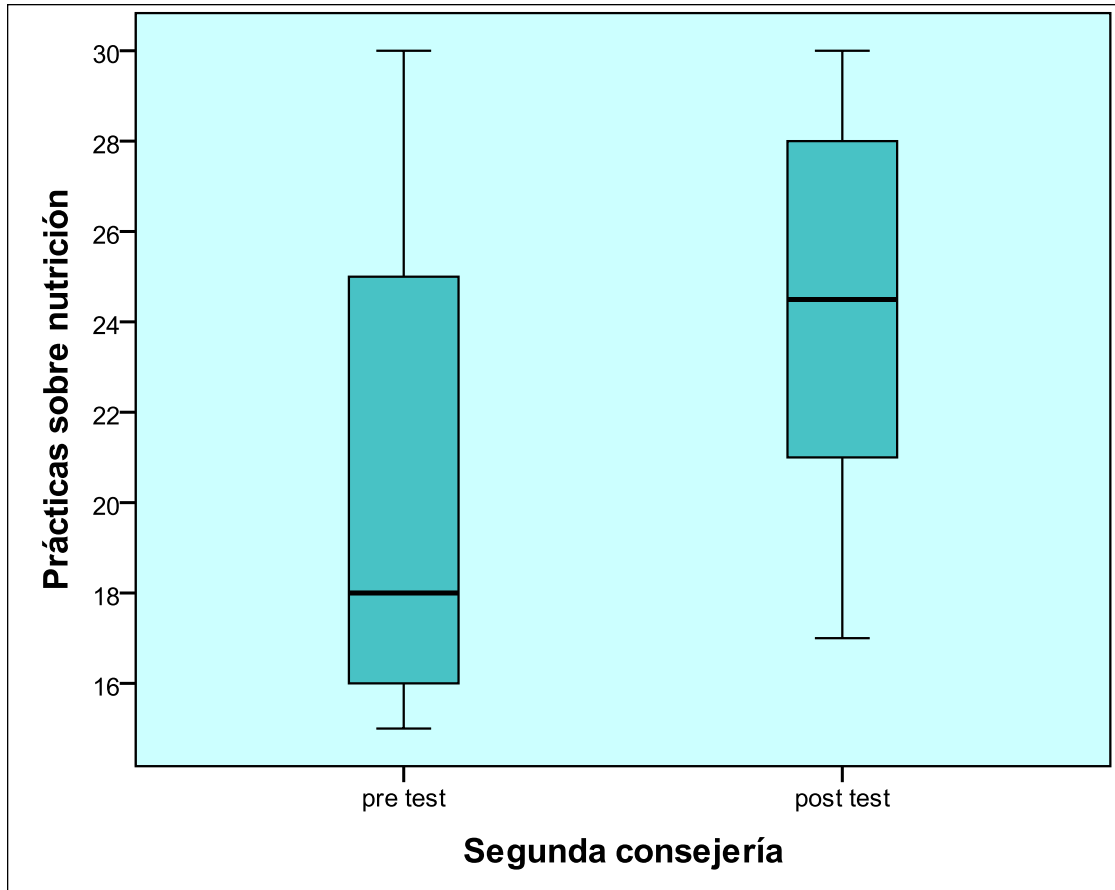


Figura 06. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

El diagrama de cajas y bigotes muestra que existen diferencias en los promedios de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de la segunda consejería, siendo que en el pre test la media de 20,57 puntos y en el post test fue de 24,53 puntos, y la diferencia fue de 3,96 puntos al evaluar el conocimiento sobre nutrición en las madres de los niños menores de 2 años.

Tabla 16. Diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Tercera Consejería nutricional		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	Pre test	Post test			
Media (promedio)	24,53	28,33	3,80	5,425	0,000
Desviación estándar	3,60	2,63	3,83		

Fuente: Guía de observación de las prácticas sobre nutrición en el niño menor de 2 años. (Anexo 02)

Respecto a, la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 3,80 y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 3,83.

Al evaluar los resultados de las diferencias a través de la prueba t de Student (t=5,425 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos en el pre respecto al post test sobre la evaluación de las prácticas para mejorar la nutrición en el niño menor de 2 años.

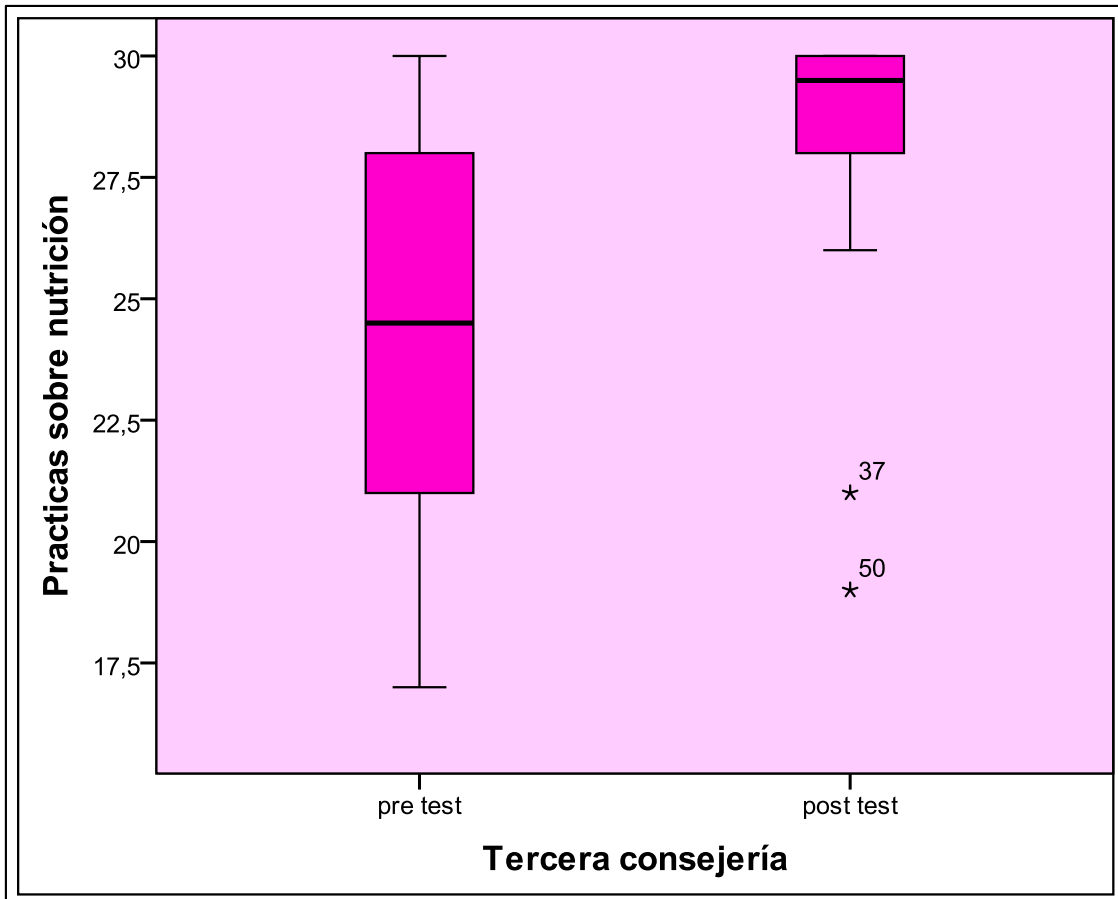


Figura 07. Diagrama de cajas y bigotes de la diferencia en el promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar la tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

El diagrama de cajas y bigotes muestra que existen diferencias en los promedios de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de la tercera consejería, siendo que en el pre test la media de 24,53 puntos y en el post test fue de 28,33 puntos, y la diferencia fue de 3,80 puntos al evaluar el conocimiento sobre nutrición en las madres de los niños menores de 2 años.

