
Efectividad del Programa Educativo Niño Sano y Bien Nutrido para mejorar los conocimientos actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 1 año sobre seguridad nutricional en el Centro de Salud Moyopampa, Chosica, Lima, (Perú) 2008.

Effectiveness of the Educational Program for the Healthy and Well Nourished Child, for changes in knowledge, behaviors, and practices from mothers with children who are younger than one year of age about nutritional safety taken place in the Moyopampa Health Center in Chosica, Lima, (Peru) in 2008.

Rut Ester MAMANI LIMACHI ²

RESUMEN

Objetivo. Determinar la efectividad del Programa Educativo Niño Sano y Bien Nutrido, para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 1 año sobre seguridad nutricional, en el Centro de Salud Moyopampa, Chosica, Lima, (Perú), 2008.

Metodología. Se aplicó el modelo de planeación y programación PROCEDE/PRECEDE, usado en programas de promoción y educación en salud, que contempla 5 diagnósticos: social, epidemiológico, ambiental y de conductas, educacional y de organizacional, administrativo y de pólizas.

El diseño empleado para la aplicación del programa educativo fue cuasi-experimental trabajada con dos grupos: grupo experimental (n: 22, quienes recibieron la intervención llevando a la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre seguridad nutricional) y el grupo control (n: 22, sin intervención).

Resultados. El grupo experimental logro incrementar su nivel de conocimiento de un promedio de 7.1 a un promedio de 16.4, en comparación al grupo control de un promedio de 7.2 a 7.6 ($P < 0.05$). En cuanto al nivel de actitud el grupo experimental presento un promedio de 4.9 a 8.3, respectivamente el grupo control de 5.8 disminuyendo a 0.7, ($P < 0.05$), las prácticas sobre seguridad nutricional del grupo experimental muestran un promedio de 4.6 a 14.0, mientras que el grupo control tiene un promedio de 4.6 a 6.0, ($P < 0.05$).

Conclusión. El programa de intervención Niño Sano y Bien Nutrido, fue efectivo porque ha generado un impacto significativo en el incremento de los conocimientos, la modificación de las actitudes y el fortalecimiento de las prácticas de las madres con niños menores de 1 año, sobre seguridad nutricional del grupo experimental en relación al grupo control; de aquellas madres donde el programa no intervino.

Palabras Claves. Seguridad nutricional, niños, lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y desnutrición crónica.

² Enfermera, Magister en Salud Pública con Mención Materno Infantil, docente en la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Enfermería.

ABSTRACT

Purpose: To determine the effectiveness of the Educational Program for the healthy and well nourished child, for changes in knowledge, behaviors, and practices from mothers with children who are younger than one year of age about nutritional safety taken place in the Moyopampa Health Center in Chosica, Lima, (Peru) in 2008.

Methodology: The Model of Planning and Programming PROCEDE/PRECEDE was applied, which was used in promotion and education programs about health that contemplates five diagnosis: social, epidemiological, environmental and behaviors, educational and organizational, administrative and policies.

The design used for the application of the educational program was quasi-experimental worked in two groups: experimental group (n: 22, whom received the intervention leading to knowledge, behavior, and practices modification in mothers about nutritional safety); and the control group (n: 22, without intervention).

Results: The experimental group achieved to increment its knowledge level from an average of 7.1 to a 16.4, in comparison to a control group which moved from 7.2 to 7.6 ($P<0.05$). As for the behavior level the experimental group presented an increment from a 4.9 to an 8.3, respectively the control group went from 5.8 diminishing to a 0.7, ($P<0.05$), the practices about nutritional safety from the experimental group showed a 4.6 to a 14.0, while the control group showed an average of 4.6 to a 6.0, ($P<0.05$).

The results of the observation guide in the experimental group showed 37.5% of mothers with a regular practice, 62.5% with a good practice, after the intervention; 20% of the mothers had a good practice, and 80% had a very good practice in the usage of exclusive breast feeding; in the same way the results about complementary feeding before the intervention showed an 83.3% of mother with regular practices, 16.7% with good practices; after the intervention 41% had good practices and 53% had very good practices, which reflects an improvement in the practices about nutritional safety.

Conclusion: The intervention program for the healthy and well nourished child was effective because it generated a significant impact in the increment of knowledge, behavior modification, and the strengthening of practices in mothers with children one year and under about nutritional safety taking in account the experimental group in relationship to the control group of mothers who were not intervened by the program.

