

INTRODUCCIÓN

La salud cubana inmersa en un proceso de perfeccionamiento que incluye entre otras cuestiones la elevación en la calidad de los servicios, del nivel científico de sus profesionales y técnicos así como de mostrar al mundo la eficiencia de un sistema de salud con amplio reconocimiento internacional, tiene como prioridad en la atención primaria de salud la ejecución del programa de Promoción y Educación para la Salud, es importante resaltar que lo expresado por Lalonde 1974,^(1,2,3,4,5) se mantiene vigente en el sistema de salud cubano, cuando refería hasta ahora la mayoría de los esfuerzos de la sociedad para mejorar la salud se han enfocado en la organización del cuidado médico.^(6,8) A pesar de que cuando identificamos las actuales primeras causas de muerte y enfermedad en Canadá,⁽⁷⁾ encontramos que sus raíces en los otros tres componentes del concepto: biología humana, medioambiente y estilos de vida. Es aparente, por lo tanto, que las vastas sumas de dinero que se han estado gastando tratando las enfermedades han podido gastarse mejor previniéndolas.

Varios son los ejemplos que reafirman lo antes expuesto, quién no sabe en nuestro país que fumar daña la salud y en consecuencia cuántos dejan de fumar cada año y los que lo hacen en su mayoría se ven obligados por ya tener instaurada una enfermedad derivada de la adicción, la lactancia materna es otro ejemplo, el uso del preservativo en las relaciones sexuales, el actuar ante las señales de alarma por posibles enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer de mama, de vías digestivas, cérvico uterino por solo mencionar las más frecuentes son ejemplos elocuentes, por tanto en qué fallamos, en la promoción de salud que no la cumplimos como plantean sus presupuestos fundamentales de adelantarnos al problema, que siempre estamos esperando que aparezca el problema o tener el riesgo encima de la población para en consecuencia actuar⁽¹⁴⁾.

Todos estos elementos están presentes no solo en nuestro país, sino en nuestra provincia y en Morón en específico de ahí la necesidad de generar con esta investigación que se dote al municipio de una base de programas de comunicación social en salud enfocados al cambio de comportamiento dirigido al autocuidado y preparación para evitar problemas de salud, es decir, ir a la búsqueda de no enfocar la prevención de enfermedades desde la enfermedad o la situación desencadenante

sino previo a esta, como está orientado, reglamentado y legislado por nuestro ministerio y que no se les da cumplimiento en toda su cabalidad en la Atención Primaria de Salud(APS).^(15,16)

Una ganancia de peso adecuado durante la gestación asegura una buena salud y nutrición de la madre y del bebé. En las gestantes que comienzan su embarazo con peso deficiente no debe faltar la orientación sobre la necesidad de que cambie y transite por un canal normal de la tabla de evolución ponderal. En aquellos casos que comienzan la gestación con sobre peso u obesidad y aquellos que tienen factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, deberá realizarse una más intensa vigilancia del estado nutricional durante todo el embarazo ^(1, 16,17).

Alimentar a un niño significa no solamente satisfacer la necesidad básica de comer sino que además debe ser el momento para crear hábitos alimentarios adecuados y brindar cariño y cuidado. ^(20, 21)

La obesidad constituye un problema de salud creciente en las sociedades donde se experimentan cambios positivos en el nivel socioeconómico, sobre todo en aquellos que parte de condiciones de subdesarrollo y pobre nivel educacional y cultural. ^(15,18)

La principal vinculación de este estado con la salud, estriba en su asociación con enfermedades que ocupan los primeros lugares dentro de los cuadros de morbilidad y mortalidad de la población, como son las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo II, las enfermedades cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer. En los adolescentes, la obesidad constituye la causa principal de hipertensión mantenida y se ha señalado que aproximadamente el 25% de los adolescentes obesos puede sufrir complicaciones cerebrovasculares o cardiovasculares en los siguientes 7 años. También se ha observado que en los niños, al igual que en los adultos, la adiposidad excesiva se puede asociar con niveles séricos elevados de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y con la reducción de lipoproteínas de alta densidad (HDL). ^(18,19)

