

Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”.

Ciego de Ávila

Policlínico Docente Baraguá.

Título: Intervención educativa en madres de niños con malnutrición por defecto en el
Área de Salud Baraguá.

Autor: Dr. Ángel Cabrera Bárzaga.

Tesis para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2021



Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”.

Ciego de Ávila

Policlínico Docente Baraguá.

Intervención educativa en madres de niños con malnutrición por defecto en el
Área de Salud Baraguá.

Autor: Ángel Cabrera Bárzaga.

Aspirante a especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Zarielys Martel Quesada. Especialista en Primer Grado de Medicina General
Integral, Profesor Instructor.

Tesis para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en Medicina General
Integral.

Ciego de Ávila
2021

Pensamiento

Si tuviera el privilegio de vivir otra vez mi propia vida, mucha cosa haría diferentes de cómo las haría hasta hoy. Pero puedo asegurarles que toda mi vida lucharía con idéntica pasión por los mismos objetivos por los que he luchado hasta hoy.

Fidel Castro

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo investigativo a mis padres por darme la vida, educarme como un hombre de bien y ayudarme a crecer, a mi esposa por apoyarme siempre en cada sueño y en cada aventura que decida emprender, sé que cuento con su amor.

Agradecimientos

A mi familia, ya que gracias a su sacrificio he logrado realizar mi carrera, quienes sin importar las distancias me han brindado su apoyo incondicional y todo su amor.

Quienes me recuerdan cada día que se puede comenzar de nuevo y me incentivan a sembrar las semillas de mis sueños.

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos acerca de la malnutrición en madres de niños con esta patología pertenecientes al Área de Salud Baraguá de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre septiembre 2019 a mayo 2021. El universo de estudio estuvo constituido por 128 madres que presentan un niño diagnosticado con malnutrición por defecto perteneciente al Área de Salud Baraguá en el período de estudio. La muestra fue conformada por 40 madres que presentan un niño diagnosticado con malnutrición por defecto. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre la malnutrición, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron el estado civil acompañado y el nivel de escolaridad primario. Se reportó una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos sobre alimentación interactiva y alimentación complementaria en niños malnutridos, así como grupos de alimentos ricos en vitaminas y minerales y el manejo e higiene en los alimentos, a lo que provocó que se observaran diferencias significativas entre el nivel de conocimientos general sobre el tema en las madres evaluadas.

Palabras claves: Intervención educativa, malnutrición, desnutrición.

Índice

Contenido	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
MATERIAL Y MÉTODO.....	22
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	28
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

Introducción

La alimentación es el conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos, o fuentes de materias primas que precisan obtener para realizar sus funciones vitales. Mediante una correcta alimentación, se puede influir sobre el estado de salud, la capacidad de rendimiento intelectual y la esperanza de vida. El ser humano, como todo ser vivo, necesita nutrientes con los cuales construir o reparar su propio organismo, así como la energía para hacerlo funcionar, para conseguirlo debe proporcionar a su cuerpo las sustancias requeridas, lo que es posible mediante la alimentación. ⁽¹⁾

La desnutrición proteica energética (DPE) constituye un problema de salud importante para los niños de países subdesarrollados y también en las regiones de mayor pobreza, explotación y discriminación de los países industrializados. ⁽²⁾ La Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se reúnen cada año para contribuir a mejorar mediante estrategias, el estado de nutrición, el crecimiento y desarrollo de los niños, factores que repercute en la salud, en la supervivencia de los niños menores de cinco años; sin embargo los problemas de desnutrición son cada vez más frecuentes en los países en vías de desarrollo. ⁽³⁻⁶⁾ Según se estima la malnutrición aguda grave cobra cada año la vida en un millón de niños en África, es decir un promedio de un niño cada 30 segundos, los niños que la padecen tienen 20 veces más posibilidades de fallecer que los que tienen estado nutricional normal. ⁽⁸⁾

En el mundo se estima existen cerca de 800 millones de personas con problemas de desnutrición, la mayoría se encuentra en países en vías de desarrollo; cerca del 30% proceden de la región sur y este de Asia, el 25% de África y el 12% de Latinoamérica y el Caribe. Un análisis epidemiológico realizado en 53 países en vías de desarrollo, indicó que el 56% de las muertes de niños de 6 a 59 meses de edad se debió a la desnutrición, potenciado por efectos de enfermedades infecciosas. ⁽⁸⁾ En Sudán, Somalia y otros países del tercer mundo el origen de la

desnutrición es generalmente resultado de la falta de alimentos, a diferencia de la malnutrición observada en países industrializados, que aparece de forma secundaria en el curso de enfermedades agudas o crónicas. ⁽¹⁰⁾ En Tanzania, un reciente estudio demostró que el 3% de sus niños menores de cinco años sufrían desnutrición, incluyendo un 0,4 % que padecía la forma severa, cifras más alarmantes se encuentran en Zanzíbar isla perteneciente a este país, donde el 6% de sus niños menores de cinco años padecen desnutrición incluyendo el 0,7% de forma severa y el 5,4% moderado. ⁽¹¹⁾

Para la Organización Panamericana de Salud (OPS), más de 480 000 niños menores de cinco años mueren cada año en la región de las Américas y de ellos cerca de 152 000 debido a deficiencias nutricionales, las desnutriciones representan entre el 40% de las hospitalizaciones y entre el 60% de las consultas en este grupo de edad. ⁽⁹⁾ En Latinoamérica existe un rango de prevalencia de un 12% lo que representa 193 millones de desnutridos. ⁽⁸⁾ Bolivia es uno de los países donde la mortalidad infantil y la de los niños menores de 5 años es una de las más altas del continente. La desnutrición infantil en este país tiene una prevalencia que se encuentra entre las más altas de América Latina. En un informe de la FAO se planteó que el retraso de crecimiento, la desnutrición aguda y la desnutrición global tienen una prevalencia de 28.3%. Por lo que el sistema de Salud de Bolivia, reconoce que la desnutrición sigue siendo un problema importante de salud pública. ⁽¹²⁾ En Colombia según un estudio realizado en una comunidad indígena se encontró con una incidencia de desnutrición de 35,5% en su forma crónica y de un 8,1% en su forma aguda relacionado directamente con factores como el parasitismo intestinal y malas condiciones socioeconómicas. ⁽¹³⁾

Con el triunfo de la Revolución, la mejoría de las condiciones de vida y alimentación y la implantación de un sistema de salud gratuito, accesible a todos equitativamente, se logró disminuir la prevalencia de la desnutrición. En 1977 se implantó el Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional (SISVAN), en estrecha vinculación con las actividades de atención primaria. Aunque existen muchos indicadores directos e indirectos de mala nutrición, la mensuración sistemática en

la consulta de puericultura es fundamental. El crecimiento en la edad pediátrica es un aspecto muy estrechamente vinculado al estado de la nutrición, por lo que las medidas antropométricas son los indicadores más utilizados para identificar la mala nutrición ⁽¹⁴⁾.

La suficiencia de conocimientos tan necesaria para cualquier paciente de diferentes edades es imprescindible para tener comportamientos correctos y salud estable. Se considera un factor de riesgo el bajo nivel de conocimientos, el bajo nivel cultural y las escasas habilidades como personas del siglo XXI. Porque el no saber implica chocar con situaciones equívocas a las cuales no sabemos enfrentar. ⁽¹⁵⁾

La estrategia de promoción de la salud, para intervenir sobre las condiciones y estilos de vida, requiere como elemento indispensable la acción intersectorial.