Key Words: Nutritional safety, children, exclusive breast feeding, complementary feeding, and chronic undernourishment.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición, especialmente en la infancia, impide que los individuos y las sociedades desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de muerte por causa de dolencias comunes de la infancia: las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. Quienes sobreviven pueden quedar atrapados en un círculo vicioso de enfermedades recurrentes y alteración del crecimiento, a menudo con daños irreversibles para su desarrollo cognitivo y social (UNICEF 2006 Unidos por la Infancia).¹

En los países y regiones en desarrollo, más de una cuarta parte de los niños y niñas menores de cinco años registra un peso moderado o gravemente inferior al normal, o padece retraso en el crecimiento; y el 28% de los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad aún no recibían suplementos de vitamina A. La desnutrición es el factor subyacente más importante: abarca el 50% de todas las muertes de niños menores de cinco años. Mejorar la nutrición, reducir la pobreza y el hambre, ayudarían a evitar muertes infantiles por diarrea, neumonía, paludismo, VIH y sarampión, además reduciría la mortalidad de los recién nacidos. En otras palabras, mejorar el estado nutricional de las madres

y los niños es un prerrequisito para conquistar el objetivo del milenio (UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 2008).²

En el Perú, 490 mil niños menores de 2 años sufren de desnutrición crónica y tienen talla baja para su edad. La desnutrición es más frecuente en niños de 8 y 24 meses de edad y es consecuencia del destete inadecuado así como de la práctica inapropiada de alimentación complementaria. Cerca de la mitad de los niños que padecen desnutrición sobreviven y alcanzan la edad adulta, pero se los considera como “sobrevivientes vulnerables”, con deficiencias específicas en el desarrollo físico y en el comportamiento (UNICEF Perú, 2004).³

La problemática de la desnutrición es multicausal; y por tanto, la propuesta de posibles soluciones requiere el esfuerzo conjunto del gobierno, ONGs, sociedad civil. Cabe destacar que uno de los principales problemas nutricionales de nuestro país es el retraso en el crecimiento o desnutrición crónica. Cerca de la cuarta parte de los niños menores de 5 años (25.4% según la encuesta ENDES 2000 y 24% según ENDES continua 2005) adolecería de desnutrición crónica. El retraso de crecimiento se observa desde los 6 meses de edad y alcanza el 28.5% de los niños a los dos años, deduciéndose que aproximadamente el 70% de ellos experimentan la desnutrición crónica antes de los dos años de edad. Cabe mencionar que el promedio de desnutrición crónica en la costa es 15.1%; sin embargo, este indicador viene en aumento, ya que todavía no existe énfasis en los profesionales de salud si hablamos de la desnutrición infantil. Los datos indican que la desnutrición crónica se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad y prácticamente se completan entre los 24 y 36 meses (Plan nacional concertado de salud, 2007).⁴

Gerald, J. (2001)⁵ señala que la desnutrición crónica alcanza proporciones de crisis en los niños peruanos. En el Perú una cuarta parte (25.4%) de los niños menores de 5 años de edad, sufren de retraso en el crecimiento o de enanismo. La alta prevalencia de enanismo en la población conlleva graves implicancias para el desarrollo económico del país. El enanismo en la niñez reduce la productividad económica y la capacidad de generar ingresos en los adultos. Al deteriorar el desarrollo cognoscitivo de los niños, la desnutrición crónica reduce su productividad futura como adultos. El enanismo en la niñez aumenta la susceptibilidad en la adultez de contraer males cardíacos, infartos, diabetes y otras enfermedades crónicas, posiblemente también obesidad.

ADRA PERÚ (2003)⁶ informa que la tasa de desnutrición crónica de 1984-1991 se redujo de 38% a 36.5% y ha continuado reduciéndose hasta 1996 a tasas de 28.2% y 25.8%. Las cifras en el año 2000, sin embargo, se han mantenido constantes en 25%. La desnutrición crónica está asociada con el nivel de instrucción de la madre, tal como se documenta en el país. La mitad de las mujeres sin ningún grado de instrucción presentó niños con desnutrición crónica, además de estar asociados con la pobreza. El 35% de los niños menores de 5 años que viven en hogares en extrema pobreza sufre retraso en el crecimiento, comparado con el 24% y 13% de los niños que viven en hogares pobres y no pobres respectivamente.