Si bien en lactantes y niños de poca edad la asociación de la obesidad con estos trastornos no es frecuente su aparición o persistencia en la edad escolar y en la adolescencia representa un importante riesgo de mantenerse en la adultez lo que le confiere una connotación particular. El sobrepeso que acompaña a la adiposidad

excesiva puede producir diversos trastornos como son los problemas ortopédicos y la reducción de la capacidad del trabajo físico. Todo esto, unido a consideraciones estéticas, produce, además, trastornos psicológicos que se derivan no solo de la distorsión de la autoestima, sino de las relaciones sociales del individuo. (1, 2, 3,20)

En nuestra población y en específico la del consultorio médico de familia # 16 del área norte de Morón 19 niños y niñas en los últimos cinco años desde 2011 a la fecha de inicio de esta investigación han presentado obesidad en el 1er año de vida los que representan el 38,3% del total por lo que nos proponemos con el presente trabajo resolver el siguiente problema a investigar

Problema: ¿Cómo incrementar el nivel de conocimiento en las embarazadas del consultorio 16 del área norte de morón sobre obesidad en niños menores de un año para disminuir su incidencia?

Objeto de la investigación: Proceso de educación para la salud

Campo de la investigación: Obesidad en niños y niñas en su primer año de vida.

Objetivo General: Implementar un programa de comunicación educativa en salud dirigido a las embarazadas del CMF # 16 del área norte de Morón para disminuir la incidencia de obesidad en niños en el 1er año de vida.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a las embarazadas del consultorio número 16 según variables sociodemográficas
2. Diagnosticar el nivel de conocimiento que tienen las embarazadas con respecto a la obesidad en niños menores de un año.
3. Fundamentar teóricamente la investigación desde el objeto de la misma hasta el campo de acción.
4. Realizar estudios CAP (conocimientos actitudes y prácticas) antes y después de aplicado el programa de comunicación educativa en salud dirigido a las embarazadas del CMF # 16 del área norte de Morón para disminuir la incidencia de niños obesos en el 1er año de vida.
5. Evaluar la efectividad del programa de comunicación educativa en salud dirigido a las embarazadas del CMF # 16 del área norte de Morón para disminuir la incidencia de niños obesos en el 1er año de vida.

Hipótesis

Si se implementa un programa de comunicación educativa en salud, centrado en el sujeto, utilizando métodos educativos que impliquen afectivamente a este y con una comunicación horizontal, se contribuirá a lograr un incremento en el nivel de conocimientos en las embarazadas del CMF # 16 del área norte de Morón para disminuir la incidencia de niños obesos en el 1er año de vida.

MARCO TEÓRICO

La intervención comunitaria.

Los rasgos distintivos del trabajo comunitario tienen su esencia a finales del siglo XIX, pero este no adquiere cuerpo hasta la década del 60 del siglo XX en los Estados Unidos, se producía un movimiento de atención a los desposeídos, a las familias de menos ingresos y a comunidades que estaban en desventaja social con respecto a otras en las grandes ciudades, es entonces cuando la conferencia de Swampscott, Massachussetts (Conference on the Education of Psychologists for Community Mental Health), celebrada en 1965, a partir de la cual se inician una serie de programas de acción, publicaciones que registran sus primeras definiciones y logros, y casi inmediatamente empiezan a dar cabida a cuestiones y dudas de orden teórico. (3,21)

Otros aspectos tratados por esta (3,21) relacionado con el avance que el trabajo comunitario tuvo en el área de Latinoamérica, en el que se refleja que en sus inicios la pluralidad de culturas y la incomunicación hizo que las diferentes disciplinas se fueran incorporando lentamente al proceso de trabajo comunitario, el que contó en sus inicios con el trabajo de antropólogos y sociólogos dando cabida a la Psicología en los finales del 60 del pasado siglo. No obstante como significa la autora ya en la década referida se tienen conocimientos de experiencias en varios países como: Brasil, Colombia, El Salvador, México, Panamá, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela. Estas contaron más con el interés de especialistas de las ciencias sociales dentro de su labor específica que con la voluntad política de los gobernantes.

