

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“EFECTIVIDAD DE TALLERES HOGAREÑOS EN EL INCREMENTO DEL PESO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE LA COMUNIDAD SUR PAYLLA DEL DISTRITO DE UMACHIRI, PROVINCIA MELGAR - PUNO 2007”

TESIS

PRESENTADA POR:

ADRIANA ELIZABETH LUQUE SALINAS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGISTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA



PUNO - PERÚ

2010

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO	
BIBLIOTECA CENTRAL	
Fecha Ingreso:	02 OCT. 2012
N°	00182

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**“EFECTIVIDAD DE TALLERES HOGAREÑOS EN EL INCREMENTO
DEL PESO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE LA COMUNIDAD SUR
PAYLLA DEL DISTRITO DE UMACHIRI, PROVINCIA MELGAR –
PUNO 2007”**

TESIS

**Presentada a la Coordinación de Investigación de la Maestría en Salud
Pública de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional del
Altiplano para optar el Grado Académico de Magister Scientiae en Salud
Pública**

APROBADA POR


PRESIDENTE

:


.....
Mg. Nelva Enriqueta Chirinos Gallegos

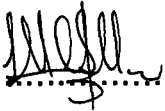
PRIMER MIEMBRO

:


.....
Mg. Nury Gloria Ramos Calisaya

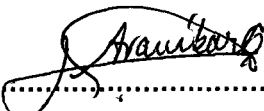
SEGUNDO MIEMBRO

:


.....
M.Sc. Luz Marina Caballero Apaza

ASESOR DE TESIS

:


.....
Mg. Jenny Aranibar Cerpa

PUNO – PERU

2010

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por haberme dado la vida,
por su ejemplo como mujer y profesional,
que me orientó a asumir los retos y
desafíos en la vida

A mi hermana, por su ejemplo de amor
valentía, entrega, calidad humana y
especialmente por su apoyo
incondicional en cada momento de mi
vida

A mi sobrina, porque ilumina nuestra vida
y es la motivación para ser mejores cada
día.

A mis amigos y muy especialmente a la
familia Macedo Benique, por haberme
apoyado e impulsado en la conclusión
de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional del Altiplano, a todos sus docentes y trabajadores por sus enseñanzas y la oportunidad de realizar este Post Grado, en esta prestigiosa casa de estudios.

A mi jurado calificador, por su apoyo y orientación que permitieron la culminación de este trabajo.

A mi asesora, la Mg Jenny Aranbar por su amistad, motivación permanente y sabia dirección, que permitieron hacer realidad este sueño

Al personal administrativo, especialmente a la Sra. María Elena Huaitalla, por su disposición y ayuda incondicional en todo momento.

ÍNDICE

	Pg.
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1 PROBLEMA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	15
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 ANTECEDENTES.....	16
2.2 BASE TEÓRICA.....	22
2.3 HIPOTESIS GENERAL.....	49
CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1 AMBITO DE ESTUDIO.....	50
3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	50
3.3 POBLACION DE ESTUDIO.....	52
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS..	53
3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
3.6 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.....	59
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación surge para lograr un modelo de capacitación que permita mejorar las prácticas de alimentación del niño, desde el inicio de la ablactancia, asegurando una alimentación adecuada para prevenir la desnutrición en la infancia, planteando la pregunta ¿Cuál es la efectividad de los “talleres hogareños” en el incremento de peso de los niños? y cuya respuesta hipotética es que los Talleres Hogareños son efectivos en el incremento de peso de los niños de seis a treinta y seis meses de edad, con el objetivo de determinar la efectividad de los talleres hogareños en el incremento del peso en niños de 6 a 36 meses, de la comunidad de Sur Paylla, del distrito de Umachiri, provincia Melgar- Puno 2007.

El diseño de investigación experimental fue de dos grupos aleatorizados, con pre test y post- test y mediante la prueba estadística Z para dos muestras se encontró que después de los talleres hogareños planificados y ejecutados en doce sesiones de aprendizaje sobre preparación de alimentos en el hogar (ricos en energía y densos en calorías), la alimentación activa a los menores y la educación sanitaria y nutricional (charlas, demostración, participación activa, trabajo en equipo y con recursos y alimentos de las familias participantes) son efectivos en el incremento del peso de niños sometidos al experimento. Los niños del grupo experimental alcanzan un incremento de peso a los 30, 60 y 90 días, después de la intervención, significativamente superior al incremento observado en el grupo control. Entonces los talleres hogareños modificaron las prácticas de alimentación del niño por parte de las madres.

Palabras Clave: Talleres hogareños, capacitación, peso de niños, efectividad.

ABSTRACT

The present work of research arises to obtain a qualification model that allows to improve the practices of feeding the child, from the beginning of the ablactancy, assuring an adapted feeding to prevent the undernourishment in the childhood, raising the question: Which is the effectiveness of the "family workshop" in the increase of weight in children? and their hypothetic answer is that the family workshop are effective in increasing the weight in children from six to thirty six months years old, with the aim to determine the effectiveness of the family workshop in increasing the weight in children from 6 to 36 months, in the community South Paylla, district of Umachiri, Province of Melgar - Puno 2007".

The experimental design considered two groups at random, with previous and post tests, by means of the Z statistic test applied to two samples. We found that after the family workshop planned and carried out in twelve sessions of learning about the preparation of food in home (rich in energy and dense in calories), the active feeding to minors and the sanitary and nutritional education (talks, demonstration, active participation, work in equipment and with resources and feeding of the participants families) are effective to increase the weight in children evaluated in the experiment. The children of the experimental group reach a increasing of the weight after 30, 60 and 90 days, after the intervention, significantly superior to the increasing observed in the control group. Then the family workshop modified the practices of feeding of the child by the mothers.

Key words: Family factories, capacitation, weight of children, effectiveness.

INTRODUCCIÓN

Son numerosos los esfuerzos que se han hecho hasta el momento por generar un modelo efectivo para prevenir la desnutrición crónica. En el Perú, el Ministerio de Salud, ADRA, Care Perú, Caritas y Prisma son las instituciones que han desarrollado actividades con mayor cobertura en este sentido; la mayoría de ellas con financiamiento de la Agencia Internacional de desarrollo de los Estados Unidos (USAID) y para el caso del Ministerio de salud con apoyo del Banco Mundial. En la mayoría de casos su diseño comprendió: asistencia alimentaria combinada con actividades de comunicación para el cambio de comportamiento, coordinación estrecha con los servicios de salud, participación comunal activa y el fortalecimiento de capacidades locales; además intervinieron en sectores como: educación, saneamiento básico y en actividades de desarrollo económico. Sin embargo, programas como éstos, difícilmente podrán volver a ejecutarse, dado que han disminuido drásticamente los fondos de la cooperación internacional para este propósito y ya que el estado ha incrementado los programas sociales (JUNTOS, CRECER, PIN) e iniciado su transferencia a los gobiernos locales, se hace urgente identificar un modelo de capacitación efectivo que integre los principales programas de salud

con los otros programas del Estado para coberturar la mayor población posible y contribuir a lograr una población saludable.

Por tanto, determinar la efectividad de los Talleres Hogareños en el cambio de prácticas de alimentación las madres o cuidadoras de los niños es importante, para intervenir con mayor eficacia a través de los programas de sociales y de salud. De tal forma que se pueda romper el círculo de desnutrición, pobreza, desnutrición.

El presente estudio está estructurado en cinco capítulos. El capítulo I está referido al problema de investigación y objetivos; el capítulo II, al marco teórico; capítulo III, a la Metodología; y el Capítulo IV, a la discusión y resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PROBLEMA

El nuevo Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS confirma que todos los niños (nacidos en cualquier parte del mundo) que reciben una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen un mismo potencial para desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos, también ha demostrado que a nivel regional y mundial la media de crecimiento de la población es similar. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria, que de los factores genéticos o étnicos. (OMS 2006)

Bajo esta premisa, el monitoreo del incremento de peso de los niños es importante para evitar su disminución o la desnutrición. A nivel mundial existen 480 millones de personas que sufren desnutrición crónica, aproximadamente el 10.5% de la población mundial (Sfeir Byron, Aguayo Acasigüe, 2000). La desnutrición es una de las principales causas de muerte de más de la mitad de niños menores de cinco años, que se registran anualmente en el mundo en desarrollo (UNICEF 1988) y una de las principales causas por las que casi han

perdido todas sus oportunidades, ya que estos niños, en su vida adulta no podrán utilizar todas sus potencialidades genéticas.

En América Latina, a pesar de los esfuerzos realizados, más del 50% de los niños menores de 6 años sufren de desnutrición. Este también es uno de los problemas endémicos del Perú, las encuestas nacionales revelan una tendencia histórica se mantiene en el tiempo en niños menores de cinco años. En el año 1984 la tasa de desnutrición crónica fue de 37,8%, permaneciendo casi igual hasta el año 1992 (36,5%), cifra que disminuyó hasta llegar a un 25,8% en 1996; sin embargo esta tasa se mantuvo hasta el año 2000 (25,4%). Asimismo los datos del MONIN-CENAN en el año 2002 reportan una prevalencia de desnutrición crónica de 25,6%, en el año 2003 un 27% y en el 2004 un 26,7%. De acuerdo a la información de la Dirección de salud - Puno, en el año 2005 la desnutrición en la región fue de 23,7%, siendo la Redess Melgar la que ocupó el primer lugar con 37,4% es decir más de la tercera parte de los niños padecen desnutrición crónica.

Los factores determinantes de la desnutrición están asociados a la calidad de la dieta, la cultura, el contexto social, la condición económica, la disponibilidad de alimentos y los hábitos alimentarios. Según el diagnóstico de seguridad alimentaria realizado en Puno (2006), hay una amplia difusión de prácticas inadecuadas y deficientes en la alimentación de los niños, como: i) Inclusión de agüitas, mates, caldos, avenas, chocolate y otras leches en niños menores de 6 meses, ii) alimentación en menor cantidad y frecuencia en niños de 6 a 18 meses, (que muchas veces no incluyen carnes, vísceras, frutas ni verduras), y iii) una alimentación inadecuada a niños enfermos y en convalecencia.

Ante las estadísticas y los factores antes mencionados, el Dr Alan García Pérez (Julio 2006) se propuso disminuir la desnutrición crónica, en un punto porcentual por año, lo que significa una gran contribución al esfuerzo mundial por alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio; sin embargo la pregunta es ¿cómo lograrlo? Si sabemos que los factores causales son complejos, y que no basta la inversión en Programas sociales como el "Vaso de leche", "Comedores populares", la inversión en infraestructura de saneamiento básico, o infraestructura productiva para la generación de ingresos, el problema es cómo se usan esos ingresos, cuánto invierten las familias en alimentos y como mejorar sus prácticas de alimentación, salud e higiene.

De acuerdo con Carmuega y O'Donnell (1998), la selección y preparación de los alimentos que consumen los niños, depende íntimamente de las decisiones de los padres y cuidadores, lo cual a su vez responde a factores socio-económicos y culturales de alimentación que se transmiten de generación en generación. El resultado de esta decisión depende de sus valores, creencias y actitudes, así como de la información que sobre el tema poseen. Siendo la madre quien en última instancia, decide el tipo de alimentación que recibirá su bebé, la desnutrición está asociada principalmente a la falta de conocimientos de la madre y a sus barreras culturales, por ello uno de los puntos estratégicos de intervención para reducir la desnutrición en la infancia, son los programas de capacitación que permiten lograr cambios de comportamiento, diseñados para corregir las prácticas de atención materno infantil e higiene y uno de los factores constantemente intervenidos son los conocimientos de las familias relacionados a la alimentación de los niños menores de tres años.

En nuestro país, las estrategias de promoción de la salud se dan principalmente en los consultorios de niño sano y niño enfermo, allí se realiza el monitoreo antropométrico de los niños y la educación o consejería a las personas que los llevan. En algunos establecimientos priorizados se capacita a las madres a través de sesiones demostrativas para que identifiquen los alimentos nutritivos y aprendan a prepararlos de forma adecuada (calidad, cantidad, consistencia y variedad de los alimentos) según los requerimientos del niño. Sin embargo; dadas las limitaciones económicas de las familias y los escasos alimentos disponibles en la zona (producción agrícola), pareciera ser un modelo de capacitación que si bien permite la adquisición de nuevos conocimientos, podría ser de difícil aplicación práctica, debido a que muchas veces las madres no pueden acceder a los alimentos requeridos; por otro lado, en sus hogares no cuentan con los utensilios, platos y cucharas medidoras sugeridas en las capacitaciones, por lo que no pueden poner en práctica lo aprendido y siendo la costumbre en la mayoría de las comunidades dos comidas al día, es con esa frecuencia que se alimenta al niño.

Las ONGs también se sumaron a estos esfuerzos, implementando programas para disminuir la desnutrición en los ámbitos de mayor incidencia. En el componente de capacitación, inicialmente se pusieron en práctica técnicas educativas participativas como charlas, sociodramas, lluvia de ideas, etc.; luego se desarrollaron sesiones de capacitación utilizando técnicas para la conducción del evento, como el RETEN (Resultados, Estilo, Tiempo, Entorno, Novedad), los cinco pasos (Motivación, Mensaje, Práctica, Resumen, Evaluación), el AAMMEE (Análisis, Atención, Motivación, Mensaje, Ejercicio, Evaluación) etc. Y buscando mejores resultados últimamente se implementaron

estrategias que buscan no solo la adquisición de nuevos conocimientos, sino el cambio de actitudes, prácticas y la formación de hábitos, siendo uno de ellos el trabajo en Talleres Hogareños, motivo de esta investigación.

En el 2003, el Grupo de Colaboración y Recursos para la Supervivencia infantil (El Grupo CORE)¹ publico Una guía de Recursos para la Rehabilitación sostenible de Niñas(os) Desnutridas(os), que resume su experiencia en Vietnam, Egipto y Myanmar, en la que explica un programa de nutrición basado en Talleres hogareños, es decir el hogar es el lugar donde se llevan a cabo las sesiones de educación y rehabilitación nutricional. Este modelo de enseñanza utiliza la metodología de capacitación de adultos, considera la colaboración y participación activa de las madres, plantea el aprendizaje a partir de la práctica y rescata los conocimientos previos, es decir lo que la persona sabe o conoce. Los países donde fue empleado presentaban altos índices de desnutrición, (60 - 70%), por ello su prioridad en la recuperación de niños desnutridos; en nuestra región, los índices de desnutrición no son tan altos, sin embargo este modelo por sus características: i) incentiva el uso de alimentos que se producen en la zona, ii) se realiza en el hogar, iii) utiliza utensilios y medidas de la casa, iv) practica la alimentación activa, y v) se realiza durante doce días tratando de mejorar los hábitos de las familias en cuanto a la frecuencia de alimentación de los niños, considero que puede ser eficaz no solo en la rehabilitación sino en la prevención de la desnutrición, es decir, su práctica podría garantizar el adecuado incremento de peso del los niños de acuerdo a su edad.

¹ El grupo CORE es una organización que sobrepasa las 35 organizaciones Privadas Voluntarias de Estados Unidos que trabajan conjuntamente para promover y mejorar los programas de atención en salud primaria en las comunidades.

Este modelo ha sido empleado en países del África, y dada las diferencias de nuestro medio, determinadas por las condiciones: geográficas, productivas, económicas, culturales y religiosas; el propósito de la presente investigación es determinar:

¿Cuál es la efectividad de los “talleres hogareños” en el incremento del peso en niños de 6 a 36 meses de la comunidad Sur Paylla del distrito de Umachiri, provincia Melgar, Puno - 2007?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de los talleres hogareños en el incremento del peso en niños de 6 a 36 meses, de la comunidad de Sur Paylla, del distrito de Umachiri, provincia Melgar- Puno 2007

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el peso individual y promedio de los niños de 6 a 36 meses de los grupos experimental y control, antes de la intervención
- Determinar el incremento de peso individual y promedio de los niños de 6 a 36 meses, a los 30, 60 y 90 días después de la intervención, en los grupos experimental y control.
- Establecer las diferencias del incremento promedio de peso entre los niños de 6 a 12 meses y los de 1-3 años de los grupos control y experimental, a los 30, 60 y 90 días.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En 1996, se realizó un estudio sobre **“Conocimientos de madres en alimentación y su relación con el estado nutricional de los niños menores de seis años de edad en centros materno infantiles urbanos en Lampa (Marzo 1996 – Noviembre 1997)**, con una muestra de 51 niños. Los resultados fueron: el 62,74% de los niños se encontraban en buen estado nutricional y el 37,26% estaban desnutridos. El nivel de instrucción era bajo, el 19,61% de las madres eran analfabetas y el 80,39 de alfabetas con una instrucción de primaria incompleta. Se encontró que el nivel de conocimiento sobre alimentación era bajo, la introducción de alimentos para iniciar la ablactancia era inadecuada y los alimentos disponibles en el hogar no eran utilizados adecuadamente por la madre debido a sus hábitos y costumbres.