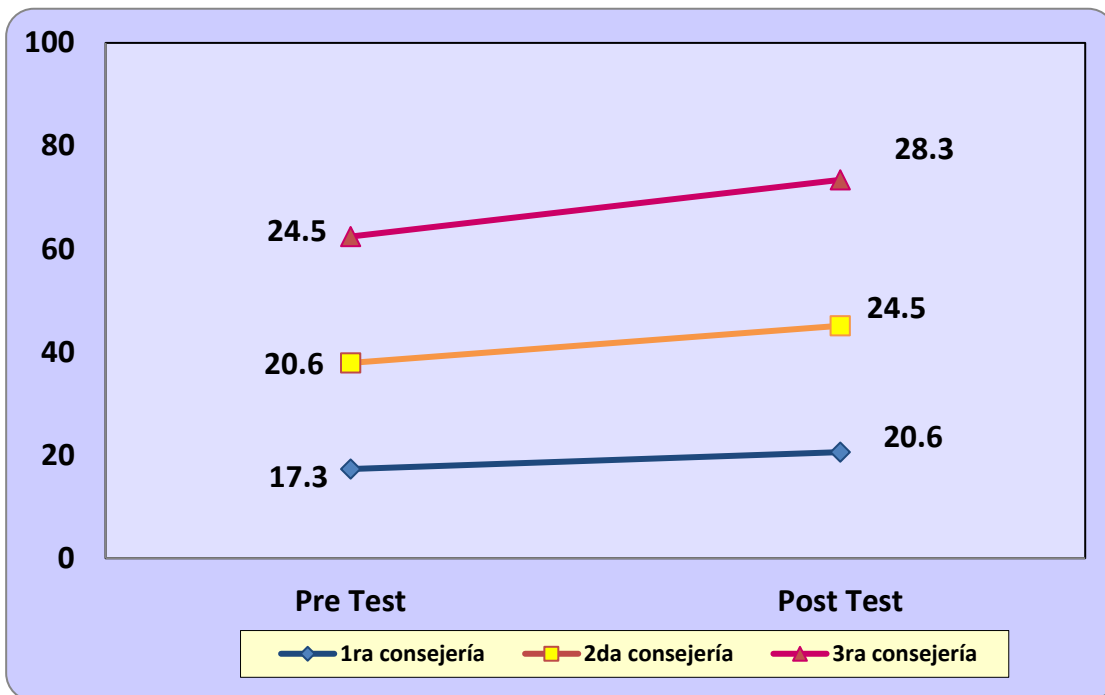


Figura 08. Comparación del promedio de los puntajes obtenidos por las prácticas antes y después de aplicar las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

El observar los promedios de los puntajes obtenidos por las prácticas sobre nutrición en las madres, se evidencia que, en el pre test al igual que en el post test los puntajes fueron aumentando gradualmente, lo que significa que con cada consejería, las madres iban poniendo en práctica el aprendizaje obtenido, por tanto su nivel de prácticas iba mejorando después de cada consejería.

Es así que, en el pre test, desde un puntaje inicial de 17,3 (primera consejería), subió a 20,6 (segunda consejería) y posteriormente hasta 24,5 (tercera consejería). Asimismo, en el post test, desde un puntaje inicial de 20,6 (primera consejería), subió a 24,5 (segunda consejería) y posteriormente hasta 28,3 (tercera consejería).

C. Diferencia en el promedio de los pesos y la talla.

Tabla 17. Diferencia en el promedio de los pesos alcanzados en la primera y segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Peso del niño		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	1ra consejería	2da consejería			
Media (promedio)	8,343	8,976	633,6	15,140	0,000
Desviación estándar	926,6	845,9	229,2		

Fuente: Ficha de control de estado nutricional. (Anexo 03)

Respecto a la diferencia en el promedio de los pesos de los niños en la primera y segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 633,6 gramos y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 229,2.

Al evaluar los resultados de las diferencias de los pesos a través de la prueba t de Student ($t=15,140$ y $p= 0,000$) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los pesos en la primera respecto a la segunda consejería.

Tabla 18. Diferencia en el promedio de los pesos alcanzados en la segunda y tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Peso del niño		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	2da consejería	3ra consejería			
Media (promedio)	8,976	9,548	571,6	16,709	0,000
Desviación estándar	845,9	743,5	187,3		

Fuente: Ficha de control de estado nutricional. (Anexo 03)

Respecto a la diferencia en el promedio de los pesos de los niños en la segunda y tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 571,6 gramos y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 187,3.

Al evaluar los resultados de las diferencias de los pesos a través de la prueba t de Student ($t=16,709$ y $p= 0,000$) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los pesos en la segunda respecto a la tercera consejería.

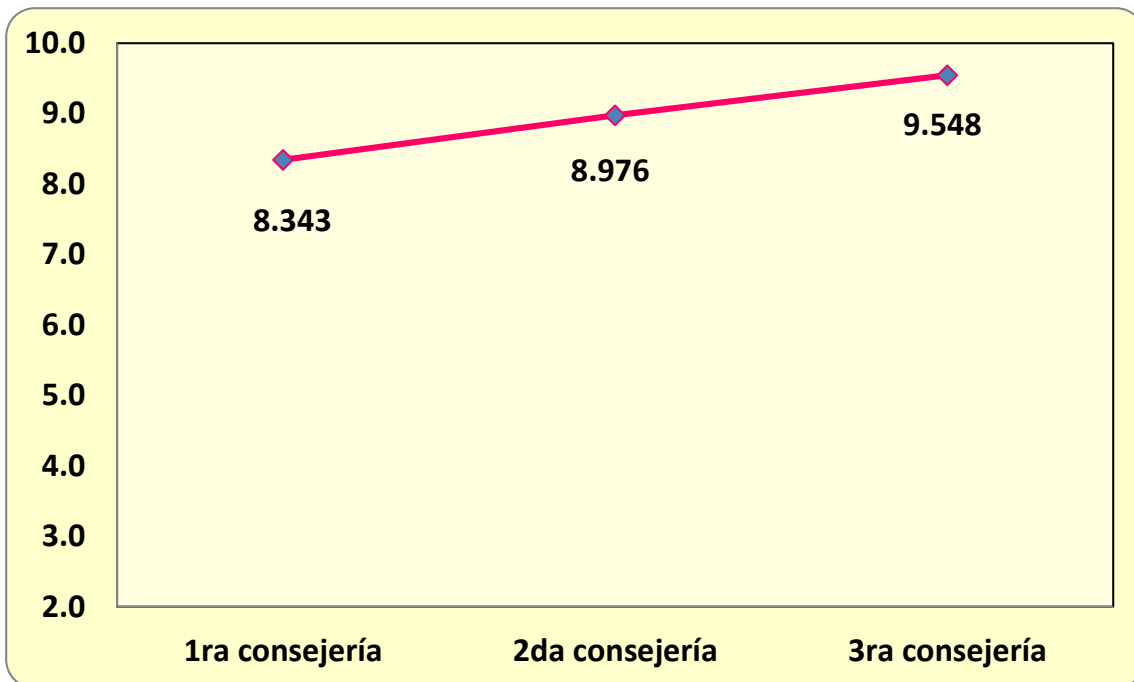


Figura 09. Comparación del promedio de los pesos alcanzados en las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Al observar los promedios de los pesos de los niños, se evidenció que, en la primera consejería, el promedio del peso fue de 8,343; en la segunda consejería, el promedio del peso fue de 8,976 y en la tercera consejería el promedio del peso fue de 9,548; evidenciándose que el peso aumentó gradualmente a medida que se daban las consejerías nutricionales.

Tabla 19. Diferencia en el promedio de las tallas alcanzadas en la primera y segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Talla del niño		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	1ra consejería	2da consejería			
Media (promedio)	69,8	73,1	3,2	31,894	0,000
Desviación estándar	3,2	3,0	0,5		

Fuente: Ficha de control de estado nutricional. (Anexo 03)

Respecto a la diferencia en el promedio de las tallas de los niños en la primera y segunda consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 3,2 centímetros y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 0,5.

Al evaluar los resultados de las diferencias de las tallas a través de la prueba t de Student (t=31,894 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de las tallas en la primera respecto a la segunda consejería.

Tabla 20. Diferencia en el promedio de las tallas alcanzadas en la segunda y tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Variable	Talla del niño		Diferencia	Prueba T de Student (t)	Valor (p)
	2da consejería	3ra consejería			
Media (promedio)	73,1	76,5	3,4	23,469	0,000
Desviación estándar	3,1	2,8	0,7		

Fuente: Ficha de control de estado nutricional. (Anexo 03)

Respecto a la diferencia en el promedio de las tallas de los niños en la segunda y tercera consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición, se evidenció que la diferencia de las **Medias** fue de 3,4 centímetros y la diferencia de la **Desviación Estándar** fue de 0,7.

Al evaluar los resultados de las diferencias de las tallas a través de la prueba t de Student (t=23,469 y p= 0,000) se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de las tallas en la segunda respecto a la tercera consejería.