La presencia en varios países del continente de gobiernos dictatoriales frenó la intervención en comunidades y en el caso de producirse estas, las mismas tenían fines políticos ya que el dinero utilizado recaía en los destinados a campañas electorales. (20, 21,22)

Desde los años finales de la década de los 80 del siglo XX, se comienza a producir un auge de la gestión y la autogestión comunitaria a partir de programas desarrollados por instituciones de la Organización de las Naciones Unidas, entre las

que se encuentran la UNICEF para la atención a la infancia, la UNESCO para la cultura y la educación, la FAO para la alimentación y el fondo de población PNUD entre otras. Estas trabajan con países y comunidades en campañas de vacunación, la alfabetización, proyectos para la producción de alimentos, la restauración y construcción de viviendas, la creación de entornos ambientales y el desarrollo de comunidades de forma integral que permitan la elevación de la calidad de vida en general. (5,7,21,22,23,24)

Ya en los 90 del pasado siglo no solo intervienen en la comunidad organismos y organizaciones internacionales, si no que aparecen un número indeterminado de Organizaciones No Gubernamentales ONG con determinado nivel de financiamiento que deciden poner en práctica acciones comunitarias y para lo cual ya utilizan técnicas investigativas de diagnóstico para la intervención, así como, la elaboración de programas transdisciplinarios capaces de analizar los problemas de la comunidad de forma holística según. (21,23,25,26,27)

Los estudios comunitarios para la intervención en estos espacios son cada vez más abarcadores tomando en consideración que la comunidad es considerada un espacio físico ambiental, geográficamente delimitado, en el que tiene lugar un sistema de interacciones económicas, sociopolíticas y socio psicológicas que generan un conjunto de relaciones interpersonales sobre la base de necesidades; este sistema resulta portador de tradiciones, historia e identidad propias que se expresan en identidad de intereses y sentido de pertenencia que diferencian de los restantes al grupo que integra. (21,22,23,28)

El elemento principal de la vida comunitaria es la actividad económica. Pero también están las necesidades sociales como la salud, la educación, la cultura, la recreación, el deporte y otras. Todas ellas integran una unidad y exigen un esfuerzo de cooperación. (7,12,23)

Es importante la atención al trabajo comunitario, sobre todo como acción de alcance estratégico. Un peso fundamental debe recaer en la labor del Estado, desarrollando su función especial de vehículo de participación en la conducción del desarrollo social, que aglutine a los diferentes actores para la ampliación gradual de la base popular de este proceso, condición necesaria para un movimiento estable y

progresivo de avance hacia el autogobierno local; de modo que constituya un escenario de concertación de compromiso de los diferentes niveles y sectores de la sociedad, en función de elevar la calidad de vida lo que daría rasgos distintivos al desarrollo de comunidades.^(2,6,17,25,26)

Siguiendo las características que plantea el modelo comunitario en otros ámbitos como la salud o la educación, la intervención con la comunidad se plantea la meta del incremento del bienestar social y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos que la componen y orientados por la finalidad de una promoción de la competencia de la comunidad para solucionar sus problemas y generar recursos para superarlos. La intervención debe desarrollar trabajos de investigación social, movilizar grupos y consultoría entre otros, desde una perspectiva preventiva y proactiva. Un aspecto importante tiene que ver con la intervención sobre los factores que facilitan fenómenos como la exclusión, discriminación, racismo, desempleo y violencia, Roque Hernández, Mauro.⁽²¹⁾

Como una de las finalidades más importantes de la intervención con la comunidad se debe destacar la prevención, focalizada en grupos de riesgo o grupos relevantes con respecto al problema del que se trate. Igualmente los programas de participación social o sensibilización ante grupos o problemas concretos sean del ámbito que fueren deben ser contemplados desde las estrategias comunitarias.⁽²¹⁾

La Intervención Comunitaria como parte de la Promoción de Salud en Cuba.