Entre marzo y Agosto del 2002 Doris Rejes (2005), realizó un estudio experimental y analítico en la población de madres beneficiarias del Programa de Alimentación Complementaria para grupos en mayor riesgo (PACFO), de los Puestos y centros de Salud de los Barrios Vallecito, 4 de Noviembre, Simón

Bolívar, Chejoña, José Antonio Encinas, Jallihuaya y el Hospital Manuel Nuñez Butrón, para determinar el **efecto de las técnicas educativas en Alimentación y Nutrición infantil en las madres del programa PACFO de la ciudad de Puno**” se encontró que la técnica del sociodrama mostró mayor efectividad que la técnica expositiva, obteniéndose un calificativo de nivel bueno (48%), seguido de muy bueno (52%) y no se obtuvieron calificativos bajos, deficiente o regular; al parecer los obtenidos fueron porque esta técnica de dinámica grupal motiva y entretiene a los participantes con el papel de actores. Además se apreció un avance en el aprendizaje y cambio de actitud de las madres, las que en su participación demostraron sus conocimientos, simulando situaciones y vivencias casi reales, de su vida cotidiana. El 88% de las madres capacitadas con la técnica expositiva obtuvieron un calificativo de regular en lactancia materna y un calificativo deficiente en los temas de ablactancia, destete e higiene.

Entre 1996-2001, **ADRA Perú**, ejecutó su Programa Nutrición Infantil (PNI) auspiciado por la Agencia Internacional de desarrollo de los Estados Unidos, en las comunidades de 15 departamentos del País, en el marco del Plan de Desarrollo Andino para la Seguridad Alimentaria.

En el corto plazo el PNI se propuso proteger a los niños que estaban desnutridos o en riesgo de desnutrición a través de un modulo de rehabilitación y capacitación en alimentación y nutrición adecuada, usando alimentos locales en combinación con raciones alimentarias. También ofreció oportunidades de generación de ingresos a las familias pobres con el fin de facilitarles el acceso a alimentos en el largo plazo.

El programa utilizó un enfoque integrado con énfasis en la educación de los padres para la adopción de conductas adecuadas en nutrición, salud, salubridad, estimulación temprana, administración del hogar, etc. Las líneas de acción propuestas para alcanzar este objetivo son intervenciones educativas, de prevención, tratamiento y rehabilitación nutricional, de distribución de alimentos complementarios, infraestructura y saneamiento básico y fortalecimiento de la sociedad civil.

La intervención se desarrollo a través de centros comunales de nutrición infantil (CNI) estableciendo acuerdos de cooperación con las comunidades. En los CNI se implementaron cuatro módulos de manera secuencial y/o simultanea, a cargo de los agentes comunitarios en: 1) Promoción, 2) prevención 3) recuperación y 4) de fortalecimiento comunal. El CNI se instaló con un mínimo de 15 madres y un máximo de 45, calificadas mediante la Ficha Familiar Única de Datos (FUD), el grupo era atendido por un periodo de seis meses, después de los cuales se graduaban. El plan de capacitación contenía 14 temas educativos que eran tratados con las madres durante las reuniones semanales, por un periodo de seis meses. Los temas tratados eran: alimentación balanceada, alimentación de niños de 0-12 meses, alimentación de niños desnutridos, alimentación de gestantes y lactantes, salud reproductiva (control prenatal y del parto), infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, parásitos, vacunas, planificación familiar, higiene, saneamiento básico, estimulación temprana y auto estima/genero. La madre debía asistir por lo menos a 9 de las 14 sesiones.

Los resultados de la evaluación de impacto del PNI realizada en 1999, mostraron que en comparación con la línea basal (1997) y un grupo control no

equivalente se logro una disminución de la prevalencia de desnutrición crónica entre los niños de 24 a 35 meses de 52,5 a 37,6 en los ámbitos intervenidos. En el grupo de 6 a 11 meses los resultados no fueron tan claros. EL PNI realizo estimaciones de la ganancia de peso de los niños beneficiarios, correspondiente a los años 2000 y 2001, mostrando una tasa de desnutrición de 28,1% y para Juliaca, provincia intervenida por el proyecto 24,5% de acuerdo a la Verificación del cumplimiento de los lineamientos establecidos para las intervenciones Educativo Comunicacionales en Alimentación y Nutrición.

Care Perú, en 1996 inicio la implementación del Proyecto Niños como uno de los componentes de su programa de Seguridad Alimentaria Sostenible, en cuatro departamentos del país y con el objetivo de mejorar la salud y nutrición de los niños menores de cinco años, con énfasis en menores de tres.

Mediante su componente de Nutrición Comunitaria se propuso mejorar las prácticas de salud y nutrición de las madres e incrementar el uso de los servicios de salud. Los promotores de salud eran los responsables de la vigilancia nutricional, las visitas domiciliarias y educación a las madres en aspectos de salud y nutrición. Utilizó la estrategia de capacitación en cascada; Care capacitaba al personal de salud y junto con el MINSA capacitaba a los promotores para que éstos a su vez implementen el sistema de vigilancia comunal y el trabajo con las madres

Se utilizó la metodología de capacitación para adultos, mediante la técnica AAMMEE, siendo el paquete de capacitación: Paternidad y maternidad responsable, Nutrición, Desnutrición, Vacunas, EDA, IRA, Salud materna y planificación familiar

De manera complementaria, el proyecto buscó mejorar las prácticas de salud y nutrición de los escolares, mediante la capacitación de profesores y de agentes de la comunidad educativa, tales como alumnos, vigías escolares y asociaciones de padres de familia. El componente de Agua y saneamiento Rural estuvo orientado a incrementar el uso de agua segura, mejorando las prácticas de saneamiento e higiene de las familias.

Al finalizar el proyecto en el 2000, la provincia de Azángaro, ámbito del proyecto, disminuyó sus índices de desnutrición de 51 a 41,3%

En el mismo periodo **Caritas del Perú**, ejecuto el programa Wiñay (palabra quechua que significa crecer), en cinco departamentos del país y que tenía el objetivo de mejorar la salud y nutrición de la madre y del niño en las comunidades de extrema pobreza. Los componentes del programa han sido la vigilancia nutricional comunitaria, la asistencia alimentaria a familias en riesgo social y biológico de desnutrición infantil, el acceso al agua potable y el saneamiento básico, el acceso a los servicios de salud y la organización comunal para la participación en el desarrollo local.

En los talleres de capacitación a promotores y educación a madres de familia se realizaron con metodología de capacitación para adultos, de acuerdo a la siguiente secuencia: 1) motivación, 2) instrucciones, 3) demostración, 4) práctica, 5) retroalimentación, 6) tarea. Se aplicaron técnicas o herramientas didácticas: expositivas, participativas, lluvia de ideas, demostrativas, prácticas y dramatización. En los intermedios del proceso, se utilizaban juegos y dinámicas de participación para despertar el interés de los asistentes, haciendo que pierdan el temor y haya mayor integración. También se distribuyeron raciones complementarias de asistencia alimentaria

Aunque no se estandarizaron los temas de capacitación a nivel nacional, el plan contenía temas como: 1) control antropométrico y gestión, 2) Lactancia materna, 3) Ablactancia, 4) Alimentación balanceada, 5) Enfermedades más comunes en los niños, 6) Inmunizaciones, 7) Paternidad responsable, 8) Estimulación temprana, 9) Saneamiento básico, etc. Las capacitaciones se realizaban una a dos veces por mes,

El Proyecto de **Salud y Nutrición básica (MINSA (PSNB)** desarrolló acciones entre julio de 1994 y diciembre del 2000, con financiamiento y apoyo del Banco Mundial. Los objetivos del proyecto se dirigieron a mejorar la situación de salud y nutrición de las mujeres en edad fértil y niños menores de 3 años, a través del incremento de la cobertura y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención y del mejoramiento de las prácticas de salud y nutrición de la población de su ámbito de intervención. Los ámbitos de intervención del PSNB fueron seleccionados sobre la base de criterios de pobreza, considerándose a 15 provincias y dos distritos de 4 departamentos: Piura, Cusco, Cajamarca y Lima (distritos de San Juan de Lurigancho y Villa El Salvador, este último desde 1998). Ejecuto 9 líneas de trabajo, relacionadas a la implementación del Nuevo Modelo de Atención: a) Organización y gestión de redes y microredes de servicios, b) Mejoramiento y adecuación de la infraestructura física de los EE.SS, c) Mejoramiento del equipamiento y la dotación de medicamentos de los EE.SS, d) Organización de los servicios a nivel intra y extramural en EE.SS, e) Promoción de prácticas saludables (en los temas de nutrición, EDA, IRA, salud materna, TBC y malaria), f) Desarrollo de actividades en comunidad, g) Capacitación en quechua y cultura andina, h) Mercadeo social de servicios de

salud, i) Apoyo al desarrollo institucional en el marco del Nuevo Modelo de Atención.

La intervención en nutrición constituyó un eje transversal, que se desarrolló en las diferentes líneas de trabajo y estuvo orientada a fortalecer la atención integral en nutrición en los establecimientos, incluyendo la distribución de suplementos y el desarrollo de actividades educativo comunicacionales para el desarrollo de prácticas saludables de alimentación en la población: Se capacitó a cerca de 2,000 prestadores en temas básicos de atención integral y nutrición, lo que permitió mejorar notablemente el control nutricional y manejo de suplementos; se capacitó a 743 prestadores y 749 agentes comunitarios de 235 establecimientos en la preparación de alimentos, los mismos que llevaron a cabo más de 1,100 sesiones demostrativas con población priorizada.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 TALLERES HOGAREÑOS (TH)

Los Talleres hogareños son parte de un programa en nutrición con base en el hogar y la comunidad; el hogar es el sitio donde se llevan a cabo las sesiones de educación y rehabilitación nutricional. Las sesiones son diseñadas con el objeto de mejorar la nutrición de los niños y enseñar prácticas y conductas saludables a las madres. Los talleres hogareños comprenden un periodo de 12 sesiones de capacitación (seis días por semana), con un máximo de 10 niños y las personas encargadas de su cuidado. Las madres preparan alimentos ricos en energía, y densos en calorías con los que alimentan a los niños. El grupo practica las nuevas conductas de alimentación, cuidados e higiene durante las sesiones de talleres hogareños y luego, individualmente en sus hogares.

Los talleres se realizan en el hogar, porque la familia constituye la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente” compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero. La familia es el agente primario de socialización y tiene una influencia predominante en la transmisión de valores, creencias e información sobre los hábitos correctos de alimentación y nutrición. Por eso los talleres hogareños se realizan en el domicilio de las participantes, donde el personal de salud involucra activamente a la madre y al niño en el proceso de rehabilitación y aprendizaje y trabaja para que las familias mantengan dentro del hogar una situación nutricional mejorada.

Debido a que los cambios de conducta son un proceso lento, la mayor parte de profesionales en salud pública concuerda en que las soluciones que se extraen de la misma comunidad resultan más sostenibles que las que se importan de afuera, por ello, los TH incursionan en el conocimiento local para el tratamiento y prevención exitosa de la desnutrición. Los alimentos son proporcionados y preparados por las madres, las participantes reconocen el valor nutritivo de los alimentos de la zona, preparándolos de distinta forma cada vez.

Es importante tener en cuenta la proximidad geográfica de las viviendas de las madres participantes, para que las personas encargadas de los menores puedan asistir a las sesiones diariamente, sin tener que recorrer grandes distancias. La proximidad también facilita la visita a los hogares de las participantes.

Con estas consideraciones en los TH se procura que las personas al cuidado de menores sanos o desnutridos practiquen nuevas formas de cocinar los alimentos, de alimentar y cuidar la higiene y salud de las menores. Las

prácticas seleccionadas pueden ser producto del diagnóstico de necesidades de capacitación o de las conductas recomendadas por los expertos en salud pública. Se identifican seis mensajes clave que deben repetirse durante la segunda semana.

De acuerdo a la experiencia de los programas nacionales implementados hasta ahora en los diferentes departamentos del país, se incluyeron temas como: desnutrición, lactancia materna, ablactancia, alimentación del niño sano y del niño enfermo, higiene y sanidad en la familia.

Basados en estos conceptos se promovieron prácticas en el hogar, como:

- **Prácticas de Alimentación:** Las buenas prácticas incluyen nuevas formas de preparar los alimentos, de alimentar a los niños a partir de seis meses de edad con porciones pequeñas de alimentos variados durante el transcurso del día, la alimentación activa, la alimentación durante la enfermedad, el manejo de los menores con poco apetito y la continuidad de la lactancia materna.
- **Prácticas de cuidado:** la interacción positiva entre el niño y las personas principales y secundarias encargadas de su cuidado estimula el desarrollo emocional y psicológico de los mismos. Entre las prácticas positivas podemos mencionar la interacción verbal frecuente con el menor, prestarle atención y demostrarle afecto, compartir el cuidado de forma que permita una adecuada supervisión y cuidado del menor así como la participación activa de los padres.
- **Prácticas de higiene:** se consideró el lavado de manos, de los alimentos y la higiene del ambiente, porque juegan un papel importante

en la salud de la niñez y en la prevención de enfermedades diarreicas y parasitarias.

- **Prácticas para la búsqueda de atención de Salud:** se orientó en la importancia de las inmunizaciones, la búsqueda oportuna de atención medica, el cuidado adecuado durante las enfermedades infantiles.

Es importante destacar que si bien la desnutrición está asociada a la pobreza, hay una proporción importante de hogares en pobreza y pobreza extrema (65%) cuyos niños no están desnutridos (instituto Cuanto 2000). En las comunidades existen ciertas familias con prácticas que les permiten prevenir la desnutrición, las cuales compartiendo los mismos recursos y enfrentando los mismos riesgos, contrastan con sus vecinos en el cuidado nutricional de su familia, al parecer el problema no radica en la falta de alimentos, sino en la elección de los mismos. Algunas veces donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad, la familias eligen venderlos antes que consumirlos y a menudo no se los dan a los niños pequeños. Las practicas de las personas encargadas de brindar la alimentación y atención a los niños, muchas veces son inapropiadas, incluso en hogares en los que existe disponibilidad de alimentos y suficiente poder adquisitivo.

Por ello y a la luz de la experiencia, la **capacitación en salud** resulta ser de gran importancia, en los diversos escenarios individual, familiar y comunitario, para asegurar que los grupos objetivo adopten hábitos y comportamientos saludables, que puedan ser incorporados en su práctica cotidiana. En general, se deberá conjugar el desarrollo de conocimientos, con habilidades, destrezas y actitudes que permitan “desaprender” información errónea o prácticas riesgosas, para construir una nueva forma de ver y cuidar la salud.

La educación dirigida a la madre está basada principalmente en el cambio de conducta y no en la adquisición de conocimientos, este enfoque incluye básicamente las demostraciones y la práctica durante las sesiones y en el hogar.

En los TH se promueve la práctica de la Lactancia materna, se controla periódicamente el crecimiento del niño (estimula a los padres a mantener a sus hijos sanos y saludables), se emplean antiparasitarios antes de iniciar los talleres.

La capacitación es un proceso de formación dirigido a personas seleccionadas, a fin de desarrollar ciertas capacidades que les permitan desempeñarse de manera adecuada en las funciones y tareas encomendadas. La capacitación implica una intencionalidad educativa y una **metodología** es el conjunto de reglas y procedimientos que, puestos en marcha, permitan alcanzar el fin o propósito deseado, es lo que “se debe hacer” y el “cómo hacerlo”

Por otro lado la **Enseñanza**: es un proceso dinámico y participativo, por el cual el facilitador guía al grupo y le proporciona el apoyo necesario para acelerar y consolidar sus aprendizajes; siendo **el aprendizaje** un proceso de construcción de conocimientos, habilidades y actitudes, orientado al cambio de conductas más o menos permanentes. Las **habilidades** y destrezas se desarrollan por acumulación y repetición hasta lograr un control adecuado. Todo periodo de aprendizaje necesita de experimentación y practica para convertirse en conducta aceptada y permanente.