La necesidad de actuar sobre los factores generales del ambiente físico y social que favorecen las condiciones y comportamientos de riesgo que se pretende modificar, implica la participación y el compromiso de actores y sectores sociales con capacidad de decisión sobre la economía, la educación, el trabajo, el saneamiento, el hábitat, la legislación, la recreación, la seguridad, la comunicación social, entre otros. ⁽¹⁵⁾

La estrategia educativa tendrá en cuenta siempre los temas de mayor importancia para modificar conductas, posiciones y crear responsabilidades y como resultado tener una calidad de vida superior, para ellos se tendrán en cuenta temas que constituyeron pasos del conocimiento incorporados a sus mentes para convertirlos en patrones correctos de guía.

Teniendo en cuenta estos resultados, se hace evidente la necesidad de que los pacientes amplíen sus conocimientos, pues, aunque estos no son suficientes para asegurar una conducta responsable, sí son necesarios para iniciar el proceso de cambios que necesitan en sus vidas.

El diseño y aplicación de este modelo de intervención educativa tendrá como objetivo influir de forma positiva en el aumento del nivel de conocimientos sobre la

malnutrición y su prevención en los participantes del estudio, mediante dos vías de influencia: una directa por medio de los encuentros y otra indirecta por el suministro de plegables.

A partir de lo anterior, se propone el siguiente problema científico:

Problema: desconocimientos acerca de la malnutrición en las madres de niños que presenten ésta enfermedad perteneciente al área de salud de Baraguá.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la modificación del nivel de conocimiento antes y después de implementar una estrategia educativa acerca de la malnutrición en las madres de niños con esta enfermedad, pertenecientes al Área de Salud Baraguá.

Objetivos específicos:

1. Describir variables socio demográficas de la madre como la escolaridad y estado civil.
2. Determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre la malnutrición infantil.
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada al efecto.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Marco Teórico

El insuficiente estado nutricional en la población infantil de los países en vías de desarrollo es una causa directa de la pobreza. A su vez esta última trae consigo ignorancia, deficientes condiciones sanitarias, infecciones, diarreas, y parasitismo lo cual puede explicar la alta incidencia de mortalidad y desnutrición en el niño. Asimismo, esta situación de escasez impide tener el conocimiento adecuado acerca de conceptos clave tales como alimentación saludable, necesidades alimentarias y alimentos indispensables; tampoco permite el desarrollo de una cultura social de la familia y en especial de la mujer, en relación con estos aspectos. El analfabetismo materno está relacionado con escasos recursos financieros, deficiente atención prenatal, bajo peso al nacer y una deficiente política de inmunización de los lactantes. Por ello, en cualquier proyecto para mejorar la nutrición infantil deberá considerarse, ante todo, la capacitación familiar, y en particular de las madres, puesto que de ello depende que aún, con la adecuada disponibilidad y accesibilidad de alimentos, la dieta de los lactantes y niños pequeños no sea saludable, balanceada ni adecuada.

(16-17)

La desnutrición proteico energética (DPE) es un estado anormal, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se origina por suministro inadecuado de alimentos y/o deficiente utilización por las células del organismo de los nutrientes esenciales que trae como consecuencia un desbalance celular entre el suministro de nutrientes y energía que el cuerpo demanda para asegurar su crecimiento, su mantenimiento y las diferentes funciones específicas del mismo. Afecta de forma variable el crecimiento y desarrollo. (18-20)

Por ser la nutrición una necesidad que concierne a los seres vivos, es lógico pensar, que los problemas de exceso o deficiencia de nutrientes han acompañado al hombre en su proceso evolutivo. (10) Aunque ancestralmente los jinetes bíblicos del hambre, la peste y la guerra han cabalgado juntos por el sendero de la historia, puede ser que las consecuencias de estas calamidades, o sea la desnutrición y la muerte hayan sido

secularmente vistas de manera tan natural como la vida misma. Tal vez esa sea la causa, por la cual no fue hasta el siglo XIX (1865) que se realizó la primera descripción clínica de lo que se conoce actualmente como desnutrición proteico energética. La limitada difusión de este hallazgo dio lugar a que, en 1933, esta afección fuese redescubierta y descrita exitosamente en lengua inglesa. Posteriormente, en 1949, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo para la Agricultura y la Alimentación (FAO) decidieron unificar los criterios diagnósticos de esta enfermedad e impulsar su investigación. En nuestro país con el triunfo de la Revolución, la mejoría de las condiciones de vida y alimentación, así como la implementación de un sistema de salud gratuito, accesible a todos equitativamente, se logró disminuir la prevalencia de la desnutrición. En 1977 se implantó el Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional (SISVAN), en estrecha relación con las actividades de atención primaria de salud.⁽²¹⁾

Actualmente, en Cuba, la desnutrición severa en niños menores de cinco años tiene un carácter excepcional, según estudios realizados el índice es de un 2%, aunque todavía existen en algún grado de desnutrición leve y moderada, principalmente en menores de un año.⁽¹⁴⁾

Son múltiples los factores que conllevan a la desnutrición: la pobreza, el hambre, la inequidad, el tamaño de la familia, la ignorancia, la educación de la madre y del padre, la edad de la madre, el estado nutricional de la madre, el tiempo y lugar de residencia, bajo peso al nacer, infecciones crónicas, defectos congénitos o malformaciones, daño cerebral orgánico, alergia a las proteínas de la leche, fibrosis quística del páncreas, neumopatías, cardiopatías congénitas, genopatías, incluso residir en zona de conflicto, que contribuyen en perpetuar la presencia de desnutrición.⁽²²⁻²⁵⁾

La desnutrición proteico-energética se manifiesta temprano, en los niños entre 6 meses y 2 años de edad, y está asociada con el destete temprano, la introducción tardía de comidas complementarias, una dieta baja en proteína y severas o frecuentes infecciones. En estas etapas de la vida la nutrición tiene un lugar destacado, ya que se relacionan con importantes eventos del crecimiento y desarrollo, la prevención de enfermedades y el establecimiento de hábitos

alimentarios adecuados. El estado nutricional de un individuo resulta de la interacción de su potencial genético con diferentes factores ambientales y tiene características particulares en las diferentes etapas de la vida. La alimentación está influenciada por factores de tipo ambiental, económico y cultural, mientras que la nutrición comprende la digestión, absorción de los nutrientes, transformación en energía y otros compuestos, es un proceso involuntario, indispensable para el mantenimiento de las funciones vitales. ⁽²⁶⁾

Al nacimiento están presentes condiciones fisiológicas para ingerir, digerir y absorber completamente algunos nutrientes y durante los dos primeros años de vida se produce la maduración de los sistemas digestivo, renal, inmunológico y neuromuscular para lograr una gradual transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria. ⁽²⁷⁾

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses como único alimento (sin ofrecer, agua, té u otros alimentos) desde la primera hora posterior al parto y a libre demanda, es decir cada vez que el niño la requiera, sin horario fijo durante el día y la noche. Se considera la alimentación ideal, ha sido avalada por numerosos estudios en diferentes países, demostrándose que garantiza el crecimiento y desarrollo, previene enfermedades frecuentes en la infancia y en la edad adulta y brinda múltiples ventajas para los niños y las madres. ⁽²⁸⁻²⁹⁾

En la etapa preescolar ocurren eventos que están relacionados con la nutrición, se destaca que la velocidad de crecimiento es menor, por lo que las necesidades nutricionales están en correspondencia y puede haber una disminución en la cantidad de alimentos que requieran. Se produce además una redistribución de la grasa corporal, el aspecto de los niños y niñas cambia. Tienen una mayor actividad física, pueden escoger los alimentos que quieren comer, por lo que con frecuencia se ha considerado como una falta de apetito, siendo motivo frecuente de alarma familiar. A esta “anorexia fisiológica” se debe dar correcta orientación para evitar afectación nutricional. ⁽²⁹⁾

En el periodo escolar el crecimiento es estable y en correspondencia sus necesidades nutricionales. También es muy importante la influencia social, en

especial la escuela, por lo que es necesario mantener y los hábitos de alimentación saludable y la actividad física en la prevención de los trastornos nutricionales, como la obesidad y desnutrición. ⁽³⁰⁾

Con la aparición de los cambios puberales se acelera la velocidad de crecimiento, la maduración de los órganos de la reproducción y de la masa ósea y muscular, por lo que las recomendaciones nutricionales son mayores y diferentes por edad y sexo. Ocurren cambios en los patrones y preferencias alimentarias, conducta propia de esta edad, aunque influenciados por los hábitos familiares, la vinculación social y preocupación por la imagen corporal. Son característicos en esta etapa ⁽³¹⁾.