La revolución cubana y su proyecto humanista generó cambios radicales en la América Latina, se producían continuamente avances sociales que no les eran ajenos al imperialismo norteamericano, la campaña de alfabetización, la Ley de Reforma Agraria, la gratuidad de la salud y la educación, la eliminación de barrios insalubres, la elevación de la atención a las comunidades más apartadas de la geografía cubana, entre otras, propició que los Estados Unidos comenzaran a prestar atención al trabajo social en países de Latinoamérica, pero no con las mismas intenciones sino con el propósito de no perder espacios de dominación. Esto resultó un fracaso porque la estrategia asumida evidentemente se distanciaba de las reales necesidades de los pueblos,^(28,29) del Centro de Estudios Comunitarios de la UCLV.

La práctica en la construcción de una sociedad de nuevo tipo, trajo consigo la introducción de nuevas visiones y contradicciones sobre la significación e implementación del trabajo comunitario, vinculado ello al papel de la clase obrera y los grupos sociales en las tareas constructivas, de dirección de la sociedad. (23, 30,31)

Por ello en nuestros días, tanto en los países capitalistas, como en los que tomaron un rumbo diferente salvando las diferencias, avanzar en la definición de aspectos teóricos y prácticos asociados al trabajo comunitario es una necesidad incuestionable.

El proyecto revolucionario cubano ha estado condicionado a la superación de un conjunto de contradicciones internas y externas. Hoy la compleja sociedad cubana es portadora de un conjunto de contradicciones que condicionan su desarrollo: En el orden económico, político, ideológico y social presupone la necesidad de un trabajo integrado para la atención a las comunidades. (29,31)

En un primer momento las calamidades heredadas del capitalismo, determinó la prioridad para atender en las comunidades necesidades elementales, se prescindía de diagnósticos sofisticados a pesar de que tampoco existía una fuerza calificada para realizarlo, era una forma espontánea de atender y resolver los problemas que incluso eran comunes. (22,23)

Otro aspecto al que se refiere, (22,23) es lo concerniente a los inconvenientes económicos por los que ha tenido que transitar el país a lo largo de todos los años del proceso revolucionario, no obstante se cuenta con un importante potencial científico para el desarrollo comunitario en el que se conjugan trabajadores sociales, personal de salud, cultura y el INDER, además se perfecciona la proyección comunitaria de las instituciones educacionales, empresas, instalaciones culturales y deportivas entre otras.

Unido a ello, como consecuencia de los factores de carácter externo e interno, asociados a la referida crisis, la dirección del país se vio en la necesidad de aplicar medidas con el objetivo de salvar la revolución, algunas de las cuales han provocado un fuerte impacto y una gran movilidad social. Ello ha significado que miles de personas tienen como escenario central de sus vidas la comunidad donde residen.

Cuba se encuentra en un momento de tránsito paradigmático del modo de participación popular, en que prime la necesidad de construir este modo de participación en el que sea una prioridad, el perfeccionamiento de la empresa socialista, la inserción social y asumir la diversidad de los sujetos para el progreso, incrementar el diálogo como vía para el trabajo político ideológico, trabajar por una mayor equidad, acercar el modo de vida a los resultados de trabajo y el perfeccionamiento de la labor de las organizaciones no gubernamentales. ^(13,11,24)

A partir de los años 80 comienzan a gestarse en el país un grupo importante de proyectos que en su mayoría parten desde la comunidad en función de procurar un desarrollo endógeno, es decir, desde dentro, teniendo en cuenta las potencialidades y las posibilidades de los miembros comunitarios, estas intervenciones son más ordenadas, con una mayor integración de actores sociales de diferentes formaciones profesionales y la participación activa de líderes informales y una mayor comprensión hacia la diversidad entre los miembros de la comunidad. ^(13,22,29)

Variados han sido los programas de salud que se han desarrollados a nivel comunitario en los últimos años en Cuba entre los que sobresalen los relacionados con el Programa Materno Infantil y dentro de este la Lactancia Materna viene ocupando una de los lugares privilegiados juntos con otros relacionados con la alimentación y nutrición de la embarazada y los niños y las niñas.