Según el grupo CORE (2003) se necesita por lo menos 21 días practicando una conducta nueva para que se convierta en hábito. Los TH deben realizarse

como un ejercicio de cuatro semanas o 28 días: dos semanas de trabajo en grupo, seguidas por dos semanas de práctica en el hogar con supervisión periódica, a través de visitas domiciliarias.

La metodología de aprendizaje de los talleres hogareños se basa en la Práctica, Actitud y Conocimiento (PAC) a diferencia de la forma tradicional de Conocimiento, Actitud, Práctica (CAP). El enfoque se centra en el cambio de conducta para provocar el cambio de pensamiento, a diferencia del cambio de pensamiento para provocar el cambio de conducta. Se inicia inmediatamente con la práctica de la conducta deseada. Es únicamente después de la práctica que las personas encargadas de los menores comienzan a cambiar de actitud al ver que sus niños empiezan a “despertar” –en el caso de niños desnutridos- o a ganar peso en el caso de niños normales. Luego de presenciar el cambio en sus hijos, comienzan a comprender las causas del cambio o la mejora. Es entonces cuando cambia su conocimiento, ya que están convencidas que los nuevos aprendizajes pueden sanar a sus hijos, si siguen estas prácticas nuevas y sencillas.

Controlar y manejar los problemas nutricionales en la infancia, especialmente la alimentación en los primeros años de vida es determinante en el ser humano, pues en esta etapa el niño define su capacidad de aprendizaje; por ello es importante explicar a la familia las consecuencias de la desnutrición en un niño para que las propias familias sepan que hacer frente a este problema, así mismo el diseño de estas técnicas para garantizar el aprendizaje y práctica de conductas saludables para la alimentación de los niños.

El Aprendizaje (Ardila 1990:18) Es un cambio relativamente permanente del comportamiento que ocurre como resultado de la práctica.

El proceso de enseñanza aprendizaje es una entidad dinámica en la que el educador, el discípulo y la materia de la enseñanza establecen constantes interacciones. El aprendizaje ocurre cuando se originan cambios en el proceso de pensamiento y las acciones y actitudes de quien aprende. Las pruebas de estos cambios pueden observarse en su mayor parte en la conducta o formas de actuar de las personas.

Los Talleres Hogareños promueven el cambio de comportamiento y además empoderan a los padres y personas encargadas de los menores, para asumir la responsabilidad de la alimentación adecuada de sus hijos, utilizando los conocimientos y recursos locales. El método que pone en práctica “aprender haciendo”, aumenta la confianza de las personas encargadas de los menores y su capacidad para alimentarles y cuidarles.

Para lograr estos cambios TH toma en cuenta los **Principios del Aprendizaje** (Dugas 1988: 172)

El aprendizaje es más eficaz cuando se lleva a cabo en respuesta a una necesidad de quien siente que aprende. La persona debe sentir una necesidad real de aprender para que su aprendizaje sea óptimo, para lograr ello en los TH se sensibiliza a las madres sobre las causa de la desnutrición, sus posibles secuelas y la importancia de la alimentación de sus hijos.

Para que el aprendizaje se realice es necesario la participación activa de quien aprende: Es importante promover la participación rotativa de las madres en los diferentes roles de las sesiones.

El aprendizaje se facilita cuando esta conducta es recompensada: Se ha demostrado que la recompensa es un estímulo mucho más eficaz para el

aprendizaje. En el proceso son importantes los elogios y estímulos a las participantes; aunque la mayor recompensa para las madres es el incremento de peso de sus niños.

Es mucho más fácil aprender cuando lo aprendido se considera importante: se explican los conceptos fundamentales en términos sencillos, de tal forma que las participantes puedan comprenderlos fácilmente.

El aprendizaje debe reforzarse para que haya retención: Por ello se realizan 12 días de talleres hogareños, siendo la parte teórica reforzada la segunda semana.

En cuanto a los **Métodos de Enseñanza**, estos se ponen en práctica según los momentos o secuencias de trabajo:

- **Método experimental.**- Implica capacitar mediante la experiencia y la práctica. En los TH las participantes experimentan de manera real en la práctica, verificando los resultados obtenidos en la salud de sus hijos.
- **El Método del adiestramiento.**- Se basa en la transmisión de conocimientos y comportamientos. Consiste en moldear la conducta de las personas, poniendo énfasis en el comportamiento. Este es el método más importante aplicado durante los TH, porque durante los 12 días de sesiones se procura moldear la conducta de la madre y desarrollar hábitos en la alimentación del niño, hábitos de higiene y en el cuidado y atención del menor
- **Método de enseñanza en grupo.**- en esencia lo TH son un trabajo de grupo, que se caracteriza por la acción participativa de los integrantes y donde, es el capacitador el facilitador del proceso.

Se define como grupo al conjunto de dos o más personas que comparten normas y cuyos papeles sociales están estrechamente vinculados. Para que exista el grupo es preciso que haya una interacción entre personas y además conciencia de relación común (Gutiérrez 1990).

El participante en el Grupo: debe enfrentarse a una serie de situaciones para adaptar sus actitudes a las exigencias del grupo. Por ejemplo en vez de escuchar, deberán hablar e intervenir; en lugar de recibir órdenes, tendrá autonomía, en lugar de sanciones tendrá responsabilidad y en lugar de enfrentarse a sus compañeras en competencia, deberá cooperar. El nuevo ambiente que crea el grupo dará lugar a la aparición de nuevas actitudes y diferente comportamiento

- **Método de enseñanza individualizada.-** Permite adaptarse a las diferencias individuales de los participantes. Dado que los capacitados aprenden a ritmo diferente, en los TH se realiza capacitación individualizada y retroalimentación durante las visitas domiciliarias.

Es necesario recordar que el periodo de atención del adulto solo es de 20 minutos, en consecuencia es necesario variar las técnicas utilizadas en la enseñanza e intercalar las pláticas, con ayudas visuales y comentarios, que permitan la retención de conocimientos.

Las **Técnicas Educativas**, permiten hacer operativa una metodología de capacitación. Para que la técnica sirva como herramienta educativa debe ser utilizada en función de un tema específico, con un objetivo concreto e implementado de acuerdo a los participantes con los que se trabaja (PLANCAD-Puno 1999).

Durante las sesiones de Talleres hogareños, se recomienda el uso de la mayor variedad de herramientas de capacitación, se pueden incluir técnicas como:

a. La Discusión Interactiva: que es una metodología efectiva para involucrar a los capacitandos en el descubrimiento de la información. Cada pregunta guía a los participantes a buscar mayor claridad y profundidad.

b. Preguntas de sondeo: se utilizan con afiches que muestran prácticas o situaciones correctas o también indebidas. La discusión comienza con una pregunta general acerca del afiche, para luego entrar en preguntas de sondeo más profundas que relacionan el afiche con las experiencias del participante.

c. Los Cuentos: divierten y son una manera interesante de aprender. Los cuentos pueden ser adaptados, contados y luego discutidos para enseñar lecciones importantes. Es importante buscar historias que describan mensajes de apoyo para las buenas prácticas nutricionales o que se puedan adaptar para la enseñanza de estos mensajes.

d. La Charla es una técnica informativa que permite la participación del público en un ambiente abierto e informal, en la que se introduce el tema motivando a los participantes por medio de preguntas, experiencias o mostrando un objeto relacionado. Esta técnica se utilizo para los momentos de reflexión y estudio, antes de iniciar la preparación de alimentos.

Como se aprecia las características de esta estrategia se ajustan a los principios de la educación y pone en práctica algunos métodos de enseñanza, garantizando el aprendizaje de las nuevas prácticas. Y se sustentan en teorías como: **La teoría del Aprendizaje Significativo, El Constructivismo, Modelo de Creencia de Salud, y la teoría de los Cuidado Culturales.**

Según la teoría del Aprendizaje Significativo (David Ausubel, 1968), durante mucho tiempo se consideró que el aprendizaje era sinónimo de cambio de conducta, esto, porque dominó una perspectiva conductista de la labor educativa; sin embargo, se puede afirmar con certeza que el aprendizaje humano va más allá de un simple cambio de conducta. La experiencia humana no solo implica pensamiento, sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se capacita al individuo para enriquecer el significado de su experiencia.

Los educandos tienen una serie de experiencias y conocimientos que afectan su aprendizaje y pueden ser aprovechados para su beneficio. Los conocimientos previos han de estar relacionados con aquellos que se quieren adquirir de manera que funcionen como base o punto de apoyo para la adquisición de conocimientos nuevos.

Ausubel resume este hecho en el epígrafe de su obra de la siguiente manera: "Si tuviese que reducir toda la psicología educativa a un solo principio, enunciaría este: El factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averígüese esto y enséñese consecuentemente".

Entonces es necesario identificar las habilidades y conocimientos que ya poseen los capacitandos. En ello también se basa la **capacitación de adultos** que considera que los participantes traen un bagaje bastante amplio de conocimientos y experiencias previas que les han permitido desarrollar marcos conceptuales, es decir, ideas e imágenes sobre cómo funciona el mundo, la forma en que las personas y los eventos se relacionan entre sí. Las madres que participan en las sesiones de capacitación no son "recipientes vacíos" listos para ser llenados de conocimientos, se debe respetar sus propias

experiencias y edificar sobre ellas. Las experiencias participativas en donde los capacitandos descubren los conceptos y aplican sus propias experiencias son las que se pondrán en práctica en los Talleres Hogareños. El aprendizaje resulta del hacer y descubrir.

Los TH motivan **la recuperación de experiencias y la práctica continua**, se toma como punto de partida para el aprendizaje, la recuperación e identificación de conocimientos, experiencias y creencias preexistentes del grupo participante. El enfoque pedagógico propone una constante confrontación entre el saber previo y los nuevos conocimientos a través de actividades prácticas para “aprender haciendo”.

La teoría del Constructivismo: define el aprendizaje como una actividad por la cual la persona que aprende, va organizando y elaborando sus nuevos conocimientos a partir de los conocimientos preexistentes que le brinda su entorno. El capacitado selecciona y transforma lo que se relaciona con sus necesidades inmediatas logrando modificar las imágenes que tiene y aceptar los nuevos conocimientos. En los talleres hogareños se pone en práctica el constructivismo porque las participantes sacan sus propias conclusiones a partir de su experiencia, la práctica realizada, los mensajes recibidos y los resultados: la recuperación o incremento de peso de sus hijos.

En la capacitación de adultos también se incentiva **la Participación**, propone un aprendizaje dinámico, directo y autónomo del grupo, facilita la comunicación, el diálogo y el intercambio de experiencias. De esta manera además de brindar información, se favorece el desarrollo de habilidades y destrezas, se promueve el cambio de actitudes y se acrecienta la autoestima.

En los talleres hogareños, se distribuyen tareas, se rotan responsabilidades y se promueve la participación de las madres es en todo momento.

El facilitador propone situaciones estimulantes, modera el dialogo y el intercambio, tomando en cuenta las opiniones personales, orienta a grupo hacia una visión de conjunto y propuestas creativas para solucionar problemas concretos.

Etapas del proceso de cambio de conducta

a. Conocimiento: es la etapa en la que las personas conocen determinada situación, son expuestas a los mensajes, le prestan atención, los recuerdan, se sienten atraídos por los mismos y los comprenden.

b. Persuasión: Para que el público objetivo se sienta atraído por la propuesta que se le ofrece, debe tener interés, tener una actitud favorable. Debe estar convencido que el producto (idea, bien o servicio), es justo para él, que puede acceder al mismo.

c. Decisión: Es la etapa de toma de decisiones para hacer algo o de tener la intención de hacerlo. En el mercadeo comercial, esta etapa es conocida como la intención de compra. Por su parte, el mercadeo comercial la califica como la intención de cambio.

d. Adopción: Es la etapa de la acción, de la modificación del comportamiento actual, de la adopción del nuevo comportamiento y de la aplicación de las habilidades para llevarlo a cabo.

e. Reafirmación: Para que se produzca el cambio verdadero, no solo hay que adoptar el nuevo comportamiento, sino también hay que reafirmarlo; no es un comportamiento esporádico, sino constante. Es la etapa de consolidación, de

reconocimiento de las ventajas del cambio, de promocionarlo y recomendarlo a otros.

Factores que estimulan el cambio de comportamiento: Las personas responden a determinados estímulos a partir de los cuales puede modificar su comportamiento.

a. Físicos: relacionados con el temor a dolores o malestares que se pueden llegar a sufrir o al recuerdo de los que se han padecido en algún momento.

b. Racionales: se refieren al conocimiento que una persona adquiere por el cual puede decidirse a llevar a cabo una acción.

c. Emocionales: Se basan en los sentimientos de las personas, tales como amor, esperanza, felicidad, descontento, entre otros.

d. Prácticos: se relacionan con la capacidad o habilidad que cada persona tiene para adoptar un comportamiento o llevar a cabo una acción.

e. Interpersonales: Se basan en las influencias que ejercen en las personas las redes sociales: familia, amigos, compañeros.

f. Estructurales: Se relacionan con el impacto de diversos factores en la vida de las personas: sociales, económicos, tecnológicos y legales.

Para explicar el cambio de comportamiento, se han desarrollado una serie de **modelos teóricos** para predecir o explicar porque las personas se comportan de una manera determinada y aportar elementos de juicio acerca de las intervenciones a fin de que sean más eficaces. Las teorías pueden orientar las estrategias de un programa, ofreciendo respuestas a las preguntas clave:

¿Qué?	El comportamiento – acciones, practicas –potencial como objetivo
¿Por qué?	Las razones o factores influyentes que explican por qué tiene lugar un comportamiento particular
¿Cuándo?	Los elementos de juicio para definir la oportunidad y la secuencia de las intervenciones
¿Cómo?	Influencias importantes sobre el comportamiento que se desea modificar, así como los métodos que podrían usarse para lograr dicho cambio.

El Modelo de Creencia de Salud: Parte de la premisa que los pensamientos y sentimientos de una persona controlan sus actos. Propone que el comportamiento de salud está determinado, por lo tanto, por estímulos internos (percepciones o creencias) o estímulos externos (por ejemplo, las reacciones de amigos, campañas mediáticas masivas, etc.), que desatan la necesidad de actuar. Este modelo plantea la hipótesis de que el comportamiento individual está determinado por varios factores internos:

- ✦ La creencia de una persona acerca de sus posibilidades o riesgos de contraer una enfermedad o de ser directamente afectada por un problema o enfermedad en particular (susceptibilidad percibida);
- ✦ La creencia de una persona o sus puntos de vista sobre la gravedad de un problema o una enfermedad dada (severidad percibida);
- ✦ La creencia de una persona acerca de la eficacia de una acción para reducir el riesgo o el grado de severidad (beneficios percibidos), frente a la opinión de esa persona acerca de los riesgos o costos tangibles o psicológicos que entrañaría la acción propuesta (barreras percibidas).

De acuerdo a este modelo, las dos primeras creencias juntas determinan la convicción de la persona e influyen sobre la medida en que dicha persona puede ser motivada para actuar en relación con un problema determinado. La teoría sugiere así mismo que las reflexiones y pensamientos arriba citados son motivados por influencias internas (por ejemplo, transpiración, nerviosismo, etc.) como externas (por ejemplo, las reacciones de terceros y/o las opiniones de terceras personas significativas, los medios de comunicación social, etc.).

Una vez que una persona es motivada a actuar, el comportamiento específico que emprenda ser determinado por un tercer factor –su percepción personal de la relación “costo beneficio”. El modelo agrega que antes de decidirse a actuar, las personas juzgan si los beneficios (o aspectos positivos) de un comportamiento en particular pesan más que las barreras (o aspectos negativos) del comportamiento referido.

Concepto	Aplicación práctica
Severidad percibida	Mensajes que enfatizan que la inadecuada alimentación puede ser causa de desnutrición.
Susceptibilidad percibida	Mensajes que intentan demostrar la magnitud del problema y la gravedad de la mala inadecuada alimentación en los menores de 3 años.
Beneficio/costos percibidos	Mensajes que señalan las formas en que la gente puede prevenir desnutrición, con una alimentación balanceada, con alimentos de la zona al alcance de la familia
Señales para la acción	Acciones sobre cómo preparar alimentos balanceados para la alimentación de los niños.
Auto eficacia	Control periódico de peso para demostrar que una buena alimentación previene la desnutrición.