En la desnutrición para su diagnóstico se contemplan los siguientes elementos: etiológico, evolutivo y forma clínica.

Etiológico: si la enfermedad es primaria obedece a ingestión de alimentos insuficiente o inadecuada, que generalmente se asocia a circunstancias desfavorables del entorno del niño, tanto ambientales como psicosociales, error en la técnica alimentaria, vínculo madre-hijo inadecuado, hábitos y conductas alimentarias deficientes, pobreza, ignorancia.

Secundarias: cualquier enfermedad que incida sobre el organismo desencadena un trastorno nutricional por diversos mecanismos:

a) Imposibilidad de ingestión: encefalopatías, parálisis cerebral infantil, anorexia de las enfermedades crónicas o de las infecciones recurrente, malformaciones congénitas como el labio leporino con paladar hendido.

b) Enfermedades que cursan con maldigestión-malabsorción: fibrosis quística, celiaquía, intolerancia a la proteína de leche de vaca, parasitosis (giardiasis), síndrome de intestino corto.

c) Enfermedades crónicas que conllevan un aumento del gasto energético, de las pérdidas y/o de los requerimientos: enfermedades inflamatorias del intestino, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatías, neuropatías y cáncer. ⁽²⁴⁾

Evolutivo: aguda, subaguda o crónica de acorde a la evaluación antropométrica de los pacientes.

Forma clínica según línea de desarrollo: marasmo o kwashiorkor según la sintomatología presentada por los pacientes.

Evolución de la desnutrición: se observan varios periodos desde la etapa prepatogénica que aparecen factores condicionantes adversos para la aparición de la desnutrición y puede iniciarse por situaciones que precisen de la utilización de las reservas hísticas energéticas y proteicas, pero no existe desequilibrio entre los aportes de energías y nutrientes y las necesidades.

Periodo patogénico: se inicia cuando se establece el desequilibrio entre los aportes de energía y nutrientes se produce agotamiento gradual de las reservas, aparecen trastornos fisiológicos y metabólicos. El organismo necesita para mantener la homeostasis utilizar en forma continua y creciente recursos hísticos. Comprende los estadios subclínicos y clínicos y además las etapas de compensación que a su vez puede llegar a la descompensación, recuperación y homeorresis.

Etapa de compensación

Comprende el tiempo que en el organismo tiene balance negativo de energía y nutrientes, pero es capaz de mantener su homeostasis y es necesario la utilización de sus reservas hísticas. Se inicia con curva estacionaria de peso y después comienza la pérdida de peso corporal y afectación del crecimiento.

La restricción energética afecta el gasto energético, la actividad física y la talla que la afectación en esta es irreparable el crecimiento afectado, además aparece afectación de la maduración, el intelecto, apatía y pérdida de interés por el mundo circundante esto afecta el aprendizaje independientemente de la afectación del tejido cerebral, maduración ósea retardada.

Etapa de descompensación aparece cuando el sujeto desnutrido está afectado

agudamente en su capacidad de mantener la homeostasis en la forma que venía haciéndolo, generalmente desencadenada por fenómenos infecciosos. Se produce por el incremento de las necesidades producidas por el proceso infeccioso en sí y por la respuesta del organismo a este, aumento de la insulina y caída de la epinefrina, que produce una disminución de la oxidación de las grasas y en la gluconeogénesis, disminuyendo la disponibilidad de aminoácidos para la síntesis hepática de proteínas. Existen signos de mal pronóstico durante esta etapa que se citaran a continuación, edad menor de 6 meses, deficiencia de peso/talla mayor a 30 %, deshidratación severa con hiponatremia, shock y oliguria, hipoglicemia menor de 1,5 mmol/L y/o hipotermia, infección grave asociada, edema y la presencia de lesiones pelagroides.

Puede sobrevenir la muerte por diarrea vinculada a shock hipovolémico, hiponatremia, acidosis metabólica, infecciones respiratorias agudas, sarampión y tosferina.

Etapa de recuperación es la etapa que tiene lugar cuando al sujeto en etapa de compensación se le restituye el equilibrio de energía y nutrientes, lo que permite regresar a un estado de nutrición.

Periodo pospatogénico: el individuo regresa al estado nutricional normal. Se deben considerar estos sucesos que ocurren uno seguido del otro: la restitución a la normalidad metabólica, mejoría clínica, restitución de la composición corporal, aceleración de la velocidad de crecimiento, ajuste del desarrollo biológico a la edad cronológica. ⁽³²⁾

Líneas de desarrollo de la DPE: en cuanto a las manifestaciones clínicas de la enfermedad están descritas dos variantes de desarrollo, una línea en forma marasmática que se constituye como la más frecuente, cuya historia natural está relacionada con lactantes que sufrieron un destete precoz y una instauración de alimentación inadecuada, con una ingestión energética insuficiente para cubrir sus necesidades por lo que se describe como una desnutrición predominantemente calórica. Por otra parte, se describe una línea de desarrollo en forma de

kwashiorkor cuyo elemento clínico central es el edema, su historia natural se caracteriza por niños en el segundo año de vida, con lactancia prolongada en los que se suprime bruscamente la lactancia y se incorpora alimentos ricos en carbohidratos y bajos en proteínas, aunque es válido aclarar que se puede sufrir a cualquier edad si se consume una dieta muy pobre en proteínas. ⁽²¹⁾

La desnutrición proteica energética en línea de marasmo se caracteriza inicialmente por falta de aumento de peso, anorexia, facies senil, disminución del tejido celular subcutáneo y muscular, comprometimiento de la estatura, abdomen globuloso, cabellos escasos y finos. La piel pierde turgencia, se arruga y se torna flácida a medida que desaparece la grasa subcutánea.