Prevención de la obesidad en niños y niñas en su primer año de vida en el trabajo comunitario de la APS.

La historia de la alimentación y la obesidad están muy ligadas entre sí, comienza desde el mismo surgimiento del hombre como una necesidad e incluso parece ser que las continuas modificaciones de la dieta han posibilitado saltos evolutivos en su preocupación por obtener los alimentos. ⁽⁹⁾

Existe una relación muy estrecha entre la nutrición y la obesidad siendo estudiadas para posibilitar un equilibrio entre la alimentación adecuada y un peso corporal aceptable para la edad del paciente. ⁽¹¹⁾

La ciencia de la nutrición es mucho más reciente con los estudios por parte del químico Lavoisier a finales del siglo XVIII demostrando que los alimentos son el combustible que necesitan nuestro tejidos para producir la energía necesaria para el

mantenimiento de los procesos vitales y un adecuado desarrollo de nuestro organismo.⁽¹²⁾

Sobre la base de esto se crea un patrón de alimentación equilibrado donde el aporte y la demanda están basados en los elementos básicos en la nutrición como carbohidratos, proteínas, grasas, minerales y vitaminas dependiendo de la edad, talla y peso de cada niño, así como la búsqueda de su índice de masa corporal (IMC).

Las grasas o lípidos son compuestos orgánicos de bajo peso molecular, insolubles en el agua y solubles en determinados solventes orgánicos (éter, benceno, cloroformo). Se encuentran ampliamente distribuidas en la naturaleza en animales, plantas y microorganismos. Se utilizan de forma principal como fuente de energía, pero poseen también importantes funciones.^(18,19)

La mayor parte de las grasas están constituidas por triglicéridos o grasas neutras, que son ésteres de glicerol y ácidos grasos. Una pequeña proporción está formada por mono y diglicéridos, ácidos grasos libres y compuestos más complejos, como fosfolípidos y glicolípidos.

Los triglicéridos sirven como fuente concentrada de energía, vehículo de vitaminas liposolubles y protección y aislamiento térmico. Además, contribuyen a hacer los alimentos más agradables al paladar.^(3,5,18,20) Los ácidos grasos son constituyentes tanto de los triglicéridos, como de lípidos complejos y pueden esterificar al colesterol. De acuerdo con la longitud de su cadena se clasifican en: 1) ácidos grasos de cadena corta (4-6 carbonos). 2) ácidos grasos de cadena media (8-12 carbonos). 3) ácidos grasos de cadena larga (14-18 carbonos). 4) ácidos grasos de cadena muy larga (≥ 20 carbonos). La estructura de la cadena carbonatada, que puede tener entre los átomos de carbono, bien enlaces simples o bien enlaces etílenos (dobles enlaces), permite clasificarlos en ácidos grasos saturados y ácidos grasos insaturados.^(7, 9,11)

Los ácidos grasos saturados abundan en los animales terrestres, especialmente en los mamíferos, aceites de procedencia vegetal, los de coco y de palma. Los ácidos grasos monoinsaturados, concretamente el ácido oleico, es frecuente en el aceite de oliva. Entre los ácidos grasos poliinsaturados, el más abundante es el ácido linoleico, ácido graso esencial, precursor de la familia omega 6, que se encuentra en los

aceites de semillas: girasol, maíz, cártamo, germen de trigo, pepita de uva y cacahuete. ^(11, 12,13)

Las necesidades de grasas son difíciles de determinar ya que, junto a los requerimientos energéticos, hay que determinar las necesidades de ácidos grasos poliinsaturados. Se recomienda, para una dieta equilibrada, que entre el 30-35 por ciento de las calorías procedan de las grasas. ^(11, 12,13)

Estos elementos demuestran la necesidad de una dieta variada para lo cual se requiere de conocimiento de y preparación para la adopción de comportamientos que propicien que las futuras madres tengan una preparación adecuada, con el fin de evitar niños y niñas obesas.

El mejor comienzo de la vida, es alimentar a las niñas y niños nada más que con leche materna durante los primeros 6 meses.