Esta teoría es coincidente con los conceptos de la **Motivación para El Cambio**, que es la que ocasiona, canaliza, refuerza o cambia un comportamiento y por ello constituye la clave para las actividades de capacitación. Como se menciona en los principios del aprendizaje, para que sea más eficaz debe responder a una necesidad de la persona (OMS 1985).

a) Percepción de la necesidad: Las necesidades básicas tienen más poder e influencia para motivar a los individuos, es decir los individuos se sentirán motivados a satisfacer sus necesidades básicas e imperiosas en un momento determinado. La importancia real de una necesidad dependerá de la situación actual y de las experiencias recientes del individuo.

b) Riesgo o beneficio predecible: La forma en que un individuo se comporta en una situación dada depende: de la forma en que perciba la situación en vista de su propio comportamiento, de la influencia que tenga de los demás, de las condiciones creadas por el medio mismo.

Si se desea que un individuo cambie o conserve un comportamiento determinado, es necesario que perciba, en función de su propia seguridad, un riesgo o beneficio inminente con la fuerza suficiente para motivar su comportamiento.

Las creencias y tradiciones culturales tienen una gran influencia en la forma en que el individuo percibe los riesgos y los beneficios en situaciones de peligro.

c) Hábitos y experiencias previas: Skinner afirmó que el comportamiento está controlado por lo que, lo que llamo condicionamiento operativo, que se podría traducir en "Modificación de la conducta".

Este enfoque considera que el comportamiento del individuo es el resultado de la asociación de la situación actual con situaciones anteriores.

Finalmente la estrategia de Talleres Hogareños, también se basa en **La Teoría de Cuidados Culturales**: la Dra. C Madeleine Leininger (1978) define cultura como el conocimiento que se adquiere y trasmite acerca de una cultura con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades.

Los valores culturales de los individuos brindan información de sus costumbres y de la cosmovisión de un grupo en particular. Por ello, Leininger sostiene que los cuidados culturales de Enfermería son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

En los TH se trabaja lo mas cercanamente a la realidad de la familia, las sesiones se realizan en su domicilio, se utilizan enseres y utensilios existentes en el hogar y se preparan los alimentos, priorizando los productos de la zona. Siendo lo mas importante el rescate y respeto de los conocimientos, creencias y valores, respecto a la alimentación de sus hijos, para sobre ello construir los nuevos conocimientos, reforzando lo positivo y explicando lo que no contribuye a unas buenas prácticas de alimentación en la familia.

2.2.2 PESO:

Es un Indicador global de la masa corporal, fácil de obtener y sensible a los cambios. Esta medida, sin lugar a dudas la más empleada, se obtiene en los menores de dos años en decúbito y después de esta edad en la posición de pie. Ocasionalmente se requiere, entre los 2 y 3 años, que el niño sea cargado por un colaborador cuyo peso se resta del total encontrado. Permite vigilar el estado de nutrición del niño pero el significado de sus variaciones puede ser confuso en pacientes con edema, deshidratación u otras manifestaciones de cambios en el agua corporal ya que representa una mezcla de varios componentes del cuerpo.

La relación de edad con el peso adquiere relevancia en la evaluación nutricional por ser objetivo, sencillo, barato y fácil de aplicar.

El peso esperado para la edad (P/E) es un Indicador global, es muy útil para determinar el estado nutricional de una **persona**, generalmente comparado con un patrón de referencia. El peso sube o baja más rápidamente que la estatura ante un cambio de alimentación, es más sensible y por ello muy utilizado internacionalmente. Nos permite discriminar entre niños adelgazados, niños en baja estatura, con retardo en el crecimiento y adelgazados. Es muy fácil de obtener sin mucho margen de error y fácil de interpretar en graficas de carnet de CRED; aunque no discrimina la desnutrición aguda o crónica. No se ha considerado el indicador talla esperada para la edad (T/E) porque el incremento en talla es más lento que el peso, y a veces de velocidad variable en el tiempo; la deficiencia en talla tiende a ser más lenta y a recuperarse también más lentamente. En consecuencia, en cierto sentido, puede ser razonable

considerar la emaciación como un proceso agudo y el desmedro como un proceso crónico

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte.

Los niveles de diagnóstico o puntos de corte de normalidad, se calculan en la Relación entre índices y niveles de diagnóstico o puntos de corte.

Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

La OMS considera como niños desnutridos a los niños que se encuentran debajo de -2 DE de las curvas de referencia de NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos). El estándar más empleado en tablas de crecimiento, empleado por la Organización Mundial de la Salud globalmente.

Expresión del Estado Nutricional

Adecuación porcentual (%): Adecuaciones porcentuales

Percentiles (Pn): Punto de corte

Desviación estándar (DE): Tendencia de la curva

Adecuación Porcentual en el Peso ideal para la edad (% mediana estado nutricional)

90 - 110 %	Normal
75 - 89 %	DNT 1er Grado
60 - 74 %	DNT 2do Grado
< - 60 %	DNT 3er Grado

$$P/E = \frac{\text{Peso Actual} \times 100}{\text{Peso ideal en el P- 50}} = \frac{10 \text{ kg} \times 100}{13,4 \text{ kg}} = 74,6\%$$

Percentiles: Existen gráficas de percentiles para cada parámetro: el peso, la talla, el perímetro de la cabeza, la grasa corporal, etc. Las más utilizadas son las de peso y talla, diferentes según se trate de varones o mujeres. En una gráfica de percentiles figuran varias líneas, cada una con un número: 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97. Para conocer en que percentil se encuentra un niño —por ejemplo de peso—, se debe buscar primero la edad en el eje horizontal. Se traza una línea vertical desde ese punto. A continuación se busca el peso en el eje vertical, y se traza una línea horizontal por ese punto. Las dos rectas se cruzarán sobre alguna de las líneas de percentiles del gráfico, entonces se dice que ese es el percentil de peso del niño.

Por ejemplo un lactante de 6 meses de edad, que pesa 7 kg y se encuentra en el percentil 10, significa que si se compara con 100 lactantes normales de su misma edad y sexo, habría sólo 10 que pesarían menos, mientras que los otros 90 pesarían más que él, lo mismo vale para la talla. Si un niño está en percentil

75 de talla, significa que comparado con cien lactantes normales, 75 medirían menos y 25 más. Dicho de otra forma, si se ponen en fila cien lactantes normales según su talla, estaría en el puesto 75.

Todas las líneas de los percentiles corresponden a valores normales, pero dentro de los límites de la normalidad hay niños mas gordos y otros mas delgados, lo mismo que habrá niños altos y niños bajos. Los niños excesivamente altos o gordos, estarán por encima del percentil 97, mientras que los excesivamente bajos o delgados, estarán por debajo del percentil 3. Lo importante no es tener un percentil alto, sino crecer y engordar de forma más o menos regular, en torno a un mismo percentil.

TENDENCIAS GENERALES EN EL CRECIMIENTO FISICO DURANTE LA NIÑEZ

EDAD	PESO	ESTATURA
R.N. a 6 meses	Semanal 140 - 200gr. El peso del RN duplica	Mensual 2,5 cm
6 a 12 meses	Semanal 85 – 140gr. El peso del RN triplica	Mensual 1,25 cm. La longitud natal en 50% al año
1 a 3 años	Peso cuadriplica a 2 años y medio Anual de 2 a 3 kilos	A dos años casi 50% de estatura definitiva del adulto Anual 3 años 6,8 cm
3 a 5 años	Anual de 2 a 3 kilos	La longitud natal se duplica a los 4 años Anual de 6 - 8cm

PESO		TALLA
< 1 año de edad en meses x 0,5 + 4,5		RN 50 cm
1er Trim.	25 gr /dia 750 gr/mensual	
2do Trim.	20 gr /dia 600 gr/mensual	6 meses : 62 – 65 cm (2,5 x mes)
3er Trim.	15 gr /dia 450 gr/mensual	Más de 6 meses: (1,25 – 1,5)
4to Trim	10 gr /dia 300 gr/mensual	1 año: 75 cm
1 a 5 años : Edad en años x 2 + 8,5		2 a 14 años: Edad en años x 5 + 80 cm
6 a 12 años : Edad en años x 3 + 3		

Es importante el seguimiento del **incremento ponderal** en los niños menores de 36 meses, porque la desnutrición se manifiesta por pérdida y/o falta de progreso de peso, con peso inferior a lo normal y finalmente consumo de las propias reservas grasas y autofagia proteínica. Es una regla sin excepción que la desnutrición afecta principalmente al niño menor de 6 años por su rápido crecimiento, ya que tiene requerimientos nutritivos que son más elevados, específicos y difíciles de satisfacer. Por otra parte, ellos dependen de terceras personas para su alimentación.

Las infecciones causan la pérdida de apetito, la absorción deficiente de los alimentos y alteraciones del metabolismo y la conducta; lo que aumenta la necesidad de que el organismo ingiera elementos nutritivos, un factor que repercute en las pautas de alimentación de los niños de corta edad y en la manera en que se les da de comer.

Dado que los nutrientes tienden a agruparse en los individuos, es difícil aislar las contribuciones específicas de cada nutriente. La deficiencia de yodo y la anemia por deficiencia de hierro son más fáciles de estudiar que la deficiencia de otros micronutrientes. Existen investigaciones que demuestran que ambos micronutrientes están específicamente relacionados con el daño en el desarrollo. Las formas menos severas de deficiencia de hierro no parecen afectar la conducta. Este grado de certeza no es posible en estudios de deficiencia de proteína-energía porque los suplementos alimenticios las proveen así como otros nutrientes. Sin embargo, no hay evidencia que indique que las deficiencias de proteínas y energía no sean importantes. La mejor manera de asegurar el desarrollo cognitivo y conductual es satisfaciendo las necesidades de nutrientes con comidas naturales o fortificadas preparadas apropiadamente (Martorell 1996)

La nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida. "Cuando no hay suficiente comida, el cuerpo tiene que tomar una decisión sobre cómo invertir la cantidad limitada de sustancias alimenticias disponibles. Primero está la supervivencia, luego el crecimiento. En cuanto a la nutrición, el cuerpo parece que está obligado a clasificar el aprendizaje en último lugar. Es mejor ser estúpido y estar vivo a ser inteligente y estar muerto" (Sagan, Dryuyan.1994.).

Una buena nutrición y una buena salud están directamente relacionadas a través del tiempo de vida, pero la conexión es aún más vital durante la infancia. Más de la mitad de la mortalidad infantil en países de bajos ingresos puede atribuirse a una inadecuada o mala nutrición.

Una nutrición pobre durante la vida intrauterina y en los primeros años de vida lleva a efectos profundos y variados, incluyendo:

- Crecimiento físico y desarrollo motor retardados
- Efectos generales en el desarrollo cognitivo, resultando en un bajo coeficiente intelectual (inferior en 15 puntos o más en los severamente desnutridos)
- Un grado mayor de problemas conductuales y habilidades sociales deficientes en edad escolar (socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas)
- Atención disminuida, aprendizaje deficiente y logros educacionales más bajos (su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente)

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia, pueden ser devastadores y duraderos, pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo. Dado que el retraso en el crecimiento ocurre casi exclusivamente durante el periodo intrauterino y en los 2 primeros años de vida, es importante que las intervenciones de prevención de la atrofia, la anemia o la xeroftalmia ocurran en la edad temprana.

Existe fuerte evidencia que sugiere que cuanto más temprano empieza el niño a beneficiarse de programas de nutrición, mejor será su desarrollo conductual. Con respecto al crecimiento físico, los programas de nutrición pueden ser mas efectivos durante el embarazo y los primeros dos o tres años de vida. Sin embargo, en lo que se refiere al desarrollo conductual, los programas de

nutrición pueden presentar beneficios en las edades siguientes, aunque bastante reducidos.

Estudios longitudinales indican que los programas de nutrición dirigidos a niños en los primeros años de vida conllevan mejoras cuantificables en la adolescencia y adultez.

Hay evidencias que indican que se puede alcanzar mejoras sustanciales, inclusive en niños severamente desnutridos si, en la edad temprana, se toman las medidas apropiadas para satisfacer sus necesidades nutricionales y psicosociales. Cuanto más tiempo los retrasos del desarrollo permanecen sin corregirse, mayor es la posibilidad que los efectos sean permanentes. En los países en desarrollo, donde pocos niños llegan a experimentar una mejora en su situación, una vez que los efectos de la desnutrición se establecen en la infancia temprana, entonces es típico que se vuelvan permanentes. El potencial intelectual de dichos niños al momento de ingreso a la escuela ya está probablemente dañado.

TALLERES HOGAREÑOS Y EL PESO PARA LA EDAD

Según lo anteriormente analizado los Talleres Hogareños, diseñados para mejorar las prácticas de alimentación, de atención materno infantil y de higiene, permitirán lograr cambios de comportamiento que se evaluarán en las mejoras del estado nutricional, utilizando el índice Peso/Talla, dado que es un indicador del efecto de los TH en el uso de prácticas de alimentación adecuadas para mantener un buen estado nutricional y prevenir la desnutrición en los niños de seis a 36 meses.

TERMINOS BASICOS

Talleres Hogareños: Consiste en una serie de doce días de sesiones diseñadas con el objeto de mejorar los hábitos de alimentación y enseñar prácticas y conductas saludables. Junto a las personas encargadas de los niños, se preparan alimentos ricos en energía y densos en calorías con los que alimentan a los niños.

Alimento: Es toda sustancia o producto que en su estado natural o elaborado presenta características que lo hacen apto y agradable al consumo humano para satisfacer el hambre. Los alimentos aportan energía y nutrientes que el organismo humano necesita para realizar sus diferentes funciones y mantener su salud.

Alimentación: Consiste en la ingestión de una serie de sustancias que se toman del mundo exterior y que forman parte de la dieta. La alimentación es un acto voluntario y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida. La base de la alimentación son los hidratos de carbono, que deben proporcionar el 55% de calorías, seguido por las grasas que deben aportar el 15 % de calorías

Nutrición: Es la ciencia que se ocupa de los alimentos y sus relación con la salud. Es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía que permite el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento de la vida.

Peso: Es un Indicador global de la masa corporal, fácil de obtener y sensible a los cambios. Esta medida, sin lugar a dudas la más empleada, se obtiene en

los menores de dos años en decúbito y después de esta edad en la posición de pie.

Incremento de Peso: Cantidad de masa corporal en kilogramos, alcanzada al comparar la medición inicial con la medición final, considerando un intervalo de tiempo.

Conocimientos: Se refieren a las ideas, información o mensajes que posee o maneja un individuo, a través de diversos factores: la socialización, la experiencia y el acceso informativo, entre otros.

Prácticas: Son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestras vidas; son el resultado del contexto familiar y las costumbres. Es el nivel más complejo, porque implica conocer, tener voluntad y recursos para ejecutar el conocimiento.

Actitudes: Corresponden a la predisposición y los valores que tenemos las personas frente a una situación, problema o comportamiento.

Habito: Es una conducta adquirida o aprendida, es repetitiva y se mantiene por los efectos que produce en el entorno, por refuerzo.

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General:

Los Talleres Hogareños son efectivos en el incremento de peso de los niños de seis a 36 meses de la comunidad Sur Paylla del distrito de Umachiri, Provincia Melgar.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el distrito de Umachiri, ubicado en la parte nor este del Departamento de Puno en la zona agro ecológica altiplano o suni y posee una extensión de 323.56 km².



Sur Paylla es una de las 6

comunidades de este distrito, tiene 79 hogares, aproximadamente 332 habitantes, no cuenta con servicios de agua potable, ni electricidad y las casas son de adobe con techo de paja o calamina.

3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

3.2.1 Tipo de Investigación: El presente trabajo de investigación es de Tipo prospectivo, longitudinal y experimental.

Prospectivo: porque se registró la información según ocurrieron los cambios, en la población motivo de este estudio.

Longitudinal: porque se estudiaron las variables a lo largo de un periodo (tres meses).

Experimental: porque hay manipulación de la variable independiente, se trabaja con dos grupos, un experimental y un control, ambos grupos son equivalentes y se establecen de manera aleatoria. Se realizan dos mediciones una antes de la intervención y tres más después de la intervención, para medir el efecto.

3.2.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación experimental fue de dos grupos aleatorizados, con pre test y post- test:

M1 _____ O1 _____ X _____ O2 _____ O3 _____ O4 _____ R
 M2 _____ O1 _____ --- _____ O2 _____ O3 _____ O4 _____ R

Donde:

M1: Grupo de experimental

M2: Grupo control

X : Talleres hogareños

---: Educación sanitaria convencional del sector salud

O1: Peso inicial

O2: Peso a los 30 días

O3: Peso a los 60 días

O4: Peso a los 90 días

R : Aleatoriedad

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

3.3.1. Universo de estudio

El estudio se realizó en la comunidad quechua Sur Paylla e incluyó a todas las madres con niños entre las edades de 6 a 36 meses, que para el año 2007 suman 22 en total.