La pérdida de grasa en las mejillas puede ser tardía, por lo que la cara del niño presenta un aspecto relativamente normal en comparación con el resto del cuerpo, encogido y arrugado. Los niños suelen estar estreñidos, aunque en ocasiones sufren la diarrea del ayuno con eliminación frecuente de heces que contienen moco. ⁽³⁴⁾

La desnutrición proteica energética en línea de kwashiorkor cursa inicialmente con manifestaciones vagas, tales como apatía o irritabilidad. La forma avanzada se caracteriza por crecimiento inadecuado, disminución de masa muscular, incremento de la vulnerabilidad a las infecciones, vómitos, diarrea, anorexia, se conserva el tejido celular subcutáneo y hay presencia de edema como síntoma fundamental. ⁽³⁴⁾

El edema suele surgir de modo precoz y puede enmascarar la falta de ganancia de peso, este afecta con frecuencia a los órganos internos antes de que se reconozca en los miembros y la cara, el hígado puede aumentar de tamaño de forma precoz o tardía. La piel fina, seca, con lesiones descamativas e infecciones, cabello seco y quebradizo, despigmentación de las puntas y oscura la raíz del cabello, aparecen mechuras rojas o grises. ⁽³⁴⁾

Se conoce que el desarrollo de esta enfermedad puede ir acompañado de la pérdida de apetito, cambios metabólicos que conllevan a la disminución de masas grasa y muscular, así como en ocasiones, de una malabsorción de nutrientes. El efecto negativo sobre los procesos de crecimiento y desarrollo en el niño dependerá del tiempo, gravedad y duración de la deficiencia nutricional. En general, los menores de un año son los más sensibles, por su velocidad de crecimiento elevada y su vulnerabilidad a enfermedades diarreicas, respiratorias y a otras infecciones. ⁽³⁵⁾

La desnutrición por déficit energético es la forma predominante en la mayoría de los países en vía de desarrollo, se asocia al abandono temprano o al fracaso de la lactancia materna y a las consiguientes infecciones. Mientras que la desnutrición por déficit de proteínas tiende a estar confinado a zonas del mundo donde los alimentos que se usan en el destete son deficientes en proteínas y ricos en almidones. ⁽³⁶⁾

Aunque algunos autores consideran desmedro o fallo de medro a toda incapacidad para ganar peso dentro de las expectativas para su edad, actualmente otros prefieren denominarlo malnutrición o desnutrición, como un síndrome multifactorial en el que el factor común principal lo constituyen las dificultades para la alimentación. ^(37,38)

Repercusión de la desnutrición sobre el estado de salud

En el paciente hospitalizado existe una compleja interacción entre enfermedad y nutrición. Su prevalencia oscila entre el 10-13% según diferentes autores. Llama la atención de que a pesar de tener esta prevalencia es aun ignorada e infra tratada, contribuyendo a ello el desconocimiento o escasa implicación de los profesionales sanitarios. A partir del desarrollo de la ciencia, la nutrición ha pasado a ser considerada un componente esencial para alcanzar y mantener la salud. ⁽³⁹⁾

Se comprobó que el déficit crónico de calorías y nutrientes durante los primeros periodos de la vida, afecta los mecanismos inmunológicos, incrementando la

susceptibilidad y gravedad de las enfermedades infecciosas. Vivimos en un mundo agresivo, densamente poblado de microorganismos, para lo cual el organismo del ser humano, desarrolla su sistema de defensa, que sin ser aparente, está en constante vigilia, resguardando principalmente los posibles lugares de penetración. ^(39,40)

Según un estudio realizado en la provincia de Villa Clara que relaciona las principales enfermedades asociadas al estado de nutrición del niño, que la incidencia de diarreas en niños desnutridos es de 1,5 - 2 veces o más que en niños normales desde el punto de vista nutricional. En su estudio encontraron que las infecciones digestivas fueron la principal causa de ingresos hospitalarios en niños desnutridos con una representación de un 78%, al igual que los ingresos por causa respiratoria con el 55%, seguido de enfermedades genitourinarias y de la piel con incidencia similar en ambos grupos. ⁽⁴¹⁾

La ausencia de reservas calóricas del niño desnutrido afecta también la actividad metabólica celular. Tal sucede, por ejemplo, con los desequilibrios hidroelectrolíticos del lactante desnutrido, condicionantes de la elevada mortalidad por infecciones gastrointestinales. En los niños que sufren una desnutrición precoz, su cerebro, al igual que los demás órganos, crece menos, lo que se evidencia por un menor tamaño de la circunferencia craneana, lo que se ha correlacionado con un menor desarrollo intelectual. ⁽⁴⁰⁾

La desnutrición infantil genera, además de daños físicos, un detrimento irreversible de la capacidad cognitiva. Entendida como síndrome de deterioro del desarrollo, incluye trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos, así como del desarrollo del comportamiento, una menor inmunocompetencia y un aumento de la morbimortalidad. ⁽³⁹⁾

Para el diagnóstico de la enfermedad es necesario realizar la historia clínica detallada y exhaustiva, indagar en la alimentación que recibe, tiempo que recibió lactancia materna exclusiva y edad de introducción de la alimentación

complementaria, la frecuencia con que recibe la alimentación y lactancia en el día, tolerancia o rechazo de algún alimento.

Tratamiento

El tratamiento preventivo es de suma importancia para evitar la desnutrición en los niños como disminución del bajo peso al nacer, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, introducción de alimentos complementarios de forma adecuada según guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad, monitoreo de la evaluación nutricional, control de las inmunizaciones, brindar atención individualizada a los niños que presentan riesgo de afección nutricional, así como valorar las condiciones socioeconómicas y ambientales que impidan su adecuada alimentación, seguimiento a los pacientes con enfermedades crónicas. ⁽²¹⁾

El tratamiento del niño con desnutrición se plantea tres fases, aguda o de tratamiento inicial, de rehabilitación y de seguimiento.

Fase aguda comienza con el tratamiento de las complicaciones para prevenir la hipoglucemia, el niño será alimentado cada 2 o 3 horas de día y de noche, la temperatura corporal baja puede ser manifestación de hipoglucemia. Tratar o prevenir la deshidratación restaurar el balance hidroelectrolítico, tratamiento de las infecciones, los déficits de vitaminas y minerales, la anemia severa y fallas cardíacas.

Tratamiento dietético

El niño severamente desnutrido casi siempre presenta infecciones, daño hepático y de la función intestinal y problemas de desbalance electrolítico. Por ello no toleran las cantidades habituales de proteínas, grasas y sodio. Es importante darle una dieta baja en estos nutrientes y alta en carbohidratos. Si las condiciones del niño/a lo permiten, se debe iniciar de manera inmediata la alimentación y mantener la lactancia materna. Comenzar con una dieta líquida, de fácil digestión

y adecuado valor nutricional. Administrar volúmenes pequeños a intervalos cortos durante el día y la noche. La alimentación nocturna es imprescindible para evitar la hipoglucemia. El volumen que se debe administrar en esta fase es de 90-130 ml/kg/día, que incluye los líquidos por vía oral y/o intravenosa. Aporte inicial de proteínas 0,8-1 g/kg/día y el aporte inicial de calorías 80-100Kcal/kg/día.

Si el aporte de la alimentación complementaria no es adecuado, debe ofrecerse por sonda nasogástrica hasta que mejore el apetito.

Fase de rehabilitación

Se mantiene hasta la recuperación del estado de nutrición normal. Comienza con la recuperación del apetito, libre de complicaciones, come satisfactoriamente y gana peso. Dura aproximadamente de 6 a 8 semanas.

Estimular al niño a que coma mucho, continuar con la lactancia materna, suministrar alimentos de fácil digestión, alto valor nutritivo, preparados de manera higiénica, agradable sabor y sin condimentos, ofrecer alimentos líquidos, semisólidos y sólidos para aumentar la consistencia de la dieta de manera progresiva según edad y condición clínica del niño/a. El volumen que se debe administrar en esta fase es de 130-150 ml/kg/día, distribuidos en 6 tomas de alimentos al día. Aporte inicial de proteínas principalmente animal 3,9-4,3 g/kg/día y el aporte de calorías 150-200 Kcal/kg/día, suplementar la dieta con vitaminas y minerales, estimular el desarrollo físico y emocional. Se debe administrar hierro y ácido fólico.

Fase de seguimiento

Los principios generales de esta fase son el monitoreo, control y evitar las recaídas las cuales deben realizarse en el consultorio del médico de la familia. Se considera una evolución satisfactoria cuando el peso/talla es superior al percentil 10. Mantener lactancia materna y cumplir con las inmunizaciones. ⁽³²⁾

Se define la intervención educativa como:

“Una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general”.⁽⁴⁰⁾

Objetivos de la intervención

La intervención psico-educativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables son objeto de la intervención, por tanto serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.