La lactancia materna no es una práctica de sobrevivencia, como se ha considerado por la influencia que han tenido sobre las madres y los profesionales de la salud, los falsos conceptos de mejor alimentación y más comodidad, unidos a la producción y divulgación de fórmulas lácteas y alimentos tecnológicamente elaborados para los lactantes. ^(19,20,21)

Existen tres elementos fundamentales que deben ser tomados en consideración desde la más temprana edad con el fin de garantizar la salud de niñas y niños, ellos son: la lactancia materna, la introducción de alimentos complementarios y la educación sobre alimentación y nutrición de los padres y cuidadores que pueden ser determinantes en la formación de hábitos alimentarios saludables. ⁽²¹⁾

Los profesionales, las madres y la población en general, conocen que la lactancia materna proporciona innumerables ventajas para la salud y que disminuye el riesgo de enfermedades, sin embargo, en Cuba y otros países no se logra que las madres amamanten a sus hijos durante el tiempo adecuado.

Los beneficios para los niños son bien manifiestos: la lactancia materna confiere mayor protección inmunológica, menor riesgo de sensibilidad alérgica, morbilidad infecciosa y muerte súbita y así como un mejor desarrollo emocional e intelectual.

Para la Madre, la lactancia tiene ventajas porque facilita la Retracción precoz del útero y menor sangramiento post-parto, en la prevención de cáncer de mamas y

ovario, en el Fortalecimiento de la autoestima materna y satisfacción emocional de la madre y en menor costo económico.

Las contraindicaciones absolutas de la lactancia materna son muy limitadas, por parte de la madre están la infección por VIH/SIDA, hepatitis B y C, infección tuberculosa activa no tratada, tratamiento oncológico en curso y el consumo de drogas. Para el lactante, se consideran prohibidas en algunos Errores Congénitos del Metabolismo, en especial la Galactosemia. (20,21)

En algunas circunstancias el consumo de determinados fármacos puede contraindicar la lactancia materna. Siempre que sea posible pueden ser sustituidos por otros para permitir que continúe con éxito el amamantamiento

La leche materna es insustituible, es el alimento más completo que puede recibir el niño menor de 6 meses. Le brinda al bebé todas las sustancias nutritivas y anticuerpos que necesita para crecer saludable, proporciona la cantidad de líquido que él bebe necesita por lo tanto no es necesario darle agua, jugo o infusiones en los primeros 6 meses si lacta exclusivamente, está disponible en todo momento sin necesidad de preparación, es más segura e higiénica y se debe ofrecer a libre demanda día y noche, se digiere más fácil que otra leche, está adaptada a las necesidades del niño.

Durante la lactancia la madre debe continuar alimentándose adecuadamente, el consumo de líquidos (agua, jugos, leche) es muy importante en esta etapa.

La lactancia materna prolongada es la expresión más bella y la experiencia más maravillosa que toda madre con el apoyo de su familia tiene el derecho de disfrutar. No es un acto exclusivo de la madre sino de toda la familia, además favorece la relación de afecto entre la madre y el niño. (6, 7, 8, 9,14)

Para un buen amamantamiento es necesario la disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar, en ello contribuye de manera positiva la orientación práctica que pueda recibir:

- Sentirse cómoda con la espalda apoyada.

- Sostener al niño recostado sobre su brazo, con el cuerpo de frente para usted, abdomen con abdomen, la cabeza sobre el pliegue de su codo, puede de esta manera mirar a su carita.
- Mantener la mama con la mano formando una “C”, con los cuatro dedos por debajo y el pulgar por arriba.
- Para que el “agarre” sea adecuado, con el pezón toque el labio inferior del niño(a) varias veces hasta que abra la boca, en ese momento, atraiga el niño(a) hacia la mama, favoreciendo la entrada del pezón y casi toda la areola dentro de su boca.
- La oferta de lactancia materna es libre demanda, esto significa que el horario no es estricto, aunque puede ser cada 2 a 3 horas, de día y noche, los primeros 30 días y luego progresivamente cada 3 a 4 horas hacia finales del 2do mes.
- La duración de cada mamada varía entre 5 a 15 minutos en cada pecho. Debe dárseles tiempo suficiente, porque cada niño es diferente

Indicadores de Amamantamiento Correcto:

La actitud de niño es tranquila, succiona en forma rítmica y acompasada, relajado y satisfecho. Sueño tranquilo que dura alrededor de 1,5 a 3 horas.