En el Centro de Salud Moyopampa, Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED), las madres que concurrían con sus niños al programa tenían limitado conocimiento e inadecuados hábitos culturales respecto a la alimentación apropiada de sus niños; asimismo, referían tener insuficiente disponibilidad de alimentos en calidad y cantidad, ya que su situación económica no lo permitía. Otro punto importante es que los niños vivían en condiciones inadecuadas de salubridad, lo que los conllevaba a presentar episodios de diarrea que contribuían a la pérdida de nutrientes y la pérdida de peso reduciendo la velocidad de crecimiento y desarrollo. Asimismo, el Centro de Salud no contaba con un profesional nutricionista que refuerce los conocimientos sobre la alimentación del niño y realice talleres nutricionales. Del mismo modo, el sistema de información del estado nutricional del Centro de Salud Moyopampa (enero-agosto 2007) muestra datos de desnutrición infantil en un aproximado de 20 niños menores de 2 años.

Frente a esta situación, ciertos proyectos de seguridad alimentaria y nutricional han desarrollado estrategias nacionales para disminuir la desnutrición crónica en nuestro país, partiendo desde la sensibilización de organizaciones de base hasta instituciones públicas y privadas, con la finalidad de garantizar a la población una nutrición sana y adecuada en cantidad en calidad, para satisfacer sus necesidades de calorías y nutrientes.

En respuesta a esta problemática se realizó el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar la efectividad del Programa Educativo Niño Sano y Bien Nutrido, para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 1 año sobre seguridad nutricional, en el Centro de Salud Moyo pampa, Chosica, Lima, (Perú), 2008.

MATERIAL Y METODOS

El diseño empleado para la aplicación del programa educativo Niño Sano y Bien Nutrido, fue de tipo cuasi-experimental realizado en dos grupos: grupo experimental (n: 22, quienes recibieron la intervención, llevando a la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre seguridad nutricional) y el grupo control (n: 22, sin intervención).

A ambos grupos se aplicó el pretest simultáneamente, para tener un parámetro referencial sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres en relación a seguridad nutricional antes de su participación en el programa. De esa misma forma se aplicó el posttest para evaluar si hubo o no efecto en la intervención, comparar los resultados entre el grupo control y el grupo experimental con la finalidad de medir el impacto del programa de intervención.

La muestra estuvo conformada por 44 madres dividida en dos grupos: grupo experimental en el cual participaron 22 madres con niños menores de 1 año que asisten al Programa CRED del Centro de Salud Moyopampa; y el grupo control conformado por 22 madres voluntarias del Hospital José Agurto Tello, que asisten al Programa CRED del mismo Hospital. Las madres del grupo experimental decidieron participar voluntariamente en el programa educativo, previo consentimiento informado por un periodo de 12 semanas, considerando los siguientes criterios de inclusión: tener niño menor de 1 año de edad, asistir al programa de crecimiento y desarrollo (CRED), aceptar voluntariamente previa información incluido el niño. (Ficha de consentimiento informado) y madres que residan permanentemente en la jurisdicción cubierta por el Centro de Salud Moyopampa.

Criterios de exclusión: madres que no deseen participar del programa, madres con niños mayores de 1 año, madres con hijos que tengan algún problema físico o mental y aquellas que no tengan residencia en la jurisdicción territorial del Centro de Salud de Moyopampa.

Los instrumentos utilizados para la investigación fueron: Cuestionario, elaborado por la investigadora a cargo de la ejecución del programa, con la finalidad de obtener información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de las madres al inicio y final de la intervención. El cuestionario recogió información sobre seguridad nutricional según los lineamientos de la estrategia de alimentación y nutrición saludable

del MINSA. Otro instrumento utilizado fue la guía de observación usada al inicio y final del programa que permitió ver las prácticas de las madres.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 15.0 y para conocer la efectividad de la intervención del programa utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: prueba T para muestras relacionadas ya que compara las medias de dos variables de un solo grupo. Calcula también las diferencias de los valores de las dos variables de cada caso y contrasta si la media difiere de 0. Otra prueba usada fue la prueba T para muestras independientes que también compara las medias de dos grupos de casos. Para esta prueba, idealmente los sujetos deben asignarse aleatoriamente a dos grupos, de forma que cualquier diferencia en la respuesta sea debida a la intervención (o sin intervención) y no a otros factores. Se basa en el tamaño de la muestra, media, desviación típica y error típico.

La validación al instrumento fue realizado por el juicio de expertos en el área de salud y nutrición haciendo uso del formato de validación. Para la confiabilidad del instrumento se utilizó la prueba de Coeficiente Alfa de Cronbach.

Se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas: consentimiento del Jefe del Centro de Salud Moyopampa para aplicar el programa de intervención y el consentimiento informado firmado por las madres participantes en el Programa Niño Sano y Bien Nutrido.