Contenido de la intervención

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades. Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas.^(40,41)

Destinatarios de la intervención

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos

individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.
- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera.⁽⁴¹⁾

Funciones de la intervención

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.
- Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.
- Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social.⁽⁴²⁾

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social).⁽⁴¹⁻⁴³⁾

Agentes de la intervención

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

- Entre profesionales.
- Para profesionales (colaboradores del profesional), como la investigación realizada en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre de la Dra. Ochandategui Camejo, que expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95%.⁽⁴⁴⁾

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social.

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

- Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).
- Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera)

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88,6% de conocimientos sobre salud y desastres y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92,5 %.⁽⁴²⁾

Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa.⁽⁴²⁻⁴⁵⁾

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue

más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario. ⁽⁴¹⁻⁴³⁾

Carácter científico de la intervención

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido incluso validar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios. ⁽⁴⁵⁾

Hipótesis investigativas:

Hipótesis nula (H_0): Con la aplicación de la estrategia educativa en las madres de niños malnutridos no se modifica el nivel de conocimiento.

Hipótesis de trabajo (H_1): Con la aplicación de la estrategia educativa en las madres de niños malnutridos, se modifica el nivel de conocimiento.

Material y Método

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después, con el objetivo de evaluar la modificación del nivel de conocimiento antes y después de implementar una estrategia educativa acerca de la malnutrición en las madres de niños con esta enfermedad, pertenecientes al Área de Salud Baraguá, en el periodo comprendido entre septiembre 2019 a mayo 2021.

Universo y muestra:

El universo de estudio estuvo conformado por 128 madres que presentan niños diagnosticado con malnutrición perteneciente al Área de Salud Baraguá, en dicho periodo de estudio.

Se escogió de ellas una muestra no probabilística e intencional de 40 madres que presentan niños diagnosticado con dicha enfermedad perteneciente al Área de Salud Baraguá, las cuales fueron seleccionadas y cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Concepto: Condición causada por la dieta inadecuada o insuficiente, o por un defecto en el metabolismo de los alimentos. Existen dos formas de malnutrición: cuando el desequilibrio se comprueba un balance nutricional positivo, se definen estos trastornos como malnutrición por exceso. En la presente investigación, el término malnutrición se emplea para referirnos siempre a la malnutrición por defecto.

Criterios de inclusión:

1. Madres que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado. (anexo 1)
2. Madres que presentan un niño menor de 18 años diagnosticado con malnutrición por defecto en el Área de Salud Baraguá.
3. Apto mentalmente.

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Descripción	Escala	
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Según el último grado vencido	Universitario Preuniversitario Secundaria Primaria	Porcentaje según categorías
Estado Civil	Cualitativa nominal politómica	Según estado civil en el momento de estudio	Soltera Casada Acompañada Divorciada	Porcentaje según categorías
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Según aplicación del cuestionario antes y después.	Satisfactorio 60 a 100% respuestas correctas Insatisfactorio menos de 60% respuestas correctas	Satisfactorio Insatisfactorio

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través del cuestionario, fuente de información primaria de la investigación, aplicada antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud del policlínico Baraguá, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario de preguntas (anexo 2) inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (anexo 3), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con la malnutrición en la muestra de estudio;

posteriormente se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: consta de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapla diagnóstica: Los conocimientos sobre malnutrición fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapla de intervención propiamente dicha: La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapla evaluación: Se aplicó la misma encuesta inicial y evaluarán bajo los principios que la inicial finalizada la intervención educativa.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Escala de evaluación del nivel de conocimientos por temas.

Adecuado: si responde correctamente de 60 a 100 %

Inadecuado: si responde correctamente menos de 60%

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del Policlínico Baraguá, y cómo se ha comportado la desnutrición por defecto en los últimos años en el mundo, Cuba, Ciego de Ávila y Baraguá.

- **Analítico-Sintético:** Se analizó y comparó las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que

existen factores que condicionan la poca orientación del personal de salud no especializado en el tema, así como el grado de desconocimiento de gran parte de la población sobre la desnutrición por defecto.

- **Inductivo-Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones dirigidas a capacitar a las madres en el Área de Salud del Policlínico Baraguá, Ciego de Ávila.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La encuesta: Método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

En correspondencia al problema de investigación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe los planteamientos de cada uno de los encuestados.

Plan de análisis de los resultados: Método estadístico

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y se resumió en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre la desnutrición por defecto, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Para la correlación de las variables nivel de conocimiento, se utilizó la técnica de McNemar, asume la hipótesis H_0 de que las proporciones antes y después no son

significativamente diferentes entre sí, por lo cual no existen cambios significativos en las muestras antes y después, contra la hipótesis alternativa H_1 que plantea que existen cambios significativos en las proporciones en las diferentes mediciones de las variables. Se trabajó con un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Si $p \leq \alpha$ (Se rechaza H_0)

Si $p > \alpha$ (No se rechaza H_0)

H_0 : Las proporciones de las variables antes y después no son significativamente diferentes entre sí.

H_1 : Las proporciones de las variables antes y después son significativamente diferentes entre sí.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	a	b	a +b
	Inadecuado	c	d	c +d
		a +c	b +d	n

a: Adecuado y Adecuado

b: Adecuado antes e Inadecuado después

c: Inadecuado antes y Adecuado después

d: Inadecuado e Inadecuado

Aspectos éticos

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada mujer en edad fértil leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los colaboradores. Siguiendo de esta forma los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y Justicia.

Análisis y Discusión de los Resultados.

Tabla 1. Madres según nivel de escolaridad.

NIVEL ESCOLAR	No	%
Primaria	15	37,5
Secundaria	12	30,0
Preuniversitario	10	25,0
Universitario	3	7,5
Total	40	100,0

Fuente. Cuestionario.

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el último nivel de enseñanza vencido.

El nivel de escolaridad vencido más frecuentemente reportado en la investigación resultó el primario, con 15 de las féminas para un 37,5% del total, seguido por el nivel secundario y el universitario con 12 y 10 participantes respectivamente que representaron el 30,0% y 25,0% por ese orden.

Se afirma que las madres solamente al tener un nivel educativo básico cuentan con una preparación limitada lo que reduce o alarga las posibilidades de crecimiento profesional y personal además de una posible mejora en la solvencia económica para cubrir con tranquilidad las necesidades familiares y personales.

Por lo mencionado, se puede afirmar que el conocimiento de las madres esta presto a modificaciones de acuerdo a la persuasión y acogida que demuestre el personal de salud; la motivación e integración grupal con dinámicas que permitan generar la confianza entre los participantes tiene un papel importante; así como además del nivel de escolaridad que presente la madre. ⁽³⁶⁻³⁷⁾

Tabla 2. Participantes según el estado civil. Ciego de Ávila. 2021.

Estado civil	No	%
Soltera	10	25,0
Casada	5	12,5
Acompañada	22	55,0
Divorciada	3	7,5
Total	40	100,0

Fuente: cuestionario

En la tabla 2 se desglosa el grupo según su situación sentimental de pareja al momento de la investigación.

El estado civil más frecuentemente referido resultó el de acompañada, con 22 de las participantes para el 55% del total seguido de las solteras con un 25,0% y en menor porcentaje las casadas y solteras para un 12,5% y 7,5% respectivamente. Lo que indica que un mayor porcentaje de madres acompañadas lo que favorece a nivel familiar que se atienda y satisfaga las necesidades de los niños de forma integral.