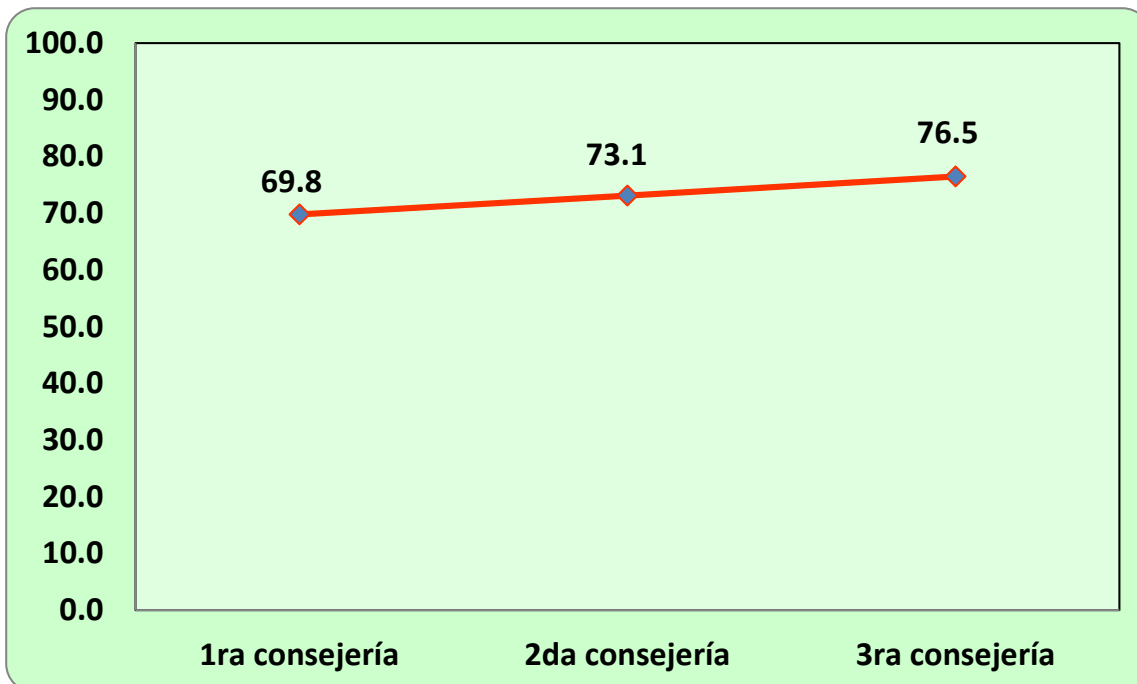


Figura 10. Comparación del promedio de las tallas alcanzadas en las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Al observar los promedios de las tallas de los niños, se evidenció que, en la primera consejería, el promedio de las tallas fue de 69,8 cm. En la segunda consejería, el promedio de las tallas fue de 73,1 y en la tercera consejería el promedio de las tallas fue de 76,5; evidenciándose que la talla aumentó gradualmente a medida que se brindaban las consejerías nutricionales.

Tabla 21. Comparación de las proporciones del estado nutricional en las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	CONSEJERÍAS NUTRICIONALES						Prueba Chi Cuadrada (X ²)	P (Valor)
	1ra consejería		2da consejería		3ra consejería			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Normal	13	43,3	13	43,3	13	43,3	39,25	0,000
Riesgo de talla baja	13	43,3	11	36,7	1	3,3		
Riesgo de peso bajo	1	3,3	1	3,3	0	0,0		
Riesgo de peso/talla	3	10,0	3	10,0	0	0,0		
Riesgo recuperado	0	0,0	2	6,7	16	53,3		
TOTAL	30	100,0	30	100,0	30	100,0		

Fuente: Ficha de control de estado nutricional. (Anexo 03)

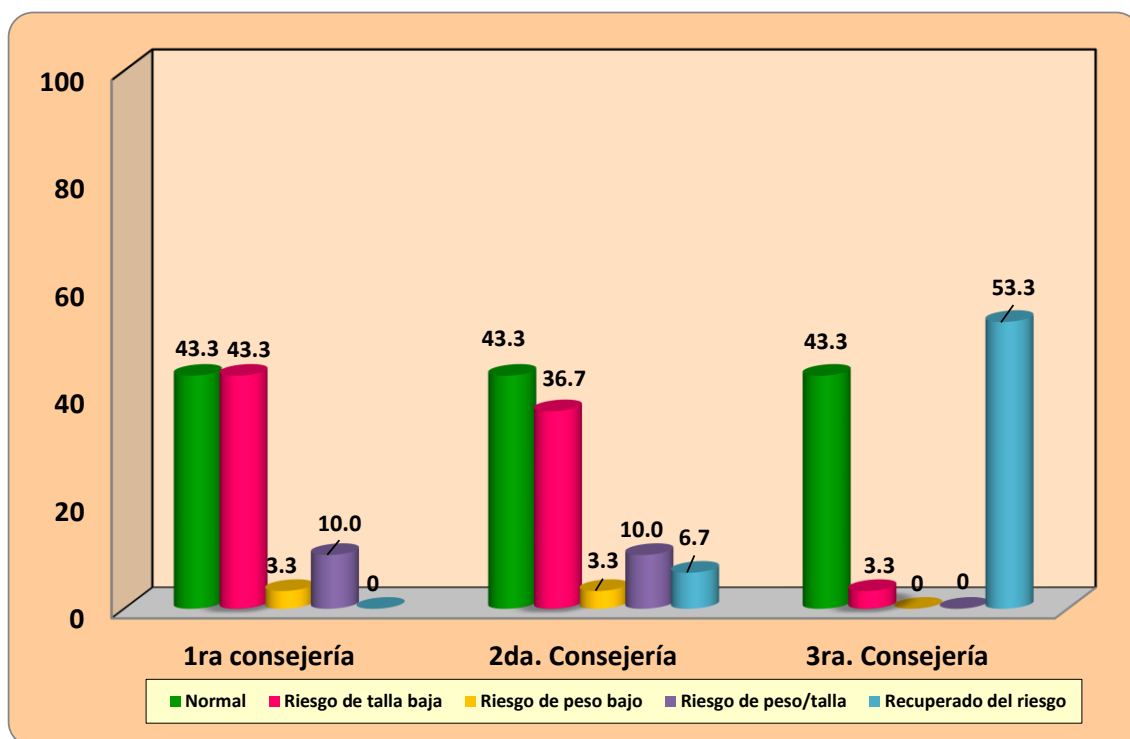


Figura 11. Comparación de las proporciones del estado nutricional en las consejerías nutricionales basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

Respecto a la comparación de las proporciones del estado nutricional de los niños menores de 2 años, se evidenció que, el diagnóstico de riesgo de talla baja fue disminuyendo gradualmente, en la primer consejería el 43% tenía dicho diagnóstico, sin embargo, en la segunda consejería disminuyó a un 36,7% y en la tercera sólo el 3,3% lo tenía. En cuanto al riesgo de peso bajo, en la primera y segunda consejería el 3,3% lo tenía, pero en la tercera consejería ya nadie tenía dicho diagnóstico. Sobre el riesgo de peso/talla, en la primera y segunda consejería se mantuvo la proporción de 10%, mientras que en la tercera consejería ya ninguno lo tenía. Finalmente, sobre el diagnóstico de riesgo recuperado, en la primera consejería aún no había ninguno, en la segunda consejería el 6,7% ya se había recuperado y para la tercera consejería el 53,3% se recuperó completamente el los riesgos.

Al comparar las proporciones a través del Chi Cuadro de Pearson X^2 ($x^2=39,25$ y $p= 0,000$) se comprobó diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico nutricional de los niños.

3.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio **“Efectividad de la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017”**, se comprobó que, existen diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los pesos de los niños en la primera respecto a la segunda consejería ($t=15,140$ y $p=0,000$); y la segunda respecto a la tercera consejería ($t=16,709$ y $p=0,000$).

Asimismo, se evidenció que existen diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento en el pre respecto al post test de la primera consejería ($t=4,450$ y $p=0,000$), en el pre respecto al post test de la segunda consejería ($t=5,931$ y $p=0,000$) y en pre respecto al post test de la tercera consejería ($t=6,339$ y $p=0,000$).

Igualmente, se evidenció que existen diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de prácticas en el pre respecto al post test de la primera consejería ($t=5,132$ y $p=0,000$), en el pre respecto al post test de la segunda consejería ($t=8,172$ y $p=0,000$) y en pre respecto al post test de la tercera consejería ($t=5,425$ y $p=0,000$).

Los resultados se sustentan en la Teoría de Orem²⁵, quien considera que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento. Asimismo, considera que, debido a que los infantes poseen

limitadas capacidades para atender los requerimientos de su autocuidado, es entonces que la madre asume el rol de su cuidado en la alimentación por ser una necesidad básica para su supervivencia, en ese sentido la madre debe contar con los conocimientos suficientes que le permitan entender la importancia de brindar nutrición adecuada a los niños menores de 2 años.

También, según Mercer²⁶, el cumplimiento del rol materno en el cuidado de los niños menores de 2 años, el cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo, igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

En concordancia con nuestros hallazgos, Castillo y Kain²⁷, hallaron que la consejería contribuye favorablemente a la mejora del nivel de conocimiento y prácticas de las madres, mejorando así la calidad nutricional. En su estudio se evidenció que, en pre test el 60,0% de las madres tenían bajo nivel de conocimiento y prácticas negativas; mientras que en la post test y después de aplicado la consejería nutricional, el 66,7% mejoró en el nivel de conocimiento y las practicas fueron positivas. Por tanto concluyeron que, la consejería es

efectiva y es una estrategia de prevención clave para prevenir y combatir la desnutrición a través del modelo de intervención participativa.

En el mismo sentido, Alvarado, Merino y Valles²⁸, mostraron a través de su estudio que, antes de iniciar la consejería nutricional los resultados del nivel de conocimiento fue que, el 65% de las madres tuvieron un nivel de conocimientos medio; y el 50% de los niños tuvieron riesgo de talla baja; mientras que después de la aplicación de las consejerías nutricionales, el 80% de madres obtuvieron un nivel de conocimiento alto y 40% de los niños se recuperó del riesgo, clasificando actualmente como normal. Por tanto concluyeron que las consejerías nutricionales son efectivas para mejorar el nivel de conocimientos de las madres, así como para mejorar el estado nutricional de los niños.