RESULTADOS

A continuación detallamos los resultados obtenidos en la intervención del programa al grupo experimental y la comparación de los resultados con el grupo control.

En la tabla 1: el promedio en las madres del grupo control es de 7.64, comparado con el grupo experimental que obtuvo un 16.41; lo cual determina que los resultados del grupo experimental fueron efectivos respecto al grupo control.

La tabla 2 muestra la efectividad de ambos grupos, con un 95% de confiabilidad. El grupo experimental reveló mejores resultados que el grupo control sobre seguridad nutricional, con un valor de $\text{sig} = 0.00$ comparado con el valor del nivel de significancia (0.05); lo cual respalda y afirma que el programa fue efectivo para las madres que participaron del grupo experimental.

Como se puede observar en la tabla 3, el promedio que tuvieron las madres del grupo control es de 0.73, comparado con el grupo experimental que obtuvo un promedio de 8.32; lo que determina que los resultados del grupo experimental fueron efectivos respecto al grupo control en cuanto a las actitudes.

Realizando el análisis de la prueba T de medias para muestras independientes con el propósito de determinar la efectividad de ambos grupos, se afirma según la tabla N° 4, un 95% de confiabilidad del grupo experimental, el cual tuvo mejores resultados que el grupo control en cuanto a la actitud de las madres con un valor de sig = 0.00 comparado con el valor del nivel de significancia (0.05); lo cual respalda y afirma que el programa fue efectivo para las madres que participaron del grupo experimental.

La tabla 5 muestra el promedio que tuvieron las madres del grupo control respecto a las prácticas de 6.00, comparado con el grupo experimental el cual obtuvo un promedio de 14.00; lo que determina que los resultados del grupo experimental fueron efectivos respecto a las prácticas de las madres con niños menores de 1 año.

La tabla 6 señala el análisis de la prueba T de medias para muestras independientes para determinar la efectividad de ambos grupos, con un 95% de confiabilidad el grupo experimental tuvo mejores resultados que el grupo control en cuanto a las prácticas de las madres con un valor de sig = 0.00 comparado con el valor del nivel de significancia (0.05); lo cual respalda y afirma que el programa fue efectivo para las madres que participaron del grupo experimental.

Tabla 1: Análisis de medias sobre el puntaje del grupo control y experimental de las madres representantes sobre conocimiento

	Indicador conocimiento	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Prueba de Conocimiento grupo control y experimental	Control	22	7,64	1,432	,305
	Experimental	22	16,41	2,239	,477

Tabla 2: Prueba T de medias para muestra Independientes en relación al grupo control y experimental sobre conocimiento

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	4,919	,032	-15,478	42	,000	-8,77	,567	-9,917	-7,629
No se han asumido varianzas iguales			-15,478	35,720	,000	-8,77	,567	-9,923	-7,623

Tabla 3: Análisis de medias sobre el puntaje del grupo control y experimental de las madres representantes sobre Actitud

	Indicador Actitud	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Prueba de Actitud grupo control y experimental	Control	22	,73	,767	,164
	Experimental	22	8,32	2,124	,453

Tabla 4: Prueba T de medias para muestra independientes en relación al grupo control y experimental sobre Actitud

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
								95% Intervalo de confianza para la diferencia	
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilate- ral)	Diferen- cia de medias	Error típ. de la dife- rencia	Inferior	Superior	
Se han asumido varian- zas iguales	20,112	,000	-15,763	42	,000	-7,59	,482	-8,563	-6,619
No se han asu- mido va- rianzas iguales			-15,763	26,387	,000	-7,59	,482	-8,580	-6,602

Tabla 5: Análisis de medias sobre el puntaje del grupo control y experimental sobre prácticas de las madres representantes.

	Indicador Práctica	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Prueba de Prácti- ca grupo control y experimental	Control	22	6,00	2,582	,550
	Experimental	22	14,00	2,410	,514

Tabla 6: Prueba T de medias para muestra independientes en relación al grupo control y experimental sobre prácticas.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,000	1,000	-10,623	42	,000	-8,00	,753	-9,520	-6,480
No se han asumido varianzas iguales			-10,623	41,803	,000	-8,00	,753	-9,520	-6,480

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en las tablas 1 y 2 respecto a conocimientos de las madres sobre seguridad nutricional, nos señalan que la educación de las madres guarda relación significativa con la desnutrición crónica o enanismo infantil. La educación de las madres está ligada a las características demográficas asociadas al enanismo: las madres con menor educación quedan embarazadas a más temprana edad y tienen un mayor número de hijos en frecuencia más seguida. Todos estos factores están asociados con el bajo peso neonatal y los subsecuentes casos de enanismo en el Perú (ENDES, 2000) ⁸. El 90% de los niños asiste actualmente a la escuela en el Perú; las niñas en las áreas rurales sólo alcanzan cursar tres años de clases, en promedio, comenzando a la edad de nueve años y terminando a los doce años de edad. La calidad de la educación es también un problema grave que viene recibiendo atención en la actualidad.