Las diferencias porcentuales encontradas en las diferentes categorías de estado civil, para cada grupo de edades no resultaron significativas según el resultado de la prueba estadística utilizada.

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimientos sobre alimentación interactiva evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	42	8	50
	Inadecuado	72	38	110
		114	46	160

Fuente: cuestionario

Prueba de Mc Nemar $p= 0,005$

La tabla 3 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos sobre identificación de alimentación interactiva en la malnutrición, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativo los cambios que se producen con la aplicación de la estrategia, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Prueba de Mc Nemar $p= 0,005$

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	42	12	54
	Inadecuado	68	38	106
		110	50	160

Fuente: cuestionario

Prueba de Mc Nemar $p= 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos sobre la alimentación complementaria en la malnutrición, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria. Resultó suficiente para ser considerado significativo los cambios que se producen con la aplicación de la estrategia, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Prueba de Mc Nemar $p= 0,000$

En el estudio de Soncco ⁽⁴⁵⁾, se puede observar que del 100% de madres participantes antes de la sesión educativa demostraron una práctica sobre la preparación de 6 meses adecuada un 53% y el 47% no lo realiza, después de la intervención se observa que incrementó en un 100% la práctica correcta, con un incremento de un 58% al 100% del nivel de conocimientos.

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos sobre grupos de alimentos, evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	36	26	62
	Inadecuado	54	44	98
		90	70	160

Fuente: cuestionario

Prueba de Mc Nemar $p= 0,01$

La tabla 5 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos sobre grupos de alimentos beneficiosos, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria. Lo que resultó en una modificación significativa y positiva, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Prueba de Mc Nemar $p= 0,01$

Tabla 6. Participantes según nivel de conocimientos sobre higiene en los alimentos, evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	62	26	88
	Inadecuado	54	18	72
		116	44	160

Fuente: cuestionario

Prueba de Mc Nemar $p= 0,016$

La tabla 6 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos sobre higiene en los alimentos, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado obtenido.

Son significativos los cambios que se producen con la aplicación de la estrategia, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Prueba de Mc Nemar $p= 0,016$

Mamani, ⁽⁴⁶⁾ con una muestra de 44 madres mejoró significativamente las prácticas sobre seguridad nutricional el grupo experimental mostró un promedio de 4.6% a 6.0% de mejora. Por lo tanto, se puede afirmar que el refuerzo educativo de las prácticas en el uso higiénico y preparación de los alimentos por medio de las técnicas demostrativas con la participación activa de las madres en la realización de diversos platos de acuerdo a la edad da como resultado prácticas favorables, consiguiéndose una preparación enriquecedora en el tema para mejora en la crianza de los niños.

Tabla 7. Participantes según nivel de conocimiento general sobre la malnutrición infantil, evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	39	25	64
	Inadecuado	55	41	96
		94	66	160

Fuente: cuestionario

Prueba de Mc Nemar $p= 0,000$

La tabla 7 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos general sobre la malnutrición infantil, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria. Logrando de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Prueba de Mc Nemar $p= 0,000$.

Unicef ⁽⁴²⁾, menciona; las pruebas revelan que mejorar el conocimiento y las prácticas de alimentación puede conllevar a una mayor ingesta en la dieta y un mayor crecimiento en los niños. Díaz ⁽⁴³⁾, en su estudio hace mención que, en una muestra de 95 madres, encontró que existe relación entre las prácticas con el estado nutricional y desarrollo psicomotor valores obtenidos luego de la aplicación de la T de student.

Por tal razón, se puede fundamentar que es posible conseguir resultados favorables en el crecimiento de los niños malnutridos por medio de un adecuado aporte educativo además de una supervisión otorgado por el profesional de salud dirigida a las madres de familia. Así mismo, lograr conseguir resultados nutricionales favorables de acuerdo a los indicadores antropométricos (peso y talla) nos da un panorama básico del bienestar nutricional del menor para asegurar un rendimiento en las habilidades del lactante a corto y a largo plazo. ⁽⁴⁴⁾

Conclusiones

Predominó el grupo con nivel de escolaridad primaria, y situación sentimental de pareja acompañado. Se reportó una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos sobre alimentación interactiva y alimentación complementaria en niños malnutridos, así como grupos de alimentos ricos en vitaminas y minerales y el manejo e higiene en los alimentos, a lo que provocó que se observaran diferencias significativas entre el nivel de conocimientos general sobre el tema en las madres evaluadas. La evaluación final del nivel de conocimientos fue significativa demostrando la efectividad de la intervención educativa.

Referencias Bibliográficas

- 1-Regino Piñeiro Lomas, Tamara Díaz Lorenzo. Nutrición, Cerebro Humano y Aprendizaje en las Niños, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba 2014, p: 15-17.
- 2-Garofalo Gómez N, Gómez García AM, Vargas Díaz J, Novoa López L. Repercusión de la nutrición en el neurodesarrollo y la salud neuropsiquiátrica de niños y adolescentes. [Internet]. 2014[citado 12 Mar 2015]; 81(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475312009000200008&script=sci_arttext.
- 3-Ávila CA. Incidencia de la desnutrición en la población infantil. Rev Sanidad Mil Méx. 2018:658-66.
- 4- Mejía Curiel EB. Desnutrición en niños y niñas de la etnia Wayuu: entre lo ético, lo propio y pertinente. Rev Med Electrón 2017; 39(Supl 1): 803-812.
- 5-Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: OMS; 2018.
- 6- Center for disease control and preventive, National Center for Health Statistics. CDC, growth charts: United States, 2016.
- 7-Valdés Alonso MC. La desnutrición y su repercusión en la salud del niño. En: Pediatría 2013.Programa/ Resúmenes. La Habana: Centro de Convenciones de Cojímar; 2013. p. 35-39.
- 8-Ledea Capote EM. Desnutrición proteico-energética en niños menores de cinco años. Guinea Bissau. 2015- 2016. Multimed [Internet]. 2017[citado 12 Jul 2018]; 21(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77616>

9-González Marrero JM, Labrada García M, Cruz Pérez R, Cardona Cáceres X. Aspectos epidemiológicos que influyen en la desnutrición proteico- energética en pacientes del área de Petare. Correo Científico Médico de Holguín [Internet]. 2017[citado 12 Jun 2018]; 14(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no142/no142ori01.htm>.

10- Palma Estrada C, Cabrera Jiménez F, Valverde Palma LG. Calidad proteica de la dieta en lactantes con desnutrición severa. Rev Cubana Pediatr 2018; 90(1):59-69.

11-Batista MR, Abeleira TP. Malnutrición proteica energética aguda o kwashiorkor en niños menores de cinco años. Rev Elec Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2018[citado 12 Jul 2019]; 38(II): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/570/pdf_194

12- Weisstaub G, Soria R, Araya M. Desnutrición grave en un hospital pediátrico. RevSoc Bol Ped [Internet]. 2006[citado 15 Marz 2015];45(2):90-94. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S102406752006000200003&script=sci_art_text.

13-Gaviria, Luisa María et al. Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena Nasa, Cauca-Colombia, 2016. Facultad Nacional de Salud Pública, [S.I.], v. 35, n. 3, p. 390-399, aug. 2017. ISSN 2256-3334. Disponible en:

<<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/27052>>.

Fecha de acceso: 23 may 2018.

14-III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. Mariano Bonet Gorbea, Patricia Verona Pérez. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2017.

15-. Rodríguez López J, Suárez Villa M, Lastre Amell G, Gaviria García G, Carrero C. Evaluación de un programa de recuperación nutricional. Archivos Venezolanos De Farmacología Y Terapéutica 2017; 36(6): 195-201.