Niños 6 - 36 meses	TOTAL
Varones	10
Mujeres	12
TOTAL	22

Fuente: Establecimiento de salud Umachiri

Formaron parte del estudio el total de niños de la comunidad, los que fueron divididos en dos grupos de manera aleatoria, para conformar el grupo control y el grupo de intervención. Durante el proceso del estudio se retiraron dos niños, quedando solo 20 participantes en el estudio.

3.3.2 Unidad de Análisis y Observación

Se consideró como unidades de análisis a los niños menores de seis a 36 meses de la comunidad Sur Paylla que intervienen en el estudio.

3.3.3 Criterios de Inclusión: se establecieron los siguientes criterios:

Madres con niños de seis a 36 meses.

Madres con niños de seis a 36 meses, nacidos a término (edad gestacional de 39 semanas).

Madres con niños de seis a 36 meses, con peso al nacer mayor de 2500 gr.

Madres con niños de seis a 36 meses que vivan durante todo el año en la comunidad

Madres con niños de seis a 36 meses que hablen castellano

Madres con niños de seis a 36 meses con domicilio accesible

Madres con niños de seis a 36 meses que pueden ser analfabetas, con estudios de educación primaria, secundaria o superior

3.3.4 Criterios de Exclusión: No fueron consideradas en el estudio:

Madres con niños de seis a 36 meses, que no deseaban participar

Madres con niños de seis a 36 meses, con alguna enfermedad discapacitante.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó una balanza tipo reloj, que pesa hasta 25 kg. Y tiene graduaciones cada 100gr. Se realizó el control de calidad de los equipos antes de cada medición.

3.4.1 Técnica para pesar:

- a) La balanza se colgó en un lugar seguro y resistente.
- b) Se tensó el gancho inferior de la balanza hasta obtener el peso máximo y estar seguros que no va a caer el niño al momento de pesarse.
- c) El cuerpo de la balanza quedó a la altura de los ojos del antropometrista.
- d) Dependiendo de la edad del niño y su condición física, se usó cuneta o calzoneta.
- e) Con el tornillo calibrador se graduó en cero la balanza con la cuneta o la calzoneta.

- f) Al momento de subir al niño se aseguró que los tirantes pasen delante de los hombros y detrás de la cabeza, asimismo que los pies del niño no toquen el suelo.
- g) Se esperó a que el bebe se quede quieto y la aguja deje de moverse para registrar el peso en la ficha.

3.4.2 Instrumentos de recolección de datos: se elaboró una ficha para el registro mensual de los controles antropométricos de cada niño. Se consideraron datos como: Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, peso al nacer, peso y fecha de control antropométrico.

El peso de los niños fue registrado mensualmente en la ficha de recolección de datos que se encuentra en el Anexo 1.

3.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

- Se invitó a las madres para conformar los grupos de capacitación, durante las consultas para el control de crecimiento y desarrollo, la entrega de Papillas y a través de visitas domiciliarias.
- Se hizo firmar un consentimiento informado a cada madre, previo a su participación en la investigación (Anexo 2).
- De manera aleatoria cada madre fue asignada a un grupo de capacitación.
- Se realizó la evaluación del peso de acuerdo a edad a cada niño.
- Se socializaron los resultados de la evaluación de peso con las madres participantes
- Se administró una dosis de antiparasitario a cada niño participante.

- Se fijaron los objetivos de los talleres hogareños con las madres participantes.
- Se realizó un diagnóstico de necesidades de capacitación: Prácticas alimentarias, prácticas de atención, de higiene y de atención de salud.
- El grupo fue capacitado usando la metodología de Talleres hogareños.

PRIMER MOMENTO: Planificación

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Calendarización de sesiones de TH (Fecha, Hora y lugar),** se llevó a cabo por un periodo de doce días (seis días por semana, excepto los domingos), en uno de los hogares de las familias participantes o en el de la voluntaria, a partir de las 9.00am. Cuando el clima lo permitió, las sesiones se realizaron al aire libre.
- b) Planificación de menús:** En cada sesión las participantes prepararon alimentos ricos en energía y densos en calorías, con alimentos proporcionados por ellas mismas. Se proporcionó azúcar, aceite y cuatro latas de conservas de pescado, de parte del investigador. Mientras los preparaban, los niños recibieron una merienda nutritiva no muy pesada. Se utilizaron ingredientes de la localidad, de acuerdo con la temporada y de bajo costo, asegurando que todos los grupos alimenticios estén presentes.
- c) Planificación y diseño de mensajes Clave** Se eligieron 6 mensajes clave, estableciéndose el orden en que serían transmitidos, repitiéndose la segunda semana, con un método diferente de presentación cada día. Se consideraron los siguientes temas: desnutrición, lactancia materna,

ablactancia, alimentación del niño sano y del niño enfermo, higiene y sanidad en la familia.

- d) **Participantes**, el número de participantes por grupo fue de 10 niños por grupo.
- e) **Duración**: La sesión se dividió en una hora y media de preparación y cocimiento de los alimentos, media hora para alimentar a los menores y media hora para limpiar y dar charlas sobre temas de salud. Cada día se rotaron las tareas entre las participantes.

Cada sesión tuvo los siguientes componentes:

- Montaje de las estaciones de cocina, alimentación y lavado de manos
- Lavado de manos
- Preparación de los alimentos
- Alimentación activa

Integración de mensajes y prácticas sobre educación en salud y nutrición:

- Cada sesión se inicio repasando lo aprendido en la sesión anterior
- Las sesiones teóricas fueron cortas y sencillas.
- Al final de las sesiones se solicitaba a las participantes que repitieran o explicaran lo aprendido ese día.
- Se dio un tiempo adicional para preguntas o discusión

Recursos: Materiales: Utensilios de cocina (tazas, tazones, cucharas, etc.), material de higiene (jabón toalla), alimentos disponibles en el hogar.

La Convocatoria: las participantes se captaron en el consultorio de de Niño Sano del establecimiento. Las siguientes reuniones se programaron con ellas al final de cada sesión.

SEGUNDO MOMENTO: Ejecución

Se procuro un ambiente de aprendizaje guiado y de apoyo en donde las participantes sientan que su participación es importante.



a. Se reunieron los materiales y se organizó

el ambiente. Algunas participantes trajeron algunas tazas, tazones, cucharas y otros utensilios de cocina.

Se estableció el área para limpiar, cortar y preparar los alimentos, se organizó la estación para el lavado de manos, colocando el jabón y una toalla limpia, y a una distancia prudencial de la cocina. En el patio se colocó una manta o cuero para que los niños se sienten y jueguen.

b. Se recibió a cada participante, se reunieron los alimentos y se les indicó donde se podían sentar.

c. Se les dió la bienvenida a todas, se revisaron las metas de los Talleres Hogareños así como la agenda del día, y se respondieron todas las preguntas y problemas de los participantes.

d. Se les indicó donde pueden lavarse las manos y las manos de sus hijos, previa demostración de la técnica para el lavado de las manos (frotándolas con jabón por lo menos tres veces). Al mismo tiempo, se verificó si alguno de los niños estaba enfermo, para referirlo al puesto de salud.

e. Luego se distribuyó una merienda a los menores (explicando como la merienda aumenta la ingestión calórica, estimula el apetito y le da a las encargadas el tiempo necesario para cocinar la comida principal).

f. Se expuso el tema de salud para ese día.

g. Luego se dividió a las participantes en equipos i) de preparación de alimentos, ii) atención de los niños y iii) limpieza del lugar. Involucrando siempre a todas las participantes en las actividades: "aprender haciendo"

h. Se orientó la preparación de los alimentos, mientras una de las participantes jugaba con los niños.

i. Antes de comer se repitieron las prácticas del lavado de manos tanto de las madres, como la de los niños.

j. Se distribuyeron los alimentos y se supervisó a las encargadas y a los menores durante la alimentación, (aprovechando la oportunidad para dar algunas recomendaciones.

k. Se realizó la limpieza del lugar.

l. Finalmente, se planificó el menú del día siguiente, así como la contribución de alimentos de las madres participantes.

Se procuró interactuar con todas las madres o personas encargadas de los menores, no solo con las que estaban participando activamente.

TERCER MOMENTO: Monitoreo

Durante las siguientes dos semanas se visitaron los hogares para verificar que estén practicando las nuevas conductas.

Se midió el peso al inicio de los talleres, luego al finalizar el primer, segundo y tercer mes.

Se registró el peso de los niños en la ficha de seguimiento correspondiente.3.6

3.6 TRATAMIENTO ESTADISTICO

Se utilizó la prueba estadística Z para dos muestras:

$$Z = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

X1 y X2 : medidas de las muestras

O1 y O2 : varianzas de las poblaciones

n1y n2 : tamaños de las muestras

Hipótesis Nula

H0: $\mu_1 - \mu_2 = 0$ No hay diferencia entre las medias (quiere decir que el peso de los niños durante el experimento no ha cambiado, o sea es igual al del grupo control)

Hipótesis alterna

H1: $\mu_1 - \mu_2 > 0$ Hay diferencia entre las medias (Esto quiere decir que el grupo Experimental presenta un mayor incremento de peso)

Nivel de significancia: α 0.05

Criterio: Se rechaza H0 si $Z > Z$ crítico, es decir si $Z > 1.6449$

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 1

PESO INDIVIDUAL Y PROMEDIO DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL, ANTES DE LA INTERVENCIÓN, COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007

No.	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Edad Años	Peso Inicial Kg.	Edad Años	Peso Inicial Kg.
1	2,5	12,8	2,4	9
2	2,5	12,4	2,1	10,5
3	2,4	11,3	2,1	11,6
4	2	10,3	1,2	11,1
5	0,8	8,3	1,5	10,2
6	0,5	6,6	0,6	8,3
7	2,2	10,9	1,6	10,4
8	2,5	14,5	1,4	10
9	0,9	8,9	0,5	8
10	0,6	8	1	8,5
PROMEDIO		10,4		9,76

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 1

PESO INDIVIDUAL Y PROMEDIO DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL GRUPO EXPERIMENTAL, ANTES DE LA INTERVENCIÓN, COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007

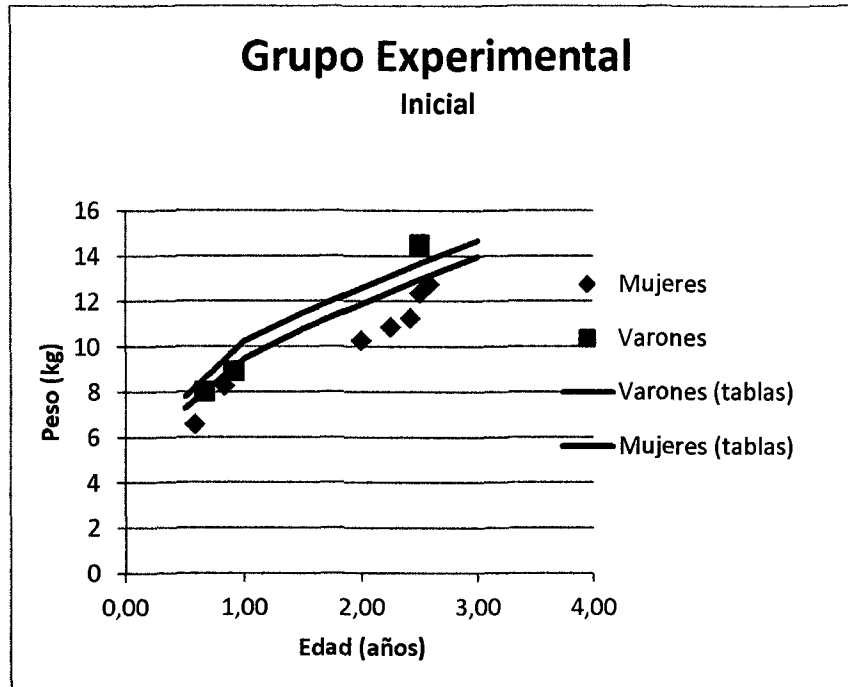
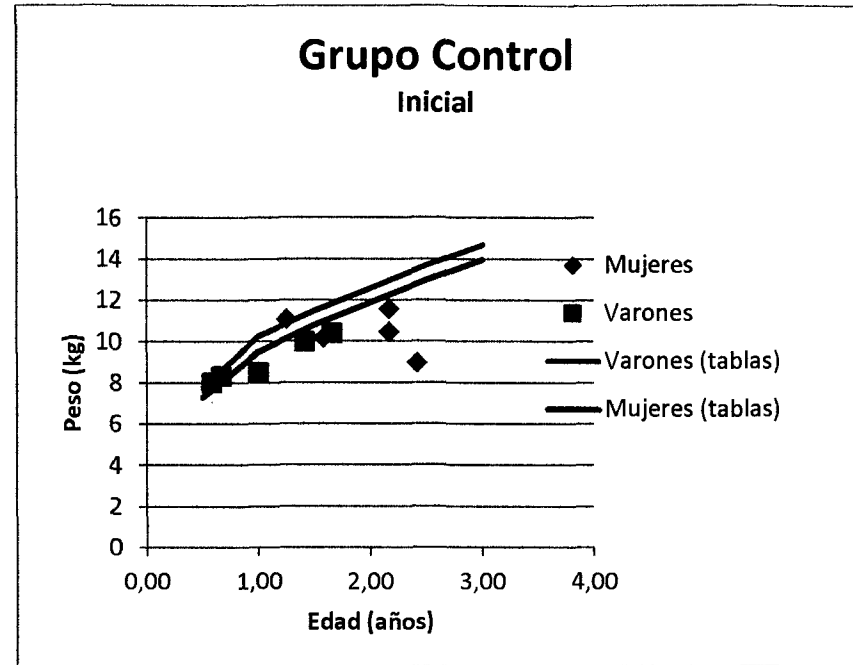


GRAFICO 2:

PESO INDIVIDUAL Y PROMEDIO DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL GRUPO CONTROL, ANTES DE LA INTERVENCIÓN, COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007



Hipótesis para el GE

H0: No hay diferencia entre el GE y las tablas del Ministerio de Salud

H1: Hay diferencia entre GE y las tablas del Ministerio de Salud

Significancia: 0,05

Criterio: Se rechaza H0 si $Z > 1,6449$ (tabla)

Decisión: Como $1,5733 < 1,6449$ entonces no hay diferencia entre el GE y las tablas del Ministerio de Salud.

Hipótesis para el GC

H0: No hay diferencia entre el GC y las tablas del Ministerio de Salud

H1: Hay diferencia entre GC y las tablas del Ministerio de Salud

Significancia:

Criterio: Se rechaza H0 si $Z > 1,6449$ (tabla)

Decisión: Como $1,5566 < 1,6449$ entonces no hay diferencia entre el GC y las tablas del Ministerio de Salud.

El cuadro N° 1 muestra los pesos individuales y promedio de los niños de 6 a 36 meses de los grupos experimental y control, antes de la intervención. Según los datos obtenidos, se aprecia que el peso promedio del grupo experimental es 10,4 Kg. Y el peso promedio del grupo control es de 9,76 Kg.

En la comparación de cada grupo con las tablas del Ministerio de Salud, no se encuentra diferencia entre la distribución de los pesos de los grupos control y experimental, por lo que podemos concluir que no hay diferencia del peso entre grupos, antes de la intervención; es decir, los grupos son equivalentes.