Otra causa de las dietas inadecuadas son las barreras culturales y la falta de conocimientos. En donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad, la gente puede elegir venderlos en vez de consumirlos y a menudo no se los da a los niños pequeños (Villasante 1997). La mayoría de

madres de niños entre los 6 – 9 meses de edad, informa haber proporcionado a sus hijos papillas de cereales, papas y alimentos con baja densidad de nutrientes, limitando su ingesta de nutrientes de origen animal (ENDES 2000). ⁹

Otro aspecto importante es comparar las actitudes de las madres respecto a seguridad nutricional. Las tablas 3 y 4 muestran que las madres del grupo experimental tienen mejores actitudes respecto a cómo alimentar a sus niños que las madres del grupo control, cuya relación se da también con las prácticas de las madres.

Las comunicaciones para cambios de comportamiento dependen del contacto directo del educador y la población-objetivo. El personal en funciones, encargado de la atención de salud, no es suficiente para hacerse cargo de las comunicaciones para cambios de comportamiento, tampoco este tema es el foco de su capacitación. Los promotores de salud y nutrición contratados localmente, pagados a través de la entidad ejecutora local, son más idóneos para asumir tal tarea. El aporte de voluntarios para este trabajo no es sostenible en el largo plazo. Resulta fundamental la constante capacitación de estos promotores para que actúen con continuada eficacia. El personal de los centros y postas de salud

deben ser capacitados, para apoyar los mensajes orientados a cambios de comportamiento y en las funciones para brindar cobertura de asistencia a los más necesitados de la estrategia para el crecimiento de los niños, mediante su participación en el desarrollo de estos mensajes y en la gestión y supervisión de los promotores de salud con base en las comunidades.

Los mensajes para cambios de comportamiento pueden incluir: la atención y dietas de las madres gestantes, lactancia materna, ablactancia y alimentación complementaria, prácticas de alimentación y atención a la niñez, higiene y sanidad en la familia, prevención y tratamiento de enfermedades. Los mensajes deben dirigirse también al vínculo entre el estado nutricional de los niños y su futuro desarrollo físico y psicológico, como parte de la estrategia para reducir la prevalencia de enanismo. De acuerdo a la intervención de la (ONG PRISMA).¹⁰

Respecto a los resultados de las prácticas sobre seguridad nutricional las tablas 5 y 6 muestran mejores prácticas en el grupo experimental, quienes participaron del programa de intervención de aquellas madres del grupo control. Para lograr una seguridad nutricional en el niño es importante considerar su alimentación desde su nacimiento brindando una lactancia materna exclusiva y una adecuada alimentación complementaria: este dato se puede corroborar con el siguiente estudio de investigación.

Ciertamente, las prácticas específicas de atención varían según las regiones y las localidades, pero varias áreas de intervención han sido identificadas a través de anteriores estudios (Caulfield et al. 1999; Creed, 1999).¹¹ La lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria apropiada son dos prácticas críticas de prevención del enanismo en los niños. Los índices de lactancia exclusiva en el Perú para los niños entre 0 – 6 meses de edad (67.2%), los más altos en América Latina (ENDES, 2000, Carrasco y Vega-Sánchez, 2001; 12 Altobelli 2001, comunicación personal), un homenaje a la eficacia de los programas para mejorar el nivel de conciencia y la capacitación del personal de salud en la promoción de la lactancia exclusiva durante la última década. Sin embargo, aún se siguen utilizando otros líquidos fuera de la lactancia materna, en etapas tan tempranas como en la primera semana de vida (PRISMA, 1997).