16- Evaluación Nutricional. Facultad de Medicina, Carrera de Nutrición, Cátedra de Evaluación Nutricional, 2018. [monografía en internet] 74-84.

17- Ekhar E, Ziegler EE, Filer LJ. Conocimientos actuales sobre nutrición. 7 ed. Washinton DC: OPS\OMS ILSI Press; 1997: 410.

18- de Acosta T, de Rodríguez I, Rossell Pineda M, Castillo M. Fósforo sérico en niños con desnutrición grave y su relación con el síndrome de realimentación. Archivos Latinoamericanos De Nutrición [Internet]. 2016 [citado 11/9/2019]; 66(1). Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2016/1/art-4/> [Links]

19-Venter M. Nutritional management of kwashiorkor and marasmus, the refeedingsyndrome. NestNutr. 2019; 18:6.

20- Pediatría. Colectivo de autores. TI. Trastornos de la nutrición. Capitulo24. En: Trigo Marabotto M, Díaz Antúnez ME, editores. Pediatría tomo I La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p 223-262.

21-Fariñas Reinosos AT. De la vigilancia epidemiológica a la vigilancia en salud. 2016[citado 25 Mar 2017].

22-Victoria CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, LombardiC, Barros FC. Breast feeding nutritional statusand other prognostic for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. Bull World Health Organ 2017; 70(4):467-75.

23-Reyes Hernández J, Gallegos Martínez J. La desnutrición infantil: Población rural del programa oportunidades. Rev AcadInve [Internet]. 2013[citado 15 Marz 2015];(9): 5-7. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Jaime_Reyes-Hernandez/publication/254411212_LA_DESNUTRICIN_INFANTIL_POBLACIN_RURAL_DEL_PROGRAMA_OPORTUNIDADES/links/5400964a0cf23d9765a3f1da.pdf.

24-Department of Nutrition for Health and Development and the Water, Sanitation and Health Unit. *Water Sanitation and Health (WSH). World Water Day 2001, World Health Organization*

(WHO). Obtenido el 9 de Septiembre del 2011 I. Disponible en; http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/malnutrition/en/.

25-Adde FV, Rodríguez JC, Cardoso AL. Nutritional follow-up of cystic fibrosis patients; the role of nutrition education, *J Pediatr (Rioj)* 2018; 80; 475-82.

26-Crecimiento físico y estado nutricional de adolescentes escolares. informe: CENAN-INEi. Estado nutricional en el Perú, 2016.

27-Cossio-Bolaños MA, Figueroa P, Cossio-Bolaños W, Lázari E, Arruda M. Parámetros del crecimiento físico de niños que viven a moderada altitud. *Rev Med Hered.* 2017; 23(2):96-105.

28-Cossio-Bolaños MA, Bustamante A, Caballero-Cartagena L, Gómez-Campos R, Arruda M. Crecimiento físico de niños escolares a nivel del mar y a altitud moderada. *An Fac med.* 2017; 73(3):183-9.

29-Torres P, Linares J, Bonzi N, Giuliano ME, Sanziani L, Pezzotto SM, Bravo Luna M. Prevalencia de sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial en adolescentes de una escuela de arte. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2018; 13(4):272-8.

30-Chescheir N. obesidad en el mundo y su efecto en la salud de la mujer. *Obstet Gynecol.* 2018; 117: 1213–22.

31-Cano-Garcinuño A, Alberola-López S, Casares-Alonso i, Pérez-García i. Desigualdades sociales en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes. *An Pediatr (Barc).* 2017; 73(5):241–8.

32-Zayas Torriente GM. Desnutrición energética protéica en la infancia. En: Zayas Torriente GM, editor. Alimentación y nutrición en la infancia y la adolescencia [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2012[citado 23 May 2018];[aprox. 18 p.]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros/alimentacion_nutricion_infancia_adolescencia/cap_7.pdf.

33- Organización Panamericana de la Salud. La obesidad en la pobreza, un nuevo reto para la salud pública. Publicación científica 2017; 76 (1):4-8.

34-Berdasco A, Mercedes E, Gutiérrez J A. Segundo estudio nacional de crecimiento y desarrollo. Cuba 1982. Valores de peso y talla para la edad. Revista Cubana de Pediatría. 2017; 63 (1): 4 – 21.

35-Kliegman Robert M, Jenson Hal B, Behrman Richard E, Stanton Bonita F. Nelson Tratado de Pediatría. 19th. España: Interamericana; 2020. Capítulo 43. p. 173-210.

36-Ledea Capote EM. Desnutrición proteico-energética en niños menores de cinco años. Guinea Bissau. 2015-2016. Multimed [Internet]. 2017[citado 12 Jul 2018]; 21(6): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77616>

37-Hernández Fernández M, Plasencia Concepción D, Jiménez Acosta S, Martín González I, González Pérez T, Pineda Pérez S, et al. Temas de Nutrición. Nutrición Básica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018. p. 7-149.

38- Suarez Cortina L, Martínez Suarez V, Aranceta Batrina J. Manual práctico de nutrición en pediatría [Internet]. 2017[citado 15 Mar 2016]: [aprox. 16 pantallas] Disponible en: <http://www.freelibros.org/pediatria/manual-practico-de-nutricion-en-pediatria-maria-teresa-munoz-calvo-lucrecia-suarez-cortina.html>.

39-Zayas Torriente G. Desnutrición en el niño preescolar, escolar y adolescente. Capítulo 4. En: Hernández Fernández M, editor. Temas de Nutrición dietoterapia. La Habana: Ciencias Médicas; 2020.p.17-24.

40-¿Qué es la intervención socioeducativa? [Página en Internet].UPN; 2015 [citado 29 Oct. 2016] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>.

41-Arias Carbonell MM, Cano Pozo E, Torres Leiva JE. Estrategias de aprendizaje de los residentes en Medicina General Integral del Centro Oftalmológico “José Martí”. Educación Media Superior [serie en Internet]. 2015 [citado 29 Oct. 2015]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200010

42-Ríos Massabot NE, Fernández Viera RM, Jorge Pérez ER. Los registros médicos en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2016 [citado 29 Oct. 2016]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

43-Morles V, Álvarez N, Camino J, Castillo E, Manzanilla O, Nieves F, et al. Sistema nacional de educación avanzada. Caracas: Centro de Estudios e Investigaciones sobre 26. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. Educación Media Superior [serie en Internet]. 2015 [citado 29 Oct. 2016]; 22(2): [aprox.

44-Ochandategui Camejo L. Caracterización de la preparación de médicos y enfermeras para enfrentar desastres. Municipio 10 de Octubre [tesis]. La Habana: ISCM-H; 2017.

45- Fernández Valdivia A, Lobo Tamer G, Martínez Cierre MC, Valero Aguilera B, Peña Taveras MC, Rodríguez Rodríguez JM, et al. Estudio de los exitus con diagnóstico secundario de desnutrición en un hospital de tercer nivel.

NutrHospEspa [Internet]. 2016[citado 15 Mar 2017];28(4):1275. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112013000400042&script=sci_arttext.

46-Cordero Herrera AM. Principales enfermedades asociadas al estado nutricional en el niño menor de un año. Medident Electrón [Internet]. 2016 jul.-sep [citado 12 Jul 2018];18(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000300003

ANEXOS

Anexo I

Carta de Consentimiento Informado de participación en el estudio.

Servicio Medicina General Integral
Policlínico Sur de Ciego de Ávila.

Yo: _____

Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que realicé a propósito de la investigación sobre intervención educativa sobre la malnutrición en el niño, sobre la que se aportó información suficiente.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el médico.

La cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del investigador: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Anexo II

Cuestionario de Malnutrición

Área de salud Baraguá

Ciego de Ávila

La presente encuesta tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre la malnutrición en madres de niños atendidos en el policlínico Baraguá de Ciego de Ávila. Los datos que usted proporcione son de carácter anónimo y confidencial; por lo que solicito conteste con entera libertad y sinceridad a las respuestas expuestas a continuación.

INSTRUCCIONES:

I.- Datos Generales.

Edad de la madre: No. _____

Estado civil:

Soltera _____

Casada _____

Acompañada _____

Divorciada _____

Nivel de escolaridad:

Primaria sin terminar _____

Primario _____

Secundario _____

Preuniversitario _____

Universitario _____

II. - Datos específicos:

1. Sobre la importancia de la pregunta: ¿qué es la alimentación interactiva en el niño con malnutrición? Marque con un (X) la que usted considere adecuada:

a) Es la alimentación que considera importante la cantidad y calidad de los alimentos ()

- b) Es la alimentación que responde al ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Quién?, ¿Cuándo? Se debe dar de comer ()
- c) Es la alimentación en gran cantidad en la que se acompaña al niño con toda la familia ()
- d) Es la alimentación que ofrece aceptación y cariño durante la primera comida ()
- e) Cuando se le da la comida al niño ()

2. Sobre la importancia de la Alimentación Complementaria referida a los niños con malnutrición. Marque con un (X) la que usted considere adecuada:

- a) Permite que este relajado y se divierta jugando con otros niños ()
- b) Permite que no tenga dolor en el estómago en las 24 horas del día ()
- c) Aumenta solo su crecimiento y la capacidad de su lenguaje en un 80% ()
- d) Favorece su crecimiento-desarrollo y reduce el riesgo de contraer enfermedad()
- e) Disminuye el rendimiento escolar ()

3. Sobre los grupos de alimentos que usted podría brindarle a su hijo, ¿cuáles contienen mayor fuente de vitamina A y C? Marque con un (X) la que usted considere adecuada:

- a) Cereales y frutas ()
- b) Frutas y verduras ()
- c) Tubérculos y verduras ()
- d) Legumbres (menestras) ()
- e) Cereales y carnes ()

4. ¿Cómo asegurar la higiene en los alimentos y evitar la transmisión de agentes infecciosos en esta? Marque con un (X) la que usted considere adecuada:

- a) Lavarnos bien solamente las manos, brazos y rostros ()
- b) Lavar bien los recipientes a usar, las cucharas y el pollo ()
- c) Lavar bien la cocina, los recipientes a usar y las ollas ()
- d) Bañarnos diario ()
- e) Lavarnos bien las manos, los alimentos y los utensilios ()

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Satisfactorio: Contestar incisos. C

Insatisfactorio: Contestar incisos. A, B, D, E o incumplir con el marcaje correcto

Pregunta 2:

Satisfactorio: Contestar incisos. D

Insatisfactorio: Contestar incisos. A, B, C, E o incumplir con el marcaje correcto

Pregunta 3:

Satisfactorio: Contestar incisos. B

Insatisfactorio: Contestar incisos. A, C, D, E o incumplir con el marcaje correcto

Pregunta 4:

Satisfactorio: Contestar incisos. E

Insatisfactorio: Contestar incisos. A, B, C, D o incumplir con el marcaje correcto

Calificación Final:

Correctas: Contestar 3 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

Anexo III

Programa de intervención educativa Área de salud Baraguá Ciego de Ávila

Objetivos General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre malnutrición en madres de niños afectos por medio de una intervención educativa para motivar un cambio de conducta en esta población.

Específicos:

- a) Definir el concepto de malnutrición.
- b) Mencionar los factores de riesgo que conllevan a la malnutrición y sus consecuencias.
- c) Definir la importancia de la alimentación complementaria e interactiva en estos niños.
- d) Determinar los grupos de alimentos favorecedores para el crecimiento y desarrollo, así como la higiene en los alimentos para evitar la transmisión de agentes

Sección No.1

Tema: Introducción al programa Educativo

Objetivos:

- Presentar a las participantes y crear relaciones afectivas entre las mismas.
- Presentar el curso y sus objetivos.
- Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigas, vecinas u otras personas

Actividades:

Actividad Principal: Se abordan los temas relacionados con la investigación, se tiene en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre. Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Método de enseñanza: Charla educativa.

Medios: Humanos y Material Mimeografiado.

Sección. No.2

Tema: Introducción sobre la malnutrición.

Objetivos:

- Mostrar aspectos que conllevan a la malnutrición y sus consecuencias.
- Definir la importancia de la alimentación complementaria en niños malnutridos.

Actividades:

Introducción: Se explicaron las principales características la malnutrición, haciéndose énfasis en su definición y en que consiste la alimentación complementaria.

Actividad Principal: Mediante la lectura dirigida se expuso la definición malnutrición. Posteriormente se pidió que hicieran comentarios y presentaran sus dudas, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: Se aplicó la técnica: “La Mecha y la Bomba”, que consistió en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha y un bolo de derecha a izquierda, los que al coincidir en las manos de algunas participantes “explotan” lo cual determinó que se hicieran algunas preguntas relacionadas con el tema impartido en ese encuentro. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos, Pancarta de cartulina, Bolo, Pelota y Material de Oficina.

Sección No. 3

Tema: Características de la alimentación interactiva en estos niños.

Objetivos:

- Explicar las principales características de la alimentación interactiva en estos niños.
- Exponer los alimentos favorecedores para la correcta nutrición de estos niños y aporte mineral y vitamínico.

Actividades:

Introducción: Se hizo un breve resumen de la actividad anterior y se recordaron los términos y definiciones introducidas en el encuentro precedente.

Actividad Principal: Mediante la lectura dirigida se expusieron las principales características de la alimentación interactiva, posteriormente, se le mostró un vídeo, que trataba algunos aspectos del tema, enfatizando en el aporte mineral y vitamínico de algunos alimentos.

Cierre: Se empleó una técnica de animación: dar y recibir aprecio. Todas las pacientes sentadas en círculo, de izquierda a derecha, el que le dio aprecio lo reciben, luego este se expresa en voz alta para que todos los escuchen. Al finalizar la autora enfatizo en la forma de reconocerlos con lo que concluyo dicha sección. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Conferencia audiovisual.

Medios: Humanos, Videos y Televisor.

Sección No. 4

Tema: el correcto manejo de alimentos y su higiene.

Objetivos:

- Explicar el correcto manejo e higiene de los alimentos y su manera más adecuada de conservarlos.

Actividades:

Introducción: esta sección se iniciará con la técnica participativa “El Amigo Secreto”, Donde cada integrante después de haber seleccionado su pareja le tendrá que realizar una pregunta relacionada con el tema anterior y así sucesivamente todos podrán preguntar y responder.

Actividad Principal: Se inicia la sección con una conferencia por parte de la autora de la investigación, sobre el correcto manejo e higiene de los alimentos y su manera más adecuada de conservarlos, luego a través de la técnica participativa Lluvia de Ideas se le solicitó a las pacientes que mencionaran los métodos de higiene que conocían para el uso y conservación de alimentos, los cuales se escribieron por medio de un moderador en la pizarra, al finalizar la autora expuso cuál de todos serían los más adecuados y correctos.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios; Humanos, Pizarra y Tizas.

Etapas de Evaluación

En la tercera etapa, se aplicó por segunda vez el mismo cuestionario una vez impartido el programa educativo, donde se pudo valorar y elevar el nivel de conocimientos de las pacientes estudiadas.