Mendigurre, Huamán, Ramos y Valencia²⁹, encontraron que la consejería nutricional permite mejorar el nivel de conocimiento, siendo que antes de iniciar las consejerías nutricionales, el nivel de conocimiento en más del 50% de las madres fue bajo y en el 70% fueron deficientes las prácticas; respecto al diagnóstico del estado nutricional de los niños, estos fueron catalogados en un 30% como desnutrición aguda y en el 60% como desnutrición global; después de iniciado las consejerías nutricionales, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas, siendo que el nivel de conocimiento mejoró en el 80% de las madres y las prácticas en más del 50% de ellas. Además el 58% de los niños se recuperaron tanto de la desnutrición global como aguda.

En base a la presente situación y en relación al objetivo general el presente estudio ha demostrado la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa sobre la nutrición del niño menor de 2 años; en el Centro de Salud de Margos Huánuco, 2017; los datos obtenidos nos permitirán generalizar la efectividad de la consejería.

CONCLUSIONES

Es efectiva la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la desnutrición porque:

- Se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en los promedios de los puntajes obtenidos por el nivel de conocimiento antes y después de aplicado la primera, segunda y tercera consejería nutricional; evidenciándose un aumento gradual de nivel de conocimiento en las madres.
- Se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los puntajes obtenidos por el nivel de prácticas antes y después de aplicado la primera, segunda y tercera consejería nutricional; evidenciándose un aumento gradual de nivel de prácticas en la madres.
- Se demostró que existe diferencias estadísticamente significativas en el promedio de los pesos y las tallas de los niños en la primera respecto a la segunda y en la segunda respecto a la tercera consejería nutricional; evidenciándose el aumento gradual tanto del peso como de la talla de los niños.
- Se comprobó diferencias estadísticamente significativas en la proporción del diagnóstico nutricional de los niños en la primera, segunda así como en la tercera consejería nutricional, logrando la recuperación del diagnóstico de riesgo nutricional tanto del peso, de la talla, así como del peso/talla.
- Toda consejería nutricional, no debe ceñirse estrictamente a un patrón estructurado, sino que estas deben estar orientados al contexto y sus determinantes sociales que rodean al niño o niña.

RECOMENDACIONES

Para los profesionales de la Salud del Centro de Salud de Margos.

- Siendo que es efectiva la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa en la prevención de la nutrición, es necesario estandarizar dicho modelo de intervención participativa en el aprendizaje a los alumnos de pregrado de la Facultad de Enfermería como parte de sus prácticas comunitarias, asumiendo a la Consejería nutricional con un mayor abordaje del entorno del niño o niña y sus determinantes sociales.
- Considerando que se quiere mejorar el nivel de conocimiento y prácticas de las madres que tienen niños menores de 5 años en toda la población del distrito de Margos, surge la necesidad de fortalecer alianzas con el gobierno local y regional para reforzar dicho modelo de intervención participativa y se aplique debidamente la consejería nutricional con material disponible y suficiente para educar a las madres y/o población general.

Para las madres y padres de los niños menores de 2 años:

- Que exijan su derecho de poseer información necesaria sobre cómo mejorar la nutrición de sus niños, a fin de prevenir la desnutrición y posibles complicaciones en salud de su hijo.
- Asistir periódicamente a las consejerías nutricionales al establecimiento de salud y llevar el control del peso, la talla y el estado nutricional de su hijo, a fin de saber cuándo se encuentra en riesgo para poder revertirlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Documento Técnico ***Orientaciones para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable***, octubre del 2004. 12-17
2. Instituto Nacional de Salud. **Componente Nutricional en la ENAHO - CENAN** Julio a Setiembre del 2011. 9-15
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. **Desnutrición infantil**. ENDES 2006.
4. Dirección Regional de Salud Huánuco, Oficina de Informática Telecomunicaciones y Estadística (OITE) **Análisis Situacional de Salud. Desnutrición en Huánuco**. 2017.
5. Sistema de Información del Estado Nutricional. **Reporte diciembre 2015**. oficina de estadística e informática de la Red de Salud Huánuco.
6. Gómez F. **Desnutrición infantil**. México. 2013.
7. Lutter C, y Sempértegui F. (2000). **Programa Nacional de Alimentación y Nutrición PANN Evaluación de Proceso e Impacto**. Organización Panamericana de Salud: Washington
8. Martorell R. **Results and implications of the INCAP follow-up study**. J Nutr 1995; 125:1127S-1138S. 1995
9. Brabin M, Hakimi y Pelletier. **Un análisis de la anemia y la mortalidad materna relacionada con el embarazo**. *Journal of Nutrition* 2001; 131(2): 20-34.
10. Análisis situacional de Salud (ASIS). **Análisis de la desnutrición infantil en la Microred Margos**, 2017; 3(2): 20-32.

11. Sánchez J. **La eficacia de los programas de atención temprana en niños de riesgo biológico.** *Estudio sobre los efectos de un programa de atención temprana en niños prematuros en su primer año de vida.* Tesis doctoral. Universidad de Murcia; 2006.
12. Abril Guevara M. **Efecto de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños/as de 6 a 24 meses de edad en el Hospital José María Velasco Ibarra-Tena, Ecuador-2012.**
13. Gobierno de la república de Guatemala. **Estrategia nacional para la prevención de la desnutrición crónica del 2016 al 2020.** <http://www.sesan.gob.gt/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Estrategia-nacional-para-la-prevencion-de-la-desnutricion-cronica.pdf> (2019)
14. Vilca D, Yantas M. **Efectividad del programa Madres del Futuro en el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud de Lince.** Tesis de pre grado. Universidad Wiener; 2015.
15. Guardia Ricanqui E. **Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento y prácticas de madres primíparas del Hospital III Emergencias Grau 2013.** Tesis de pre grado. Universidad Ricardo Palma; 2013.
16. Brañes D, Chávez R, Miranda M. **Efectividad del Programa “Ally Micuy” en la mejora del estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses del distrito de Chacas, región Ancash, Perú.** *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 2013; 6(2); 71-78.

17. Merino B. ***Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre alimentación saludable y estado nutricional de preescolares.*** Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
18. Rivadeneira J. ***Impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de la salud en el desempeño de la atención en niños menores de dos años en el centro materno infantil tambo viejo.*** Tesis doctoral. Universidad San Ignacio de Loyola; 2017.
19. Valentín A. ***Efectividad de la intervención de enfermería basada en consejería para mejorar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de un año sobre estimulación temprana en el Centro de Salud Supte San Jorge - Tingo María 2016.*** Tesis de pre grado. Universidad de Huánuco; 2017.
20. Dirección general de promoción de la salud. **Orientaciones técnicas para la promoción de alimentación y nutrición saludable.** Editorial USAID. Perú. 2005.
21. Leininger M. **Teoría de los cuidados culturales,** en Ann Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Doyma; 1994.
22. Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud. **Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materna infantil: documento técnico;** Lima 2010
23. Sampieri R, Collado C, Lucio P. **Metodología de la Investigación.** México: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
24. Supo J. **Seminarios de Investigación Científica.** <http://www.bioestadístico.com>. (último acceso 10 agosto 2019).

25. Orem D. Modelo de Orem: **Conceptos de Enfermería en la práctica Mosby**. España; 2005.
26. Mercer R. **Teoría del trabajo para los actores de estudio que afectan el papel maternal**. *Nursing Research*. 1981:74.
27. Kain J, Olivares S, Castillo M, Vio F. **Validación y aplicación de instrumentos para evaluar intervenciones educativas en obesidad infantil**. *Rev Chil Pediatr* 2011; 72: 308-318.
28. Alvarado B, Tabares R, Delisle H, Zunzunegui M, **Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos**. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*; 2005, 63 (55): 31-38.
29. Mendigure J, Huamán S, Ramos N, Valencia E. **Efectividad de un programa de intervención educativa para reducir las diarreas infantiles en Lima Perú**. *Rev. Ciencias de la Salud* 2007; 2: (1): 2-17.