CUADRO 2

INCREMENTO DE PESO INDIVIDUAL Y PROMEDIO DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES, A LOS 30, 60 Y 90 DÍAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, EN EL GRUPO EXPERIMENTAL; COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007

No	Peso inicial	Pesos			Incremento			Incremento Total	Incremento promedio/mes
		30 días	60 días	90 días	30 días	60 días	90 días		
1	12,8	13,2	13,6	13,8	0,4	0,4	0,2	1	0,25
2	12,4	13	13,2	13,6	0,6	0,2	0,4	1,2	0,3
3	11,3	11,5	11,9	12,1	0,2	0,4	0,2	0,8	0,2
4	10,3	10,8	10,9	11,5	0,5	0,1	0,6	1,2	0,3
5	8,3	9	9,4	9,5	0,7	0,4	0,1	1,2	0,3
6	6,6	7,1	7,4	7,8	0,5	0,3	0,4	1,2	0,3
7	10,9	11,3	11	11,5	0,4	-0,3	0,5	0,6	0,15
8	14,5	15,1	15,4	15,7	0,6	0,3	0,3	1,2	0,3
9	8,9	9,2	9,4	9,7	0,3	0,2	0,3	0,8	0,2
10	8	8,3	8,5	8,8	0,3	0,2	0,3	0,8	0,2
INCREMENTO PROMEDIO TOTAL									0,25

Fuente: Elaboración propia

CUADRO 3

INCREMENTO DE PESO INDIVIDUAL Y PROMEDIO DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES, A LOS 30, 60 Y 90 DÍAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, EN EL GRUPO CONTROL; COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007

No	Peso inicial	Pesos			Incremento			Incremento Total	Incremento promedio/mes
		30 días	60 días	90 días	30 días	60 días	90 días		
1	9	9.2	9.2	9.3	0.2	0	0.1	0.3	0.08
2	10.5	11	11.3	11.6	0.5	0.3	0.3	1.1	0.28
3	11.6	11.8	12	12.3	0.2	0.2	0.3	0.7	0.18
4	11.1	11.4	11.5	11.6	0.25	0.15	0.1	0.5	0.13
5	10.2	10.5	10.6	10.6	0.3	0.1	0	0.4	0.1
6	8.3	8.4	8.3	8.3	0.1	-0.1	0	0	0.0
7	10.4	10.8	10.8	10.8	0.4	0	0	0.4	0.1
8	10	10.3	10.4	10.5	0.3	0.1	0.1	0.5	0.13
9	8	8.3	8.5	8.7	0.3	0.2	0.2	0.7	0.18
10	8.5	8.3	8.5	8.8	-0.2	0.2	0.3	0.3	0.08
INCREMENTO PROMEDIO TOTAL									0.123

Fuente: Elaboración propia

Las tablas muestran que los niños del Grupo experimental tuvieron un mayor incremento de peso individual que los niños del grupo control. En los primeros el incremento del peso individual fue de 0,6 a 1,2 Kg. En cambio, en los segundos, los incrementos oscilaron entre 0 y 1,1 Kg. durante el periodo de seguimiento que fue de 90 días.

En cuanto al incremento del peso promedio por mes en el grupo experimental, los incrementos oscilaron entre 0,15 y 0,3Kg, y en el grupo control entre 0 y 0,28 Kg. Por tanto el incremento del peso promedio por mes, es mayor en el grupo experimental que en el grupo control, con incrementos promedio de 0,25 Kg. y 0,123 Kg. Respectivamente; es decir, el incremento de peso individual en el grupo experimental, fue más del doble con respecto al grupo control, después de la intervención.

El niño del grupo experimental que tuvo un menor incremento de peso promedio (150 gr) presentó un episodio de infección respiratoria aguda que se complicó con diarrea, generando una pérdida de peso registrada en el segundo control.

Los resultados muestran la efectividad de esta estrategia, que enfatiza la práctica en la capacitación a las madres. Como menciona Doris Rejes (2005), en su estudio experimental y analítico sobre el **efecto de las técnicas educativas en Alimentación y Nutrición infantil en las madres del programa PACFO de la ciudad de Puno**” las técnicas participativas, motiva y entretiene a los participantes con el papel de actores, logrando mayor asimilación de conocimientos.

GRAFICO 3

INCREMENTO DE PESO INDIVIDUAL Y PROMEDIO DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES, A LOS 30, 60 Y 90 DÍAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, EN EL GRUPO EXPERIMENTAL; COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007

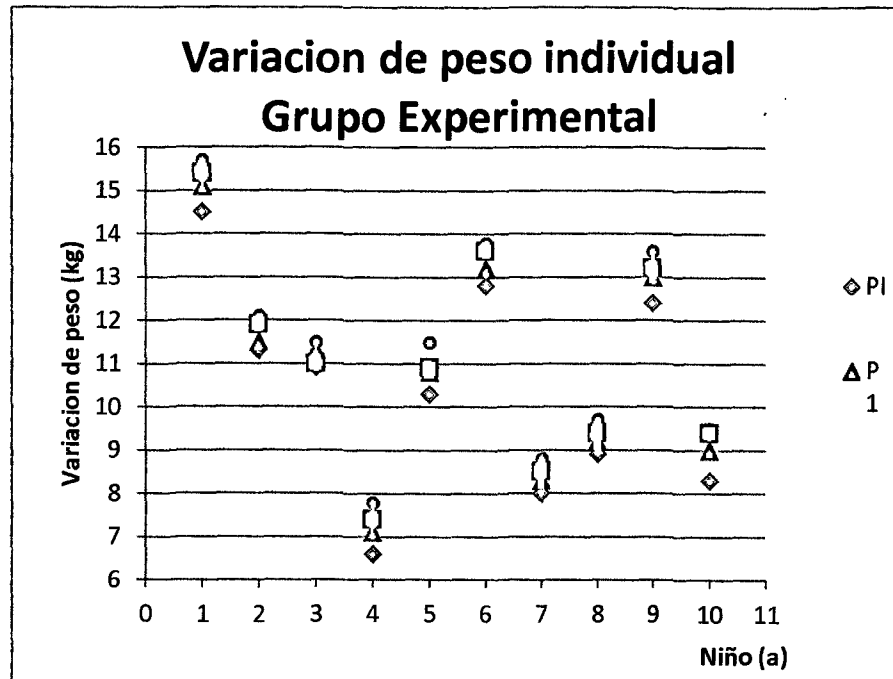
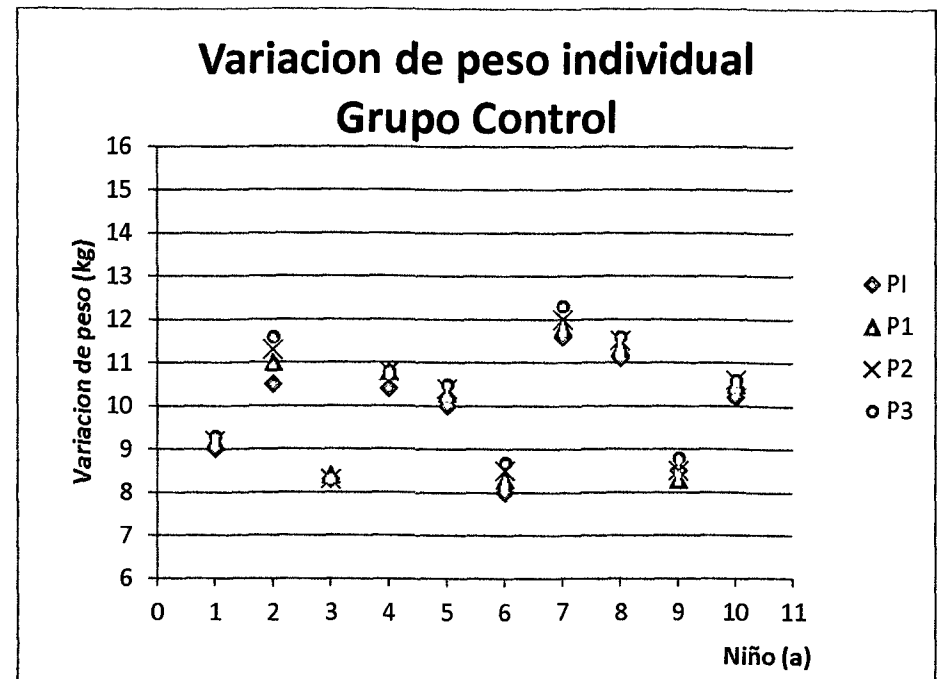


GRAFICO 4

INCREMENTO DE PESO INDIVIDUAL Y PROMEDIO DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES, A LOS 30, 60 Y 90 DÍAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, EN EL GRUPO CONTROL; COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007



CUADRO 4

DIFERENCIAS DEL INCREMENTO DE PESO PROMEDIO EN LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES Y LOS DE 13 A 36 MESES, DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL A LOS 30, 60 Y 90 DIAS DESPUES DE LA INTERVENCION; COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007

Grupos De Edad	Grupo Experimental						Grupo Control					
	No	incremento			Increment Total	Increment Promedio/ mes	No	Incremento			Increment Total	Increment Promedio/ mes
		30 días	60 días	90 días				30 días	60 días	90 días		
6-12 Meses	1	0,5	0,3	0,4	1,2	0,4	1	0,3	0,2	0,2	0,7	0,23
	2	0,3	0,2	0,3	0,8	0,27	2	0,1	-0,1	0	0	0,00
	3	0,7	0,4	0,1	1,2	0,4	3	-0,2	0,2	0,3	0,3	0,10
	4	0,3	0,2	0,3	0,8	0,27						
		0,45	0,275	0,275	4	0,33		0,07	0,1	0,17	1	0,11
13-36 Meses	1	0,5	0,1	0,6	1,2	0,4	1	0,25	0,15	0,1	0,5	0,17
	2	0,4	-0,3	0,5	0,6	0,2	2	0,3	0,1	0,1	0,5	0,17
	3	0,2	0,4	0,2	0,8	0,27	3	0,3	0,1	0	0,4	0,13
	4	0,6	0,3	0,3	1,2	0,4	4	0,4	0	0	0,4	0,13
	5	0,6	0,2	0,4	1,2	0,4	5	0,5	0,3	0,3	1,1	0,37
	6	0,4	0,4	0,2	1	0,33	6	0,2	0,2	0,3	0,7	0,23
							7	0,2	0	0,1	0,3	0,10
		0,45	0,18	0,37	6	0,33		0,31	0,12	0,13	3,9	0,19

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 5

INCREMENTO DE PESO EN LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES,
DEL GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL A LOS 30, 60 Y
90 DIAS; COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007

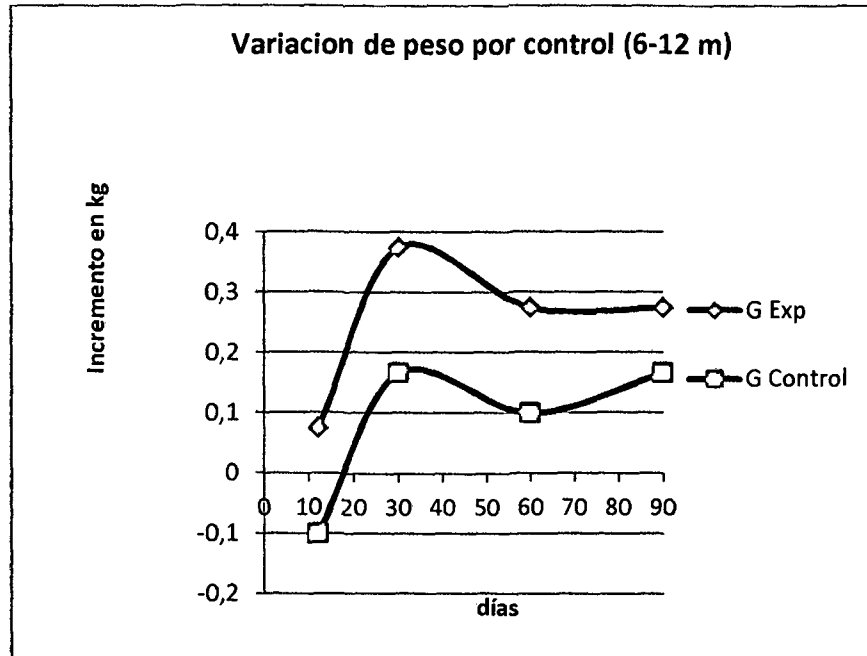
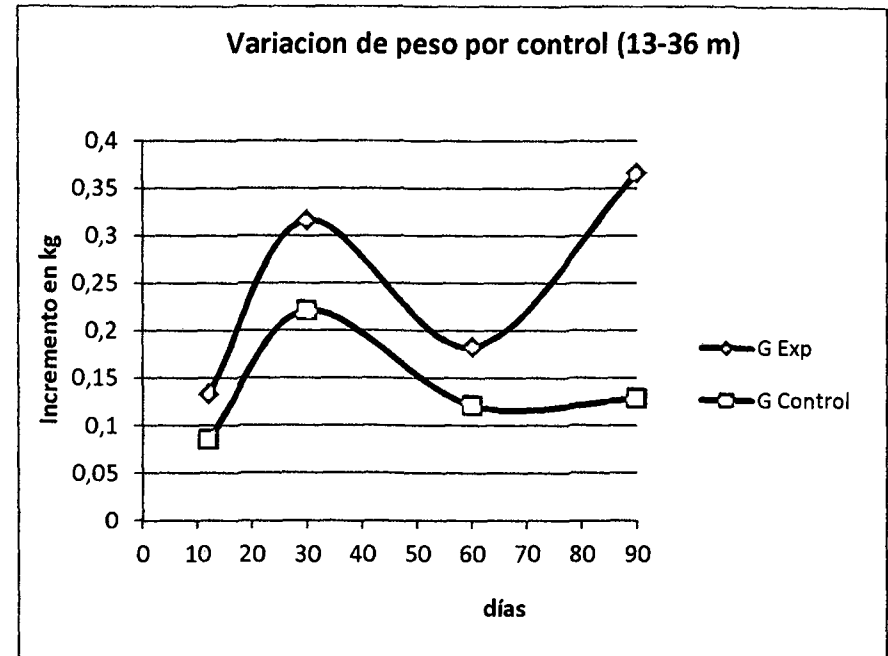


GRAFICO 6

INCREMENTO DE PESO EN LOS NIÑOS DE 13 A 36 MESES,
DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL A LOS 30, 60 Y
90 DÍAS; COMUNIDAD SUR PAYLLA, UMACHIRI - 2007



En el grupo experimental de niños de seis a 12 meses, se observa que el mayor incremento de peso fue en el primer control (30 días), con un incremento de 0.450Kg en promedio. Este incremento estaría relacionado a la participación activa de las madres en los Talleres hogareños durante este periodo. Los siguientes controles, muestran los resultados de la alimentación puesta en práctica con los niños luego de lo aprendido. No se presentaron episodios de enfermedad en estos niños durante el periodo de estudio.

En cambio, en el grupo experimental de este grupo etario, el incremento de peso fue mínimo, de solo 0.07 Kg en promedio. Esta diferencia en los resultados estaría determinada porque a esta edad, la alimentación depende directamente de la madre y al parecer la falta de capacitación en las madres de este grupo habría determinado estos resultados. Como dice Carmuega y O'Donnell (1998), "la selección y preparación de los alimentos que consumen los niños, depende íntimamente de las decisiones de los padres y cuidadores,.... El resultado de esta decisión depende de sus valores, creencias y actitudes, así como de la información que sobre el tema poseen. Siendo la madre quien en última instancia, decide el tipo de alimentación que recibirá su bebé".

El cuanto al grupo experimental y control de los niños de 13 a 36 meses, se observa el mayor incremento de peso en el primer control, seguido de una disminución en el control de los 60 días, esto se explica, porque el segundo control se realizo en el mes de Julio, y el cambio de estación habría influido de manera definitiva en la salud de los niños y por ende en su alimentación e incremento de peso.

En el grupo experimental se presentaron dos casos de Infecciones Respiratorias Agudas, dos de diarrea y una caída, mientras que en el grupo control dos casos de Infecciones Respiratorias Agudas. Pese a ello, se aprecia que en el grupo experimental el incremento de peso de los niños entre los 13 a 36 meses, es mayor 0,33 Kg en promedio; mientras que en el grupo control, el incremento fue de 0.19 Kg. Se considera que la recuperación en el grupo experimental fue más rápida, porque durante los TH las madres no solo prepararon alimentos para sus niños, sino que también recibieron orientación en alimentación durante y después de la enfermedad.

Los niños del grupo experimental de 6 a 12 meses y de 13 a 36 meses tuvieron un incremento de peso igual, cada grupo incremento 0.33 Kg. Según la teoría revisada la velocidad de crecimiento en los niños de 6 a 12 meses es mayor, por tanto ellos tienen un mayor requerimiento calórico, debiendo incrementar de peso aproximadamente 400gr por mes. En cambio el incremento de peso en el grupo de 13 a 36 meses, debió ser de aproximadamente 200 gr por mes, pese a ello se puede decir que los grupos mantuvieron un buen incremento de peso, superior al del grupo experimental, que solo alcanzo 0.11 kg en los niños de 6 a 12 meses y 0.19 Kg en los niños de 13 a 36 meses.

Debido a que los cambios de conducta son un proceso lento, la mayor parte de profesionales en salud pública concuerda en que las soluciones que se extraen de la comunidad misma, resultan más sostenibles que las que las traídas de afuera, en los TH se incursiona en el conocimiento local, las participantes reconocen el valor nutritivo de los alimentos de la zona, que son proporcionados por ellas mismas y los preparan de distintas formas cada vez.