Respecto a los resultados de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, se contrastan con el trabajo de intervención de la ONG

PRISMA realizando una encuesta nacional en hogares, entre 1990 y 1995, encontrando elevadas tasas de deficiencia energética en niños de 12-35 meses de edad; las tasas más altas, entre el 60% y 85%, correspondieron a las regiones de la sierra y selva. El consumo deficiente de proteínas fue más alto en la sierra y selva, variando de alrededor de 38% a 57% en los niños de la sierra, y alcanzando el 64% en un área de la selva. El bajo consumo de proteínas de alta calidad (es decir, proteínas de fuentes animales), fue constantemente alto en la sierra, variando de más del 70% a más del 90% de los niños. Estas deficiencias de consumo no estuvieron limitadas a los niños; la deficiencia energética también pudo observarse entre el 20% y 60% de las familias con niños pequeños, al igual que las deficiencias proteínicas entre el 30% y el 60%. Lo más impactante es que más del 90% de los hogares en todas las regiones informaron acerca del consumo deficiente de proteínas de alta calidad, en la sierra y en la selva, en donde estos porcentajes fueron cercanos al 100% (PRISMA, 1997).

CONCLUSIONES

Después de la ejecución del programa educativo Niño Sano y Bien Nutrido, aplicado a 44 madres con niños menores de un año que asisten a los establecimientos de salud de Moyopampa y el hospital Agurto Tello de Chosica, llegamos a las siguientes conclusiones:

El programa de intervención Niño Sano y Bien Nutrido, ha generado un impacto significativo en el incremento de los conocimientos, cambio de actitudes y el incremento de prácticas de las madres con niños menores de un año del grupo experimental en relación al grupo control conformado por aquellas madres con quienes no se aplicó el programa. Esto significa que dicho programa de intervención fue significativo logrando cumplir los objetivos propuestos en el trabajo de investigación.

El nivel de conocimientos de las madres del grupo experimental ha demostrado sobresalir respecto a las madres del grupo control, deduciéndose también que el programa de intervención tuvo significancia respecto al nivel de conocimientos (Ver tabla 1 y 2).

Otra conclusión importante es observar el nivel de actitudes hacia la seguridad nutricional, cuyas madres del grupo experimental mostraron mejorar sus actitudes después de la intervención del programa, respecto a aquellas madres que no tuvieron intervención alguna, así nuestro progra-

ma fue efectivo en la mejora de las actitudes (ver tablas 3 y 4).

Asimismo, los resultados sobre el nivel de prácticas de las madres del grupo experimental fueron muy positivos respecto a las madres del grupo control; esto nos hace pensar que los talleres nutricionales, las visitas domiciliarias personalizadas actividades propias del programa educativo influyeron en mejorar las prácticas de las madres sobre seguridad alimentaria.

Este resultado también se confirma con las guías de observación aplicadas al inicio y final de la intervención en dos áreas principales: lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria. (ver tablas 5 y 6).

REFERENCIAS

1. UNICEF (2006) Progreso para la Infancia: Un balance sobre la nutrición, abril 2006. Recuperado el 06 de enero del 2008 de: <http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Progreso para la infancia-No.4.pdf>.
2. UNICEF (2008) Estado Mundial de la Infancia. Supervivencia Infantil. Recuperado el 26 de enero del 2008 de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>.
3. UNICEF Perú, (2004) El estado de la niñez en el Perú. Primera edición, enero 2004. Páginas 37 y 38.
4. Plan Nacional Concertado de Salud [PNCS], septiembre. (2007). Principales problemas Sanitarios, anexo 46, 47y 48.
5. Gerald J. & Dorothy R. Friedman. (2001). Reducción de la desnutrición
6. ADRA PERÚ. (2003).Estrategias Comunitarias para mejorar la Nutrición Infantil en el Perú. Imprenta Nelva Desing, Lima.
7. Puesto de Salud de Moyopampa. (2007). Sistema de Información del estado nutricional: Formato de registro de diario niños menores de 5 años.
8. ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) (2000).

Instituto Nacional de Estadística e Informática. - Lima Perú, 2001.
9. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua 2004-2006).
Informe Principal del Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID] y Programa MEASURE DHS+/ORC Macro, agosto 2007. Páginas 151 al 157 y 166.
10. PRISMA: Montes, C., Segura, L, Miranda M., Barrientos, M., Lezcano, G. Consumo de Alimentos (1997) Lima, Perú.
11. Caufield L., Huffman S, Piwoz E. (1999). Intervenciones para Mejorar la Ingesta de Alimentos Suplementarios en Infantes entre 6-12 Meses de Edad de Países en Vías de Desarrollo: Impacto en el Crecimiento, Prevalencia de Desnutrición, y Contribución Potencial a la Supervivencia Infantil. Washington DC. 1999.
12. Carrasco, N. y Vega Sánchez (2001). Evaluación de la Situación de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el Perú.