ANEXOS

ANEXO Nº 01 A
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: EFECTIVIDAD DE LA CONSEJERIA NUTRICIONAL BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS, MARGOS-HUÁNUCO, 2017

FORMULACIÓN DE PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	Dimensiones	Indicadores
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años, Margos-Huánuco, 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestar la efectividad de la consejería nutricional 	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>Ho: No es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.</p> <p>Hi: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE.</p> <p>Efectividad de la Consejería Nutricional Basados en el modelo de intervención participativa.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE.</p> <p>Prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años.</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES</p>	<p>Consejería nutricional basada en el modelo de la intervención participativa efectiva - no efectiva.</p> <p>Desnutrición: Riesgo, crónica, global, aguda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Se comprobó que existe aumento gradual de nivel de conocimiento en las madres. •Se comprobó que existe un aumento gradual de nivel de prácticas en las madres. •Se demostró que existe aumento

<p>¿Cuál es la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la recuperación del riesgo de desnutrición en niños menores de 2 años con riego de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017?</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la ganancia del peso de niños menores de 2 años con riego de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017?</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de</p>	<p>basado en el Modelo de Intervención Participativa en la recuperación del riesgo de desnutrición en niños menores de 2 años con riego de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la ganancia del peso de niños menores de 2 años con riego de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017. • Comprobar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en el aumento de la talla de niños menores de 2 años con riego 	<p>en la prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.</p> <p>HIPÓTESIS</p> <p>ESPECÍFICAS:</p> <p>Hi1: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la recuperación del riesgo de desnutrición en niños menores de 2 años con riego de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.</p> <p>Hi2: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la ganancia del peso de niños menores de 2</p>	<p>Edad de la madre</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Ocupación</p> <p>Nº de Hijos de la madre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso económico 	<p>gradual tanto del peso como de la talla de los niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Se comprobó que es posible lograr la recuperación del diagnóstico de riesgo nutricional tanto del peso, de la talla, así como del peso/talla. •Toda consejería nutricional, no debe ceñirse estrictamente a un patrón estructurado, sino que estas deben estar orientados al contexto y sus determinantes sociales que
--	--	---	---	---

<p>Intervención Participativa en el aumento de la talla de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017?</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la mejora del nivel de conocimiento y las prácticas de las madres de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017?</p>	<p>de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidenciar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la mejora del nivel de conocimiento y las prácticas de las madres de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017. 	<p>años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.</p> <p>Hi3: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en el aumento de la talla de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.</p> <p>Hi4: Es efectiva la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa en la mejora del nivel de conocimiento y las prácticas de las madres de niños menores de 2 años con riesgo de desnutrición, Margos-Huánuco, 2017.</p>			<p>rodean al niño o niña.</p>
--	--	--	--	--	-------------------------------

METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Supo, indica que el estudio cumplió con la siguiente clasificación: Según la intervención del investigador en el fenómeno que estudia, fue un estudio de tipo cuasi experimental. Según el número de ocasiones en que se mide la variable de interés, fue un estudio de tipo longitudinal. Según la planificación de la toma de datos, fue de tipo prospectivo. Según el número de variables de interés, fue de tipo analítico.</p> <p>DISEÑO: El diseño del estudio fue cuasi-experimental, en vista que se trabajó con un solo grupo de madres y se realizó dos mediciones, antes y después de cada consejería</p>	<p>POBLACIÓN: La población de madres estuvo constituida por el total de madres (35) que asistieron al Centro de Salud de Margos para el control de CRED de sus niños.</p> <p>La población de niños, estuvo conformada por el total de niños (35) de 6 meses a 2 años registrados el Centro de Salud de Margos.</p> <p>MUESTRA. La selección de la muestra se realizó a través del método no probabilístico, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando una población muestral debido al pequeño tamaño de la muestra; por tanto el tamaño de la muestra final fue de 30 madres y 30 niños que participaron en el estudio.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSION: Madres: Madres que asistieron al C.S. de Margos con regularidad a los controles de CRED de sus niños menores de 2 años. Madres de todas las edades.</p>	<p>Cuestionario de características sociodemográficas. Ficha de control del estado nutricional. Cuestionario de conocimiento sobre nutrición. Guía de observación de prácticas nutricionales</p> <p>PLAN DE ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pidió la autorización respectiva al Gerente el C.S. Margos con el objetivo de tener acceso al ámbito de estudio. - Se capacitó al personal que se encargó de administrar los instrumentos de recolección de datos (encuestadores) los mismos que encargaron tanto del estudio piloto como de las consejerías nutricionales. - La muestra se seleccionó en base a la población total, considerando una población muestral. - Antes de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se aplicó el consentimiento informado para tener con certeza el número de madres participantes. - Se aplicó el cuestionario de conocimiento en reuniones realizada en el establecimiento de salud, posteriormente se realizó la consejería nutricional (intramural). El cuestionario fue aplicado antes y después de cada consejería nutricional.

<p>nutricional y tres mediciones del estado nutricional en los niños.</p> <p>Diagrama del diseño:</p> <p>GE O₁ I₁ O₂ - O₃ I₂ O₄ - O₅ I₃ O₆</p> <p>Donde:</p> <p>GE: Grupo experimental (Madres de niños menores de 2 años).</p> <p>O1, O3, y O5: Primera, tercera y quinta observación (evaluación del nivel de conocimiento y prácticas) Pre Test.</p> <p>I1, I2, I3: Primera, segunda y tercera intervención (aplicación del programa de intervención educativa).</p> <p>O2, O4, y O6: Segunda, cuarta y sexta observación (evaluación del nivel de conocimiento y prácticas) Post Test.</p>	<p>Madres con instrucción y sin instrucción educativa.</p> <p>Madres que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado.</p> <p>Niños:</p> <p>Niños de 6 meses a 2 años de edad</p> <p>Niños de ambos sexos</p> <p>Con diagnóstico nutricional normal o con riesgo de talla baja, peso bajo y peso/talla.</p> <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</p> <p>Se excluyeron del estudio:</p> <p>Madres que tuvieron algún problema de salud que les impida participar en el estudio.</p> <p>Madres que rechazaron contestar las preguntas de la entrevista por alguna razón justificable.</p> <p>Toda madre de niño menor de 2 años que podrían presentar dificultad con la accesibilidad geográfica para participar en la consejería nutricional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La guía de observación, fue aplicada en el proceso de las visitas domiciliarias, a fin de evaluar el nivel prácticas de las madres durante el proceso de la alimentación. La guía de observación se aplicó antes y después de cada consejería nutricional. - Con la ficha de control del estado nutricional, se registró, los pesos, las tallas y se evidenció el estado nutricional de los niños participantes del estudio. El control del estado nutricional se realizó después de cada consejería nutricional. - La consejería nutricional se realizó en 3 oportunidades, con un lapso de 3 meses cada una, estuvo dirigida a las madres de los niños de 6 meses a 2 años. La consejería para mejorar el nivel de conocimiento se realizó en el establecimiento de salud (Intramural) y la consejería para mejorar las prácticas se realizó en el domicilio de las madres participantes (Extramural). - Posterior a la aplicación de los instrumentos, se realizó el control de calidad de cada uno de ellos, para posteriormente realizar el procesamiento de la información.
---	--	--

ANEXO Nº 01 B
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	CATEGORIA	INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE: Consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa.	Actividad educativa para fortalecer las actitudes y hábitos positivos para mejorar el estado nutricional de sus hijos y su familia.	Actividad educativa dirigida a las Madres de niños menores de 2 años las cuales abarcan aspectos cognitivos, prácticos y actitudinales.	Conocimiento sobre nutrición	Cualitativo	Ordinal	Alto Medio Bajo	Cuestionario de conocimiento
			Prácticas sobre nutrición	Cualitativo	Ordinal	Alto Medio Bajo	Guía de observación
VARIABLE DEPENDIENTE: Prevención de la desnutrición.	Conjunto de medidas que encaminadas a reducir la aparición de los riesgos para la aparición de la desnutrición.	Aplicación de las consejerías nutricionales a las madres.	Recuperación del riesgo de talla baja	Cualitativo	nominal	Si No	Ficha de control del estado nutricional
			Recuperación del peso bajo	Cualitativo	nominal	Si No	Ficha de control del estado nutricional
			Recuperación del riesgo de peso/talla	Cualitativo	nominal	Si No	Ficha de control del estado nutricional
VARIABLES INTERVINIENTES							
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos que determina el grado de madurez orgánico y psicológico.	Edad en años	Cuantitativo	De Intervalo	12 -17 años 18-29 años 30-49 años	Cuestionario de características sociodemográficas

Grado de instrucción.	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Grado de instrucción	Nivel de estudio alcanzado	Cualitativo	Ordinal	Iletrada Primaria Secundaria	Cuestionario de características sociodemográficas
Ocupación	Está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Ocupación	Labor que realizan las madres	Cualitativo	Nominal	Ama de casa Agricultor Independiente	Cuestionario de características sociodemográficas
Número de hijos	Hijos nacidos vivos en un hogar	Cantidad de hijos vivos que cuenta la familia	Cantidad de hijos de las madres.	Cualitativo	Ordinal	1 hijo 2 a 3 hijos Más de 3 hijos	Cuestionario de características sociodemográficas
Ingreso económico	Cantidad de dinero percibido por un bien o actividad realizada.	Capacidad adquisitiva para gastos en alimentación adecuada por mes (seguridad alimentaria)	Ingreso económico	Cualitativo	Ordinal	De 100 a 199 soles De 200 a 299 soles Más de 300 soles	Cuestionario de características sociodemográficas



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUÁNUCO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



ANEXO Nº 02

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TITULO: Efectividad de la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa para la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

INSTRUCCIONES: Responda Ud. a las alternativas que crea conveniente.
Gracias.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MADRE:

- 1) Edad de la madre..... en años
- 2) **Grado de instrucción:**
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria.
 - c) Secundaria.
- 3) **Ocupación**
 - a) Ama de casa
 - b) Agricultora
 - c) Trabajador Independiente
- 4) **Número de hijos:**
 - a) 1 hijo
 - b) 2 – 3 hijos
 - c) Más de 3 hijos
- 5) **Ingresos económicos:**
 - a) De 100 a 199 soles.
 - b) De 200 a 299 soles.
 - c) Más de 300 soles.