EFFECTIVIDAD DE LOS TALLERES HOGAREÑOS EN EL INCREMENTO DE PESO EN LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES, COMUNIDAD DE SUR PAYLLA, DISTRITO DE UMACHIRI, PROVINCIA MELGAR – PUNO 2007

Comparando las diferencias de peso entre el control de peso 3 (P3) y el control de peso Peso 1 (P1), es decir el aumento total de peso de los niños desde un inicio hasta el final del experimento, se tiene:

Hipótesis Nula

H0: $\mu_1 - \mu_2 = 0$ No hay diferencia entre las medias (quiere decir que el peso de los niños durante el experimento no ha cambiado, es igual al del grupo control)

Hipótesis alterna

H1: $\mu_1 - \mu_2 > 0$ Hay diferencia entre las medias (Esto quiere decir que el grupo Experimental presenta un mayor incremento de peso)

Nivel de significancia: α 0.05

Criterio: Se rechaza H0 si $Z > Z$ crítico, es decir si $Z > 1.6449$

$$Z = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

Prueba z para medias de dos muestras

	Media	Varianza	Observaciones
Grupo Experimental	1	0.053333	10
Grupo Control	0.49	0.087667	10

	<i>Grupo experimental</i>	<i>Grupo Control</i>
Media	1	0.49
Varianza (conocida)	0.053333	0.087667
Observaciones	10	10
Diferencia hipotética de las medias	0.065	
Z	3.747576	
P(Z<=z) una cola	8.93E-05	
Valor crítico de z (una cola)	1.644854	
Valor crítico de z (dos colas)	0.000179	
Valor crítico de z (dos colas)	1.959964	

Decisión: Puesto que $3.7476 > 1.6449$, se concluye con un 95% de confianza, que el Grupo experimental presenta un mayor aumento de peso. Es decir, los talleres hogareños realizados en la Comunidad Sur Paylla del distrito Umachiri; provincia de Melgar, han sido efectivos.

Según el **Modelo de Creencia de Salud**, el comportamiento parte de la premisa que los pensamientos y sentimientos de una persona controlan sus actos. Los resultados observados muestran que el cambio de conducta se produjo, por los mensajes que se impartieron durante las sesiones, para concientizar a las madres sobre los riesgos de la falta de incremento o disminución de peso que puede conducir a sus hijos a la desnutrición. La asimilación de estos conocimientos, originaron sentimientos que dieron lugar al

cambio de conducta. Para este cambio de comportamiento, también fue importante la verificación de las madres de la eficacia de los resultados de los talleres hogareños que enfatizaron la combinación de alimentos, cantidad, frecuencia, que fueron efectivos en el incremento de peso de sus hijos. Además el modelo señala que las conductas saludables pueden tener beneficios claros y que los beneficios pueden ser mayores a las barreras, situación que es apreciada por la madre en cada control de peso.

Los resultados nos demuestran que se han logrado cambios en la conducta de la madre, es decir se ha logrado el aprendizaje de buenas prácticas en la alimentación de sus hijos.

También a través de esta investigación se ha podido corroborar la teoría del Aprendizaje Significativo, que es el proceso por el cual un individuo elabora e internaliza conocimientos, habilidades, destrezas, etc. en base a experiencias anteriores relacionadas con sus propios intereses y necesidades. Entonces no solo se trata de saber la cantidad de información que posee, sino cuales son los conceptos y proposiciones que la persona maneja, por ello al inicio de los talleres se realizó el diagnóstico de necesidades de capacitación y la elaboración de objetivos con las participantes, apreciándose su percepción del problema. Esto permitió la elaboración de mensajes para la internalización del problema. Así mismo, al enfatizar la práctica en los talleres hogareños, las madres traen su experiencia y conocimientos previos, tanto para la preparación de los alimentos, como para la propia práctica de alimentación activa; y debido al temor de que sus niños puedan bajar de peso, ponen en práctica todos sus saberes previos, para lograr una buena preparación.

En este estudio también se ha considerado la teoría de Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, quien sostiene que “los cuidados culturales de Enfermería son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios”. Los talleres se realizaron en el domicilio de las participantes, adecuándose al ambiente destinado a cocinar, al uso de los utensilios existentes y utilizando los productos de la zona. Es decir se demostró que es posible preparar alimentos balanceados con sus propios recursos y que pueden lograr que sus niños crezcan sanos y saludables.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los talleres hogareños planificados, ejecutados y monitorizados en doce sesiones de aprendizaje a las madres sobre preparación de alimentos (ricos en energía y densos en calorías), la alimentación activa a los menores y la educación sanitaria y nutricional (mediante charlas, demostración, participación activa, trabajo en equipo y con recursos de las familias participantes) son efectivos en el incremento del peso de niños de 6 a 36 meses, sometidos al experimento, en la comunidad de Sur Paylla, del distrito de Umachiri.

SEGUNDA: Los pesos inicial individual y promedio de los niños de los grupos experimental y control son iguales antes de la intervención, la distribución de los pesos no muestran diferencia significativa, por lo que los grupos pueden ser comparados.

TERCERA: El incremento de peso individual promedio de los niños del grupo experimental, a los 30, 60 y 90 días después de la intervención, mostró que los talleres hogareños lograron un incremento de 0.6 kg hasta 1.2kg. Mientras que en el grupo control se observó un incremento de peso, de 0.0 hasta de 1.1kg. Es decir, que el incremento de peso logrado por el grupo experimental fue más del doble con relación al grupo control.

CUARTA: Existen diferencias en el incremento promedio de peso entre los niños de 6 a 12 meses de los grupos experimental con los del grupo control, los niños del grupo experimental incrementaron 0.33 Kg en promedio, por mes, mientras que los del grupo control 0.11 kg. Los niños del grupo experimental de 13 a 36 meses incrementaron 0.33Kg en promedio y los del grupo control 0.19 Kg. La influencia de los talleres hogareños en el cambio de hábitos de las madres se evidencia en el incremento de peso de los niños del grupo experimental, en cada control de peso. Desde el primer control de peso en los niños del grupo experimental tuvieron un buen incremento de peso que se mantuvo a los largo de los controles.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: A los jefes de los Establecimientos de Salud, realizar alianzas con los responsables de los programas sociales tipo “anzuelo” que entregan alimentos o fondos económicos, como el programa JUNTOS, para que sus beneficiarios puedan incorporar los Talleres Hogareños, como estrategia para evitar la desnutrición.

SEGUNDA: A las enfermeras y personal de salud que laboran en el consultorio de Niño Sano, identificar los productos locales de mayor contenido calórico y proteico, accesibles a las familias, y capaciten sobre su utilización en preparaciones novedosas, combinándolos adecuadamente y en cantidades suficientes y así el conocimiento adquirido sea fácilmente puesto en práctica.

TERCERA: A las enfermeras que trabajan en Establecimientos de Salud periféricos, continúen realizando estudios, poniendo a prueba estrategias de aprendizaje que se ajusten a las características socio culturales de la población en riesgo. De tal forma que se diversifiquen o combinen para lograr cambios de conducta que promuevan hábitos saludables.

CUARTA: A los docentes de las instituciones formadoras de enfermeras, consideren esta estrategia como una alternativa y diversifiquen las estrategias convencionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. ADRA – Perú (2003) *Estrategias Comunitarias para mejorar la Nutrición Infantil en el Perú*. Lima - Perú
2. ALFORJA (1992) *Programa coordinado de educación popular*. Editorial TAREA. 5ta Edición. Lima Perú.
3. ARDILA, Rubén (1990) *Psicología del aprendizaje*. 21va edición. México.
4. BANCO MUNDIAL (2005) *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004*. Consulta: 19 de Mayo del 2008.
<http://www.bancomundial.org/>
5. CANAZA, Robert (1998) *Impacto de la capacitación a madres en aspectos básicos de la alimentación infantil en el estado nutricional de niños menores de 5 años del distrito de Cajay, Huarí – Huaraz*. Tesis de Nutrición Humana UNA Puno. pg 51
6. CARE PERU (1999) *Programa de Seguridad Alimentaria Sostenible* Proposal to USAID Lima, Perú.
7. CARE PERU (2004) *Informe Anual Lima - Peru*.
8. CARE PERU (2002) *Gestión de programas de Capacitación Serie: manual del Facilitador en salud, Modulo 1 Lima - Perú*. pg 21-33.
9. CARMUEGA E. y O'Donnell A. (1998). *La calidad de la dieta en los primeros años de vida. En: Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina*. Argentina: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil CESNI p. 157-194.

10. CARMUEGA E., O'Donnell A. (1998) *La alimentación complementaria: Bases científicas para el consejo alimentario durante los trascendentes primeros dos años de la vida*". Bol. CESNI vol. 7. nov.1998.
11. CASTILLO, Juan (2008) "El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia" Rev La Habana Vol VII No. 3 jul-sept, 2008.
12. COHEN, Ernesto y Rolando FRANCO (1993) *Evaluación de Proyectos Sociales* España Editores 2da Edición México. p 72-78
13. CORE, "Una guía de recursos para la rehabilitación sostenible de Niñas(os) desnutridas (os)" USAID. Washington, DC. 2003
14. DIRECCION GENERAL DE PROMOCION DE LA SALUD (2005) *Orientaciones Técnicas, para la promoción de Alimentación y Nutrición Saludable* 1era edición. Lima. p 9 – 38
15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (2002) *Encuesta demográfica y salud familiar, ENDES 2000*. Lima, Perú.
16. PERU, ESTRATEGIA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA 2004 - 2015 (2004). Documento N° 6, Lima – Perú.
17. FAO (1996), Alimentos para Todos. Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Roma.
18. FAO (24-25 de enero de 2005) "Informe del Taller sobre la Mejora de la Medición y Evaluación de la privación de alimentos y la subnutrición" Roma.
19. PERU, FORO DEL ACUERDO NACIONAL. Lima Perú 2002

20. PERU, Gobierno Regional Puno (2006) "*Problemática de la seguridad Alimentaria y Nutricional de la región Puno*" –Perú.
21. GUTIERREZ, Víctor (1990) *Dinámica de grupos*. Escuela de Educación Superior a Distancia – EESD. Editorial "San Marcos" Lima – Perú.
22. HERNÁNDEZ, Roberto; Carlos FERNÁNDEZ; Pilar BAPTISTA (1996) "*Metodología de la investigación*" Mc Graw Hill, 3ra Edición. Colombia.
23. SANCHEZ, Avelino (1999) *Técnicas participativas o dinámicas de grupo para educar en derechos humanos y en democracia. Marco conceptual y metodológico*. INSTITUTO PERUANO DE EDUCACION EN DERECHOS HUMANO Y LA PAZ Lima.
24. LUQUE Aydee y M. Hedy "*Influencia de la educación a la madre sobre alimentación y estimulación temprana en el estado nutricional y desarrollo del menor de 3 años de edad*" Tesis de la Facultad de enfermería, UNA Puno 1986.
25. Monografias.com *Teoría del Aprendizaje Significativo de David Ausbel*.
Consulta: 20 de agosto del 2009.
<http://www.monografias.com/trabajos6/apsi/apsi.shtml>
26. Ministerio de Salud - MINSa. Programa de Capacitación Materno Infantil Consorcio ESAN (2000) *Manual de Capacitación de Capacitadores para el trabajo comunitario de proveedores de salud*. Imp Tarea Grafica Educativa. Lima 2000.
27. OPS (1994) MANUAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO segunda Edición OPS, No 33

28. MARCHENA, Yalile, SEDO, Patricia (2001) Rev. Costarrica. salud pública v.10n.18-19 San José jul.
29. PERU, MINISTERIO DE EDUCACION *Plan nacional de capacitación docente PLANCAD- MECEP – PRIMARIA: Metodología activa*. UNA – Puno 1999. Documento de trabajo No 03
30. MORAN A., IZARRA C., GUTIERREZ E., (2001) “Sistematización de Experiencias de la Red Nacional de Caritas” Lima Perú, 1ra Edición pg 1-147.
31. PERU, MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE UMACHIRI (2000) “*Plan estratégico de desarrollo Umachiri al 2010*”.
32. PERU, PLAN NACIONAL PARA LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA 2004-2006. Documento N° 5, Lima, 2004.
33. PNUD- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, New York USA (2002) “*Manual de seguimiento y evaluación de resultados*” Oficina de Evaluación.
34. PERU, POLITICA NACIONAL PARA LA REDUCCION DE LA MALNUTRICION CRONICA EN EL PERU, 2001
35. QUISPE, Elvia (1997) “*Conocimiento de madres en alimentación y su relación con el estado nutricional de niños menores de seis años de edad, centros materno infantiles urbanos*”. Tesis Nutrición Humana UNA Puno.
36. REJES, Doris (2005) “*Efecto de las técnicas educativas en Alimentación y Nutrición Infantil en las madres del programa PACFO de la ciudad de Puno*”. Marzo – Agosto 2002.

37. RIORDAN, J; y Otros, Lima (2002) "El Ataque a la pobreza, un enfoque de mercado" USAID/ UNIVERSIDAD DEL PACIFICO/IDRC-CIID
38. ROGERS B. L, RAJABIUN S, LEVINSON J. y TUCKER K. 2001. "Reducción de la desnutrición Crónica en el Perú: Propuesta para una Estrategia Nacional". USAID, TUFTS. Lima.
39. SANTIAGO HERRERO, Martín (2005), "Pobreza y Desarrollo en el Perú- Informe anual 2004-2005" 1era edición, OXFAM-GB p.129,130. Lima
40. SFEIR, RICARDO (2000) "Desnutrición en niños menores de 5 años" Revista del Instituto Médico "Sucre" Año LXIV Enero - junio 2000 N° 116. Bolivia.
41. VÁSQUEZ, H. MENDIZÁBAL, O. "¿Los niños.....Primero? Primera Edición, Lima Perú, Noviembre 2002
42. WATERLOW, John C. "Malnutrición Proteico Energética" (1996) OPS 510 Pg.
43. WIEGOLG, Marilu, (2009) *Mercadeo Social*.- Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima Perú.
44. WIKIPEDIA *Aprendizaje Significativo*. Consulta 20 de Agosto del 2009. http://es.wikipedia.org/wiki/Aprendizaje_significativo.

ANEXOS

ANEXO No 1:

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo F M

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kg	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1						
2						
3						
4						
5						

Observaciones:

- 1.Diarrea 2.Muguet 3.Fiebre 4.Erupción dentaria 5.Caídas 6.IRA

Otros:.....