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIÑO:

- 6) **Edad**..... en meses
- 7) **Sexo:**
 - a) Masculino
 - b) Femenino



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUÁNUCO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



ANEXO Nº 03

FICHA DE CONTROL DEL ESTADO NUTRICIONAL

TITULO: Efectividad de la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa para la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

INSTRUCCIONES: Anote la información del peso la talla y el estado nutricional.

Gracias.

1. **Peso.**

.....

2. **Talla.**

.....

3. **Diagnóstico del Estado nutricional.**

- a. **Normal** ()
- b. **Riesgo de talla baja** ()
- c. **Riesgo de peso bajo** ()
- d. **Riesgo peso/talla** ()
- e. **Desnutrición aguda** ()
- f. **Desnutrición global** ()
- g. **Desnutrición crónica** ()



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUÁNUCO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



ANEXO Nº 04

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICIÓN.

TITULO: Efectividad de la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa para la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

INSTRUCCIONES: Responda a las alternativas que crea conveniente. Gracias.

I. CONOCIMIENTOS SOBRE NUTRICIÓN.

- 1) **¿Sabe con qué frecuencia debe usted recibir consejería nutricional?**
 - a) En cada control de su niño.
 - b) Cuando le citen al establecimiento
 - c) Cuando usted lo pida.
- 2) **¿Sabe usted que el personal de salud debe informarle sobre el estado nutricional de su niño?:**
 - a) Si.
 - b) No
- 3) **¿Sabe cuán importante es que la familia participe en las consejería nutricionales?**
 - a) Muy importante
 - b) Poco importante
 - c) No es importante
- 4) **¿Sabe que en necesario la participación de la familia en la alimentación de su niño?**
 - a) Muy importante
 - b) Poco importante
 - c) No es importante
 - d) NO
- 5) **¿Con qué frecuencia debe consumir su niño carnes?**
 - a) Una vez a la semana.
 - b) Una vez al mes.
 - c) Diario.
- 6) **¿Con qué frecuencia debe consumir su niño menestras?**
 - a) Una vez a la semana
 - b) Una vez al mes.
 - c) Tres o más veces a la semana.
- 7) **¿Con qué frecuencia debe consumir su niño carbohidratos?**
 - a) Una vez a la semana.
 - b) Tres veces a la semana.

- c) Diario.
- 8) ¿Con qué frecuencia debe consumir su niño frutas y verduras?**
 - a) Una vez a la semana.
 - b) Una vez al mes.
 - c) Diario.
- 9) Señale usted los alimentos que previenen la anemia:**
 - a) Arroz, cancha y trigo.
 - b) Habas, papas y verduras.
 - c) Leche, hígado, verduras de hoja de color verde oscuro.
- 10) Señale usted los alimentos que proporcionan energía:**
 - d) Arroz, cancha y trigo.
 - e) Habas, papas y verduras.
 - f) Leche, hígado, verduras de hoja de color verde oscuro.
- 11) Señale la función de las carnes en la alimentación de su niño:**
 - a) Previenen las Enfermedades.
 - b) Hacen crecer a los niños.
 - c) Hacen inteligente a los niños.
- 12) Señale usted el contenido nutricional de las frutas:**
 - a) Brinda vitaminas y minerales.
 - b) Brinda agua y calcio.
 - c) Brinda energía y buena salud
- 13) Señale los alimentos que permiten el crecimiento del niño:**
 - a) Leche, huevo y carnes
 - b) Papa, pan y chocolates
 - c) Trigo, maíz.
- 14) Señale los alimentos ricos en vitamina C:**
 - a) Huevo sancochado
 - b) Mandarina, naranja y limón
 - c) Papa, trigo y maíz
- 15) Señale los alimentos más ricos en calcio:**
 - a) Manzana y naranja
 - b) Carne de carnero o de res
 - c) Queso y leche.
- 16) ¿Sabe usted que es importante continuar con lactancia materna hasta los dos años?**
 - a) Si
 - b) No
- 17) ¿Sabe qué alimentos brindarle a su niño cuando está enfermo?**
 - a) Solo agüitas o caldos
 - b) Solo medicinas
 - c) Continúa con su alimentación normal
- 18) ¿En qué momentos se debe realizar el lavado de manos?**
 - a) Antes y después de preparar los alimentos
 - b) Durante la preparación de los alimentos
 - c) A y b son correctas



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUÁNUCO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



ANEXO Nº 05

GUÍA OBSERVACIÓN SOBRE PRÁCTICAS NUTRICIALES

TITULO: Efectividad de la consejería nutricional basado en el modelo de intervención participativa para la prevención de la desnutrición en el niño menor de 2 años, Margos-Huánuco, 2017.

INSTRUCCIONES: Anote las practicas realizadas por las madres durante la visita domiciliaria. Gracias.

	CRITERIOS	NO	SI	Observaciones
1.	Pide al personal de salud información sobre el estado nutricional de su hijo			
2.	Participa la familia a las sesiones de consejería nutricional			
3.	Participa la familia en la alimentación de su niño			
4.	Incorpora tres veces por semana carne en la dieta de su niño			
5.	Incorpora tres o cuatro veces por semana menestras en la dieta de su niño			
6.	Incorpora tres veces por semana carbohidratos en la dieta de su niño			
7.	Incorpora todos los días verduras y frutas en la dieta de su niño			
8.	Incorpora todos los días alimentos que previenen la anemia en la dieta de su niño			
9.	Incorpora todos los días alimentos que le proporcionan energía a su niño			
10.	Incorpora todos los días alimentos que permiten el crecimiento de su niño			
11.	Brinda a su niño alimentos ricos en vitamina C			
12.	Brinda a su niño alimentos ricos en calcio (queso, leche)			
13.	Continúa con la alimentación normal cuando su niño se enferma			
14.	Continúa con la lactancia materna hasta los 2 años			
15.	Se lava las manos antes y después de preparar los alimentos para su niño			



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE HUANUCO.
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
ANEXO Nº 06



FICHA DE REGISTROS ANTROPOMÉTRICOS DE LA NIÑA Y/O NIÑO

DATOS DEL NIÑO (A)			PRIMERA TOMA				SEGUNDA TOMA				TERCERA TOMA			
NIÑO 1	DNI	SEXO	EDAD (MESES)	PESO	TALLA	Dx	EDAD (MESES)	PESO	TALLA	Dx	EDAD (MESES)	PESO	TALLA	Dx
NIÑO 1	78947030	M	6	7.3	67.7	NORMAL	9	7.9	70.1	NORMAL	12	8.3	72	NORMAL
NIÑO 2	61693722	M	7	7.24	64.1	RTB	10	8	67.6	R.RECUP	13	8.6	70.9	NORMAL
NIÑO 3	78862632	M	7	7.5	65.2	RTB	10	8.3	67.1	RTB	13	9	71	RTB
NIÑO 4	78848792	F	8	7	66.3	RPT	11	7.5	69.9	RPT	14	8.2	73.8	R.RECUP
NIÑO 5	78961373	M	8	7.9	67	NORMAL	11	8.7	70.2	NORMAL	14	9.6	74.2	NORMAL
NIÑO 6	80941953	M	8	6.4	66	RP	11	7.4	70.1	RP	14	8.35	74.8	R.RECUP
NIÑO 7	78822140	M	8	6.8	66	RPT	11	7.2	70	RPT	14	8.1	74	R.RECUP
NIÑO 8	63373806	F	8	6.5	66	RPT	11	7.4	70	RPT	14	8.3	73	R.RECUP
NIÑO 9	81268095	M	8	7.9	66	RTB	11	8.5	70.3	RTB	14	9	74	R.RECUP
NIÑO 10	81268092	M	8	7.7	65.8	RTB	11	8.8	69.3	RTB	15	9.4	75	R.RECUP
NIÑO 11	78807351	M	9	8.6	68	NORMAL	12	9.5	71.8	NORMAL	15	10.1	75.2	NORMAL
NIÑO 12	81268087	M	10	8.5	69.2	RTB	13	9.6	72.7	RTB	16	10.2	75.9	R.RECUP
NIÑO 13	81268085	F	10	8.9	70	NORMAL	14	9.5	73.3	RTB	17	10.4	77	R.RECUP
NIÑO 14	81600575	F	11	8.1	69.7	RTB	14	8.8	72.5	RTB	17	9.2	76	R.RECUP
NIÑO 15	81268081	F	11	9.7	70	RTB	14	10	73.8	RTB	17	10.5	77.1	R.RECUP
NIÑO 16	81268078	F	11	9.3	72	NORMAL	14	10	74.9	NORMAL	18	10.4	78	NORMAL
NIÑO 17	61693720	F	12	9.1	72	NORMAL	15	9.7	75	NORMAL	18	10	78	NORMAL
NIÑO 18	61693721	F	12	9	70.8	RTB	15	9.7	73.9	RTB	18	10	78	R.RECUP
NIÑO 19	78650013	F	12	8.2	69.6	RTB	15	9	73.2	RTB	18	9.6	77.2	R.RECUP
NIÑO 20	81268073	M	12	9.4	73.1	NORMAL	15	9.6	75.9	NORMAL	19	10.1	77.8	NORMAL
NIÑO 21	81268074	M	12	8.7	70.8	RTB	15	9	73.9	RTB	19	9.5	77.9	R.RECUP
NIÑO 22	81268070	M	12	8.9	72.3	NORMAL	16	9.6	75.9	NORMAL	19	10	78.8	NORMAL
NIÑO 23	78610380	M	13	9.3	73.5	NORMAL	16	9.8	76.8	NORMAL	19	10.2	79.6	NORMAL
NIÑO 24	61693719	F	13	8.7	72.6	RTB	16	9.2	76	RTB	19	9.8	78.5	R.RECUP
NIÑO 25	81268065	M	13	9	74	NORMAL	16	9.6	76	NORMAL	19	10	78.7	NORMAL
NIÑO 26	81268066	F	13	8.3	73	NORMAL	16	8.9	76.1	NORMAL	19	9.4	78.8	NORMAL
NIÑO 27	78611511	M	13	9.5	74.5	NORMAL	16	10	77.4	NORMAL	20	10.4	79.9	NORMAL
NIÑO 28	81585326	M	14	8.9	73.9	RTB	17	9.3	77	R.RECUP	20	9.8	80	R.RECUP
NIÑO 29	81268059	M	14	9	74	NORMAL	17	9.5	77	NORMAL	21	10	80.8	NORMAL
NIÑO 30	81292760	F	15	8.95	73.8	RTB	18	9.3	77.2	RTB	21	10	81	R.RECUP



ANEXO N° 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código:

Fecha: ---/---/---

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que viene realizando los licenciados, en coordinación con el C.S. de Margos, cuyo objetivo del estudio es determinar la efectividad de la consejería nutricional basado en el Modelo de Intervención Participativa sobre la nutrición del niño menor de 2 años; Centro de Salud de Margos Huánuco.

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

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



Firma del usuario

Firma investigador



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUÁNUCO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



ANEXO N° 08

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Código:

Fecha: ----/----/----

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 del C.S. Margos 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 como los aspectos socio demográfico, 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 pertinentes y eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

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

Responsable de la investigación

ANEXO 09

ESCALA STANONES DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

	Conocimiento sobre nutrición
Media	22,72
Desviación E.	5,785

La fórmula es: $a/b = X \pm (0,75) (DS)$.

- a/b: Son los valores máximos y mínimos (para el intervalo)
- x= Promedio de los puntajes (media aritmética)
- DS= Desviación estándar
- 0,75= Constante

ESCALA PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO

$$22,72 - (0,75) 5,785$$
$$22,72 - 4,338$$
$$18,382$$

$$22,72 + (0,75) 5,785$$
$$22,72 + 4,338$$
$$27,058$$

Categoría del nivel de conocimiento general:

Conocimiento Alto:	29-38
Conocimiento Medio:	19 -28
Conocimiento Bajo:	08-18

ESCALA STANONES DEL NIVEL DE PRÁCTICAS

	Prácticas
Media	18,85
Desviación E.	4,926

ESCALA PARA MEDIR EL NIVEL DE PRÁCTICA

$$18,85 - (0,75) 4,926$$
$$18,85 - 3,69$$
$$15,16$$

$$18,85 + (0,75) 4,926$$
$$18,85 + 3,69$$
$$22,54$$

Categoría de la práctica general:

Buena práctica:	23-29
Regular práctica:	16-22
Deficiente práctica:	09-15

ANEXO 10

ESTADÍSTICO DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH (ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA)

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Crombach	N° de elementos
0,823	18

N°	ITEMS	Alfa
	CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICIÓN	
1.	Sabe con qué frecuencia debe recibir las sesiones de consejería nutricional	0,823
2.	Sabe que el personal de salud debe informarle sobre el estado nutricional de su hijo	0,812
3.	Sabe que es importante la participación de la familia a las sesiones de consejería nutricional	0,820
4.	Sabe que es importante que la familia participe en la alimentación de su niño	0,870
5.	Sabe con qué frecuencia debe consumir carne a su niño	0,803
6.	Sabe con qué frecuencia debe consumir menestras a su niño	0,817
7.	Sabe con qué frecuencia debe consumir carbohidratos su niño	0,812
8.	Sabe con qué frecuencia debe consumir verduras y frutas su niño	0,842
9.	Sabe cuáles son los alimentos que previenen la anemia	0,839
10.	Sabe que alimentos le proporcionan energía a su niño	0,810
11.	Conoce las funciones que tienen las carnes en la alimentación del niño	0,852
12.	Conoce el contenido nutricional de las frutas que consume su niño	0,812
13.	Conoce los alimentos que permiten el crecimiento de su niño	0,823
14.	Conoce los alimentos ricos en vitamina C	0,812
15.	Conoce los alimentos ricos en calcio	0,839
16.	Sabe que es importante continuar con la lactancia materna hasta los 2 años	0,810
17.	Sabe que alimento debe brindar a su niño cuando se enferma	0,852
18.	Sabe la importancia del lavado de manos antes de preparar los alimentos	0,812

**ESTADÍSTICO DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH
(ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA)**

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS NUTRICIONALES

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,939	15

N°	ITEMS	Alfa
	GUÍA DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS NUTRICIONALES	Alfa
1.	Pide al personal de salud información sobre el estado nutricional de su hijo	0,932
2.	Participa la familia a las sesiones de consejería nutricional	0,932
3.	Participa la familia en la alimentación de su niño	0,932
4.	Incorpora tres veces por semana carne en la dieta de su niño	0,932
5.	Incorpora tres o cuatro veces por semana menestras en la dieta de su niño	0,937
6.	Incorpora tres veces por semana carbohidratos en la dieta de su niño	0,942
7.	Incorpora todos los días verduras y frutas en la dieta de su niño	0,935
8.	Incorpora todos los días alimentos que previenen la anemia en la dieta de su niño	0,932
9.	Incorpora todos los días alimentos que le proporcionan energía a su niño	0,933
10.	Incorpora todos los días alimentos que permiten el crecimiento de su niño	0,933
11.	Brinda a su niño alimentos ricos en vitamina C	0,933
12.	Brinda a su niño alimentos ricos en calcio (queso, leche)	0,933
13.	Continúa con la alimentación normal cuando su niño se enferma	0,932
14.	Continúa con la lactancia materna hasta los 2 años	0,933
15.	Se lava las manos antes y después de preparar los alimentos para su niño	0,943

ANEXO 11

CONSTANCIA DE VALIDADCIÓN

Yo,.....

Con DNI N°.....de

profesión.....ejerciend

o actualmente como.....en la

Institución.....

Por medio de la presente hago constar que he recibido con fines de validación del instrumento (encuesta, cuestionario y Escala), a los efectos de su aplicación.....

Luego e hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

En Huánuco a las.....días del mes de..... Del año.....

Firma

ANEXO 12
GALERÍA FOTOGRÁFICA DE ACTIVIDADES



INTRODUCCIÓN DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL



PARTICIPACIÓN CON AUTORIDADES LOCALES



SESIONES EDUCATIVAS A PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO



REUNIÓN CON MADRES DE LA INVESTIGACIÓN PARA REFORZAR TEMAS DE INTERES NUTRICIONAL



ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y NIÑO



VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO DE ACUERDOS Y COMPROMISOS



VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO DE ACUERDOS Y COMPROMISOS



VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO DE ACUERDOS Y COMPROMISOS



NIÑO BIEN NUTRIDO, FAMILIA FELIZ Y SOCIEDAD

RESPONSABLE

LOS AUTORES

NOTAS BIOGRÁFICAS

EDILBERTO CHÁVEZ MARTEL

Licenciado en Enfermería, hijo de don Arcadio y doña Violeta nacido en la ciudad de Huánuco el 06 de octubre del año 1983.

Mis estudios fueron realizados inicialmente, la primaria, en la ciudad de Uchiza de la Provincia de Tocache, Región San Martín hasta completar en el distrito de Amarilis de Huánuco en el tiempo calendarizado y de forma satisfactoria.

Los estudios de nivel secundario, los realicé al igual que las demás, los realicé en un colegio público del distrito de Amarilis, egresando satisfactoriamente el año 2000, con reconocimiento becario al 2do puesto a nivel general.

En el año 2001 ingreso a la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Escuela Académica de Enfermería, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán para realizar mis estudios superiores, culminando satisfactoriamente en el año 2005, con el grado de Licenciado en Enfermería.