GRUPO EXPERIMENTAL

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3903 Fecha de Nacimiento 22/10/2003 Sexo F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2 ^a	6 ^m	14.500 kg	-	Peso Inicial
2	31/05/2008	2 ^a	7 ^m	14.700 kg	200 grs.	
3	17/06/2008	2 ^a	7 ^m	15.100 kg	400 grs.	
4	17/07/2008	2 ^a	8 ^m	15.400 kg	300 grs.	
5	17/08/2008	2 ^a	9 ^m	15.700 kg	300 grs.	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3907 Fecha de Nacimiento 19/11/2005 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2 \bar{a}	5 \bar{m}	11.300	-	Peso inicial.
2	31/05/2008	2 \bar{a}	6 \bar{m}	11.3 Kg	-	
3	17/06/2008	2 \bar{a}	6 \bar{m}	11.5 Kg	200 grs.	
4	17/07/2008	2 \bar{a}	7 \bar{m}	11.9 Kg	400 grs.	
5	17/08/2008	2 \bar{a}	8 \bar{m}	12.1 Kg	200 grs.	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Mughet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL _____ Fecha de Nacimiento 17/02/06 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2 ^a	3 ^m	10.9 Kg		Peso Inicial
2	31/05/2008	2 ^a	3 ^m	11 Kg	100 gr.	
3	17/06/2008	2 ^a	4 ^m	11.3 Kg	300 gr.	
4	17/07/2008	2 ^a	5 ^m	11 Kg		1,6.
5	17/08/2008	2 ^a	6 ^m	11.5 Kg	500 gr.	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 4005 Fecha de Nacimiento 28-9-2007 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008		7m.	6.6 kg		Peso Inicial
2	31/05/2008		8m.	6.7 kg	100gr.	
3	17/06/2008		8m	7.1 kg	400gr	
4	17/07/2008		9m	7.4 kg	300gr	
5	17/08/2008		10m	7.8 kg	400gr.	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3936 Fecha de Nacimiento 29-04-2006 Sexo F ~~M~~

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2 ^a		10.3		peso inicial
2	31/05/2008	2 ^a	1 ^m	10.5 Kg	200gr.	
3	17/06/2008	2 ^a	1 ^m	10.8 Kg	300gr.	3
4	17/07/2008	2 ^a	2 ^m	10.9 Kg	100gr.	6
5	17/08/2008	2 ^a	3 ^m	11.5 Kg	600gr.	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Mughet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3902 Fecha de Nacimiento 11-10-2005 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2 ^a	7 ^m	12.8 Kg	-	peso inicial
2	31/05/2008	2 ^a	7 ^m	12.9 Kg	100gr	
3	17/06/2008	2 ^a	8 ^m	13.2 Kg	300gr	
4	17/07/2008	2 ^a	9 ^m	13.6 Kg	400gr	
5	17/08/2008	2 ^a	10 ^m	13.8 Kg	200gr	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 4000 Fecha de Nacimiento 17-09-2007 Sexo F M

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008		08 m	8.00 kg	-	Peso Inicial
2	31/05/2008		08 m	8.00 kg	-	4
3	17/06/2008		09 m	8.300 kg	300 gr	
4	17/07/2008		10 m	8.500 kg	200 gr	
5	17/08/2008		11 m	8.800 kg	300 gr	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Mughet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3979 Fecha de Nacimiento 20-05-07 Sexo F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008		11 m	8.900	-	Peso Inicial
2	31/05/2008	1 a		8.900	-	
3	17/06/2008	1 a		9.200	300. gms	
4	17/07/2008	1 a	1 m	9.400	200 gms.	Presencia de Diarrea (1)
5	17/08/2008	1 a	2 m	9.700	300 gms.	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Mughet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3908 Fecha de Nacimiento 02 - 11 - 2008 Sexo M

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2 ^a	6 ^m	12.4 Kg	-	Peso Inicial
2	31/05/2008	2 ^a	6 ^m	12.6 Kg	200gr	
3	17/06/2008	2 ^a	7 ^m	13. Kg	400gr	
4	17/07/2008	2 ^a	8 ^m	13.2 Kg	200gr	
5	17/08/2008	2 ^a	9 ^m	13.6 Kg	400gr	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3987 Fecha de Nacimiento 30/06/2007 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008		10 m	8.3 kg		peso inicial
2	31/05/2008		11 m	8.5 kg	200 gr.	
3	17/06/2008		11 m	9 kg	500 gr.	
4	17/07/2008	1 a		9.4 kg	400 gr.	5
5	17/08/2008	1 a	1 m	9.5 kg	100 gr.	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

GRUPO CONTROL

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3934 Fecha de Nacimiento 17-3-2006 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2a	2m	10.5Kg	-	Peso inicial
2	31/05/2008	2a	2m	10.7 Kg	200gr	
3	17/06/2008	2a	3m	11.0 Kg	300gr	
4	17/07/2008	2a	4m	11.3 Kg	300gr	
5	17/08/2008	2a	5m	11.6 Kg	300gr	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3924 Fecha de Nacimiento 04/14/2005 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2 ^a	5 ^m	4 Kg	-	Peso inicial
2	31/05/2008	2 ^a	5 ^m	4 Kg	-	
3	17/06/2008	2 ^a	6 ^m	4.2kg	200gr	
4	17/07/2008	2 ^a	7 ^m	4.2 kg	-	
5	17/08/2008	2 ^a	8 ^m	4.3 kg	100gr	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3996 Fecha de Nacimiento 22/03/2007 Sexo **F** M

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008		08 m	8.3 kg	-	5 / peso inusual.
2	31/05/2008		09 m	8.3 kg	-	1
3	17/06/2008		09 m	8.4 kg	100 gr.	
4	17/07/2008		10 m	8.3 kg	-	
5	17/08/2008		11 m	8.3 kg	-	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3949 Fecha de Nacimiento 03/09/2006 Sexo F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	1 ^a	8 ^m	10.4 kg		Peso inicial
2	31/05/2008	1 ^a	8 ^m	10.6 kg	200gr	
3	17/06/2008	1 ^a	9 ^m	10.8 kg	200gr	1
4	17/07/2008	1 ^a	10 ^m	10.8 kg	-	6
5	17/08/2008	1 ^a	11 ^m	10.8 kg	-	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3959 Fecha de Nacimiento 10/12/06 Sexo F M

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008		125 m	10. kg	-	Peso inicial
2	31/05/2008		125 m	10 kg	-	
3	17/06/2008		126 m	10.3 kg	300gr.	
4	17/07/2008		127 m	10.4 kg	100gr.	
5	17/08/2008		128 m	10.5 kg	100gr.	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 4004 Fecha de Nacimiento 07-10-2007 Sexo F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008		07 m	8. kg		peso inicial
2	31/05/2008		07 31	8. kg	-	
3	17/06/2008		08 m	8.3 kg	300 gr	
4	17/07/2008		09 m	8.5 kg	200 gr	
5	17/08/2008		10 m	8.7 kg	200 gr	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3923 Fecha de Nacimiento 21-02-2006 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	2 ^a	2 ^m	11.6 Kg		Peso Inicial
2	31/05/2008	2 ^a	3 ^m	11.7 Kg	100 gr	
3	17/06/2008	2 ^a	3 ^m	11.8 Kg	100 gr	
4	17/07/2008	2 ^a	4 ^m	12 Kg	200 gr	
5	17/07/2008	2 ^a	5 ^m	12.3 Kg	300 gr	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3968 Fecha de Nacimiento 29/01/2007 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	1 ^a	3 ^m	11.100		Peso Inicial
2	31/05/2008	1 ^a	4 ^m	11.200	100 gr	1
3	17/06/2008	1 ^a	4 ^m	11.350	150 gr	
4	17/07/2008	1 ^a	5 ^m	11.500	150 gr	6
5	17/08/2008	1 ^a	6 ^m	11.600	100 gr	

Observaciones:

1: Diarrea
 2: Mughet
 3: Fiebre
 4: Erupción dentaria
 5: Caídas
 6: IRA
 Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3978 Fecha de Nacimiento 14-05-2007 Sexo F M

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	1 ^a		8.5 kg		peso inicial
2	31/05/2008	1 ^a		8.2 kg	- 300gr	2
3	17/06/2008	1 ^a	1 ^m	8.3 kg	100gr	1
4	17/07/2008	1 ^a	2 ^m	8.5 kg	200gr	
5	17/08/2008	1 ^a	3 ^m	8.8 kg	300gr	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

SEGUIMIENTO DEL INCREMENTO PONDERAL DE PESO

Nombre de la madre _____

Nombre del niño (a) _____ HCL 3956 Fecha de Nacimiento 08-10-2006 Sexo M F

Control	FECHA	Edad en Meses		Peso Kgs	Incremento de Peso Kg.	Observaciones
		Años	Meses			
1	17/05/2008	1 ^a	7 ^m	10.2 kg		peso inicial
2	31/05/2008	1 ^a	7 ^m	10.2 kg	-	1
3	17/06/2008	1 ^a	8 ^m	10.5 kg	300gr	
4	17/07/2008	1 ^a	9 ^m	10.6 kg	100gr	6
5	17/08/2008	1 ^a	10 ^m	10.6 kg	-	

Observaciones:

1: Diarrea 2: Muguet 3: Fiebre 4: Erupción dentaria 5: Caídas 6: IRA Otros:.....

ANEXO No. 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

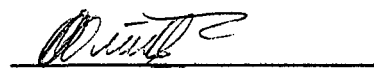
Yo.....con DNI No. luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.

Firma del participante

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Alodia Condori Reyes con DNI No. 45778173
luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de
la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los
niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como
señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.



Firma del participante

Fecha 17/05/2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Mercedes...Gonzalez.....Chura.....con DNI No.42681339.....
luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de
la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los
niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como
señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.



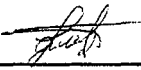
Firma del participante

Fecha 17/09/2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo... Karina Hanco Chalco.....con DNI No. 46394880.....

luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.

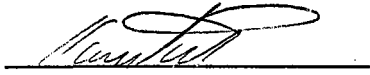


Firma del participante

Fecha 17/05/2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo... Isidora Morales Flores con DNI No. 02299329.....
luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de
la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los
niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como
señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.



Firma del participante

Fecha 17/05/2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo... Francisca Mamani Llavilla.....con DNI No. 02290799.....
luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de
la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los
niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como
señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.



Firma del participante

Fecha 17/05/2009

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo VICTORIA HAMANI LIMA con DNI No. 02295822

luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.



Firma del participante

Fecha 17/05/2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Delia Sani Morales.....con DNI No. 42996855.....

luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.



Firma del participante

Fecha 17/05/2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Beatriz Ticona Orcocoapaza con DNI No. 45475488

luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.

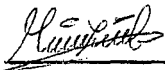


Firma del participante

Fecha : 17/05/2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo...Martha Ticona Alarcón.....con DNI No. 40998025.....
luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de
la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los
niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como
señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.



Firma del participante

Fecha 17/05/2003

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Elena Vilca Alanocca.....con DNI No. 43669614.....

luego de haber sido informada del propósito, los objetivos, procedimientos y duración de la investigación: "Efectividad de los talleres hogareños en el incremento de peso de los niños de 6 a 36 meses, manifiesto mi deseo de participar en uno de los grupos y como señal de acuerdo firmo el siguiente consentimiento.



Firma del participante

Fecha 17/05/2008

ANEXO 3

DESCRIPCION Y CONTROL CALIDAD DE EQUIPOS ANTROPOMETRICOS

1. Balanza de palanca o pediátrica: Sirve para pesar lactantes <2 años y niños mayores con un peso menor de 15Kg.

Tiene graduaciones cada 10 o 20 grs.

Necesita ser calibrada (ponerla en cero) cada vez que se usa.

2. Balanza de resorte tipo reloj: Está recomendada para pesar niños menores de 5 años; pesa hasta 25 Kg. Fácilmente transportable y muy útil en trabajo de campo

Tiene graduaciones cada 100g.

Necesita ajustarse cada vez que se usa, es decir ponerla en "0".

3. Control de Calidad de Balanzas

Coloque un objeto de peso conocido en la balanza ejm. Una pesa de 5Kg. O un recipiente de plástico con 5 Lt. de agua o 5 Kg. De arena el cual debe ser pesado previamente en una balanza digital con graduación de 0.1g.

Si el resultado obtenido no es el mismo se procederá a calibrar con el dispositivo correspondiente que tiene cada balanza. Si la balanza no puede ser calibrada no debe ser usada.

Para tener un buen diagnostico nutricional es fundamental verificar que la balanza sea la adecuada y que se encuentre en buenas condiciones de realizar una evaluación antropométrica. Las balanzas deben calibrarse mensualmente y cada vez que sea movida de un sitio a otro.

ANEXO 4

REGISTRO DE DATOS Y CÁLCULO DE EDAD

1. Escritura de números

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los números se escriban así:

NUMEROS	CORRECTO	INCORRECTO
UNO	Es una línea vertical única (l)	No la incline No ponerle base No ponerle sombrero
DOS	Escribir los números sin ganchos (2)	No ponerle gancho
TRES	Escribir los números sin ganchos (3)	No ponerle gancho
CUATRO	Dejarlo siempre abierto ()	Los cuatro cerrados parecen nueve
CINCO	Dejarlos siempre abierto (5)	Los cinco cerrados parecen seis
SEIS	El gancho inferior debe ser pequeño (6)	El gancho inferior grande se confunde con cero
SIETE	Cruzar siempre el siete (7)	Si no se cruza se confunde con el uno
OCHO	Formarlo con dos círculos unidos de igual tamaño (8)	No alargarlo No círculos de diferentes tamaños
NUEVE	Cerrar completamente el círculo superior (9)	Si no cierra el círculo superior, parece cuatro
CERO	Ponerle una diagonal a través del cero (0)	No hacer colas, que parece seis

2. REGISTRO DEL PESO

- El peso se registra en Kg. con un decimal (5,1)
- La anotación se hace en cuadrículas especiales, a los kilos se les designa tres cuadrículas y a las décimas, una
- En el caso que la aguja cae entre 2 líneas, registre el peso tomando en cuenta la línea anterior (el valor inmediato inferior)

Ejemplo:

Caso 1 : La aguja cae sobre 10.3

Lectura y registro correcto: 10.3 (10 kg.300g.)

Lectura y registro incorrecto 11.7 kg

Caso 2 : La aguja cae entre 15.6 y 15.7

Lectura y registro correcto: 15.6 (15 kg.600g.)

Lectura y registro incorrecto 15.7 kg o 16.4 kg.(sentido antihorario)

Lectura en balanza de reloj: Lea la balanza en la dirección que siguen las agujas del reloj

3. CÁLCULO Y REGISTRO DE LA EDAD

		DIA	MES	AÑO
Fecha de Examen	:	10	09	2005
Fecha de Nacimiento	:	<u>02</u>	<u>07</u>	<u>2001</u>
<hr/>		08	02	0004

La edad del niño es 4 años, 2 meses y 8 días.

	DIA	MES	AÑO	
Fecha de Examen	:	08	02	2005
Fecha de Nacimiento	:	<u>02</u>	<u>07</u>	<u>2000</u>
<hr/>		06	07	0004

La edad del niño es 4 años, 7 meses y 6 días.

4. REGISTRO DE LA EDAD

En el caso de Encuestas: En trabajo de campo por lo general se registran los datos de fecha de nacimiento (día/mes/año) y la fecha de la encuesta (día/mes/año) y el cálculo se realiza en el momento de realizar las encuestas, para evitar errores.

En el Carné de salud:

Registre la edad cumplida en años y meses

Ejemplo: Si un niño tiene 6 meses 27 días, se registra 6 meses

Si un niño tiene 6 meses 3 días, se registra 6 meses

Si un niño tiene 3 años 2 meses y 22 días, se registra 3 años 2 meses,

ANEXO 5

TABLA DE INCREMENTO DE PESO

Peso	Cantidad de masa corporal en Kilogramos, alcanzada al comparar la medición inicial con la medición a los 30, 60 y 90 días	Niños	
		6 -7 meses	500 gr / mes
		7- 8 meses	450 gr / mes
		8- 9 meses	400 gr / mês
		9-10 meses	400 gr / mês
		10-11 meses	300 gr / mês
		11-12 meses	300 gr / mês
		12-13 meses	250 gr / mês
		13-14 meses	250 gr / mes
		14-15 meses	200 gr / mês
		15-16 meses	250 gr / mês
		16-17 meses	150 gr /mês
		17-18 meses	200 gr / mes
		18-19 meses	200 gr / mês
		19-20 meses	150 gr / mes
		20-21 meses	200 gr / mês
		21-22 meses	150 gr / mês
		22-23 meses	200 gr / mês
		23-24 meses	200 gr / mês
		24-25 meses	200 gr / mês
		25-26 meses	150 gr / mês
		26-27 meses	200 gr / mês
		27-28 meses	150 gr / mês
		28-29 meses	250 gr / mês
		29-30 meses	150 gr / mês
		30-31 meses	200 gr / mês
		31-32 meses	150 gr / mês
		32-33 meses	200 gr / mês
		33-34 meses	100 gr /mês
		34-35 meses	200 gr / mes

	35-36 meses	150 gr / mês
	Niñas	
	6 -7 meses	550 gr / mes
	7- 8 meses	400 gr / mes
	8- 9 meses	450 gr / mes
	9-10 meses	300 gr / mês
	10-11 meses	350 gr / mes
	11-12 meses	400 gr / mes
	12-13 meses	100 gr / mes
	13-14 meses	250 gr / mes
	14-15 meses	200 gr / mes
	15-16 meses	200 gr / mes
	16-17 meses	250 gr / mes
	17-18 meses	200 gr / mes
	18-19 meses	150 gr / mes
	19-20 meses	200 gr / mes
	20-21 meses	200 gr / mes
	21-22 meses	150 gr / mes
	22-23 meses	200 gr / mes
	23-24 meses	150 gr / mes
	24-25 meses	250 gr / mes
	25-26 meses	200 gr / mes
	26-27 meses	250 gr / mes
	27-28 meses	150 gr / mes
	28-29 meses	250 gr / mes
	29-30 meses	200 gr / mes
	30-31 meses	250 gr / mes
	31-32 meses	150 gr / mes
	32-33 meses	200 gr / mes
	33-34 meses	150 gr / mes
	34-35 meses	200 gr / mes
	35-36 meses	200 gr /mes (*)

(*) Tablas elaboradas por el INS