Realicé estudios de Maestría en Ciencias de la Salud con mención en Salud Pública y Docencia Universitaria en la Universidad de Huánuco.

Estudí la Segunda Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, cuya obtención del título se encuentra sustentándose con la presente tesis de investigación.

Me encuentro cursando los estudios de Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, encontrándome con el II Semestre Académico concluido a la fecha.

He ejercido la carrera profesional con esmero y dedicación en los diferentes lugares en donde se me ha brindado la oportunidad, como es el caso de la

IPRESS Poque (2008), hasta actualmente encontrarme en la IPRESS MARGOS pertenecientes a la Red de Salud Huánuco.

HELEN NALDA ACEVEDO LAGUNA

Licenciada en Enfermería, hija de Don Apolinario Acevedo Garay - QEPD, mi madre la Sra María Laguna Chaupis, nací el 10 de mayo del año 1971 en la capital del Distrito de Tantomayo , Provincia de Huamalíes, Departamento de Huánuco, mi niñez y adolescencia la viví en la localidad de Llata, Provincia de Huamalíes, Departamento de Huánuco, donde cursé mis estudios primarios en la Institución Educativa N 32305 Virgen de Fátima y la secundaria en el Colegio Nacional ahora emblemático Victor E. Vivar, luego ingresé a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco hasta que me gradué a fines del año 1995, y en el año 1996 realicé el SERUMS en el Puesto de Salud de Chaucha de la actual red funcional de Ambo.

El día 06 de julio del año 1996 Dios iluminó mi vida con la llegada de mi única hija Kassandra.

Mi trayectoria y experiencia laboral es como detallo a continuación:

De 1997 a 1998 en el Puesto de Salud de Jircán, Provincia de Huamalíes en modalidad de contratada por el Programa Salud Básica para Todos.

En 1999 en el Puesto de Salud Andas, Provincia de Huamalíes, Departamento de Huánuco, contratada por el Programa Salud Básica para Todos.

De 2000 a marzo del 2002 en el Puesto de Salud Miraflores, Provincia de Huamalíes, Departamento de Huánuco, contratada por el Programa Salud Básica para Todos.

De octubre del 2002 a Enero del 2008 en el Puesto de Salud Jesús de Nazareth de Cochabamba, Distrito de Margos, contratada por el CLAS Margos y en el mes de febrero del 2008 me nombré en este mismo establecimiento. En sumatoria ya tengo más de diecisiete años de experiencia y sirviendo a nuestros semejantes.

Mis deseos de superación me llevaron a seguir estudiando hasta que logré graduarme como Especialista en la mención de Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, y actualmente me encuentro en miras de graduarme en la Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, ambos en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

GLORIA MARÍA RODRÍGUEZ RUÍZ

Licenciada en Enfermería, nací el 30 de marzo de 1972 en la ciudad de Huánuco de donde mis padres son naturales (Longino Rodríguez Peña y Ambrosia Ruiz Ponce). Yo soy la primera hija de 4 hermanos. A la edad de 6 años me vine a vivir con mi tía hermana de mi madre en el distrito de Amarilis, viví hasta los 25 años fuera de mis padres por estudio. Pase lindos momentos como también malos como toda persona; mis padres fueron agricultores.

A los 6 años empecé a estudiar en la escuela Mariano Dámaso Beraún N°32223 de Paucarbamba ahí termine mis estudios de primaria, como extrañaba mucho a mis padres repetí en el primer grado porque estaba sola y no había confianza con mis tíos y primas. No era tan buena alumna porque a veces me pedían algunas cosas o colaboraciones en la escuela yo no los daba por que mis padres estaban lejos de mí. En sexto grado por sorpresa de la vida

me nombraron brigadier no saben la alegría que tuve de llevar en mis hombros el cordón, ese año fue maravilloso para mí. Es en la escuela donde tuve bellos momentos como también tristes, recuerdo que me hice la promoción de primaria donde por primera vez baile hasta que salió ampollas a mis pies y hermoso.

La secundaria lo estude en Nuestra Señora de las Mercedes en Huánuco, recuerdo que extrañaba a mis padres porque nos hacía mucha falta, pero logre ser buena alumna quede en tercer puesto de todo el colegio en 5 de secundaria. Termine la secundaria y la educación superior lo hice en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco me presente en la carrera profesional de Enfermería casi con miedo, pero a pesar de los años logre terminar cuando tuve a mi hija Shirley que fue el motor y motivo para seguir estudiando y agradezco a Dios, a mi madre y a mi hija por todo.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veintisiete días del mes de agosto del 2019, siendo las diecisiete horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Enfermería, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0374 -2019-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **"EFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS, MARGOS - HUÁNUCO, 2017"**, del Licenciado en Enfermería: **Edilberto CHAVEZ MARTEL** desarrollado bajo el asesoramiento de la **Dra. María Del Carmen Villavicencio Guardia**.

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

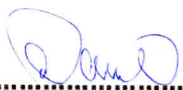
- | | |
|---|--------------------|
| • Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo | PRESIDENTA |
| • Mg. Luzvelia Guadalupe Álvarez Ortega | SECRETARIA |
| • Dra. Marina I. Llanos Melgarejo | MIEMBRO |
| • Mg. Bethsy Diana Huapalla Céspedes | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 19 y cualitativo de EXCELENTE quedando APTO. para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**.

Así mismo, el jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.


.....
SECRETARIO (A)


.....
PRESIDENTE (A)


.....
VOCAL



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veintisiete días del mes de agosto del 2019, siendo las diecisiete horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Enfermería, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0374 -2019-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **"EFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS, MARGOS – HUÁNUCO, 2017"**, de la Licenciada en Enfermería: **Helen Nalda ACEVEDO LAGUNA** desarrollado bajo el asesoramiento de la **Dra. María Del Carmen Villavicencio Guardia**.

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- | | |
|---|--------------------|
| • Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo | PRESIDENTA |
| • Mg. Luzvelia Guadalupe Álvarez Ortega | SECRETARIA |
| • Dra. Marina I. Llanos Melgarejo | MIEMBRO |
| • Mg. Bethsy Diana Huapalla Céspedes | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO..... por UNANIMIDAD....., con el calificativo cuantitativo de 19..... y cualitativo de EXCELENTE....., quedando APTO..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**.

Así mismo, el jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

SECRETARIO (A)

R. Ramirez
.....
PRESIDENTE (A)

María Del Carmen Villavicencio Guardia
.....
VOCAL



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veintisiete días del mes de agosto del 2019, siendo las diecisiete horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Enfermería, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0374 -2019-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **“EFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS, MARGOS – HUÁNUCO, 2017”**, de la Licenciada en Enfermería: **Gloria María RODRIGUEZ RUIZ** desarrollado bajo el asesoramiento de la **Dra. María Del Carmen Villavicencio Guardia**.

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- | | |
|---|--------------------|
| • Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo | PRESIDENTA |
| • Mg. Luzvelia Guadalupe Álvarez Ortega | SECRETARIA |
| • Dra. Marina I. Llanos Melgarejo | MIEMBRO |
| • Mg. Betsy Diana Huapalla Céspedes | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO por UNANIMIDAD, con el calificativo cuantitativo de 19 y cualitativo de EXCELENTE, quedando APTO para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**.

Así mismo, el jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

SECRETARIO (A)

PRESIDENTE (A)

VOCAL

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

- **Apellidos y Nombres** : CHÁVEZ MARTEL, EDILBERTO
Correo electrónico : echavezm2011@hotmail.com
Celular : 996193101
- **Apellidos y Nombres** : ACEVEDO LAGUNA, Helen Nalda
Correo electrónico : helen.acevedo.laguna@hotmail.com
Celular : 900289266
- **Apellidos y Nombres** : RODRIGUEZ RUIZ, Gloria María
Correo electrónico : glo-1972@hotmail.com
Celular : 936292490

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TÍTULO PROFESIONAL OBTENIDO : SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.

TÍTULO DE LA TESIS : “EFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL BASADO EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS, HUÁNUCO, 2017”

3. TIPO DE ACCESO QUE UTORIZAN LOS AUTORES DE LA TESIS

MARCAR (X)	CATEGORÍA DE ACCESO	DESCRIPCIÓN DEL ACCESO
X	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Sólo permite el acceso al registro del dato con información básica, mas no al texto completo.


Al elegir la opción “público”, es a través de la presente autorizamos de manera gratuita al repositorio institucional de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el portal repositorio: unheval.edu.pe por un plazo indefinido consistiendo con que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dicha página de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso que haya marcado la opción "restringido" por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

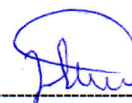
-
- () 1 año
 - () 2 años
 - () 3 años
 - () 4 años

Luego del periodo señalado por ustedes, automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

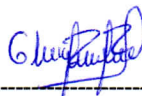
Cayhuayna, de de 2021



Edilberto Chávez Martel
DNI N° 42059334



Helen Nalda Acevedo Laguna
DNI N° 22486355



Gloria María Rodríguez Ruiz
DNI N° 22488852