Promedio de 6 pañales al día mojados con orina clara y alrededor de 4 deposiciones amarillas y fluidas diarias.

Crecimiento y desarrollo adecuados, son los mejores indicadores de lactancia materna efectiva

Composición de la leche materna

La composición de la leche materna varía en función de la duración de la lactancia o de la hora del día. Aunque la alimentación y otros factores maternos influyen en la composición de la leche, se considera que los cambios se adaptan en gran medida a las necesidades y prioridades nutricionales del lactante, sobre todo en los primeros meses de vida.

Las características, cantidades y proporciones de los nutrientes en la composición de leche materna le dan un valor excepcional como alimento para el lactante y el niño pequeño.

Hidratos de carbono

El contenido en lactosa y oligosacáridos de la leche humana es elevado, en comparación con la leche de vaca o las fórmulas infantiles. Los oligosacáridos, prácticamente ausentes en la leche de vaca, tienen un relevante papel metabólico e inmunológico como por ejemplo en la síntesis de gangliósidos y esfingolípidos cerebrales, como inhibidores de la adhesión bacteriana a las superficies epiteliales y como favorecedores del crecimiento de *Lactobacillus bifidus* en la flora intestinal. ⁽¹⁶⁾

Lípidos

Aproximadamente el 50% de las calorías proviene de los lípidos. Los ácidos grasos principales son el oleico, el palmítico, el linoleico y alfa-linolénico, junto a los ácidos grasos de cadena muy larga, en especial el ácido araquidónico y el ácido docosahexaenoico son imprescindibles para el desarrollo de la función neural y retiniana y para la síntesis de eicosanoides. ⁽¹⁶⁾

Proteínas

La mayor proporción de proteínas séricas, la presencia de lactoalbúmina, lactoferrina y de inmunoglobulinaA (IgA). Otro elemento importante es la relación entre las proteínas séricas y la caseína, que es elevado (90/10) al inicio y aunque desciende durante el curso de la lactancia, facilita una mayor digestibilidad, ya que las características del coágulo gástrico es menos compacto que en la leche de vaca y de otro tipo. ⁽¹⁶⁾

Las cantidades menores de proteínas y de nitrógeno proteico, de la leche humana en relación con otras leches, puede ser un factor protector de la función renal en estas edades.

Minerales y vitaminas

La fracción absorbida de hierro alcanza el 40 a 70 % del aportado por la leche materna frente al 10 a 25% del contenido en las fórmulas. Esto hace posible que aunque es baja la concentración en la leche de mujer, la mayoría de los lactantes alimentados a pecho no presenten deficiencia de hierro durante el primer semestre

de vida. Como medida de seguridad debe suplementarse con hierro a las madres que lactan. (6, 7, 8, 9,14)

El contenido de calcio es relativamente bajo, pero la proporción calcio/fósforo favorece la absorción.

Las cantidades de vitaminas son adecuadas para las necesidades del niño, con excepción de la vitamina D, por lo que debe orientarse su síntesis con exposición al sol.

Factores funcionales

La leche humana contiene células vivas, hormonas, enzimas activas, inmunoglobulinas y otros compuestos que no pueden ser replicados en las fórmulas infantiles.

La leche humana, es considerada estándar de oro como alimento funcional, ya que en ella se destaca el papel de los factores funcionales presentes como la presencia de cantidades elevadas de hormonas hipofisarias, tiroideas, estrógenos y de péptidos hormonalmente activos, como los **factores de crecimiento epidérmico y nervioso (IGF)**, factor de crecimiento epidérmico (EGF), factor de crecimiento nervioso (NGF), y otras sustancias como la etanolamina, fosfoetanolamina, interferón y diversas enzimas, que tienen importantes funciones en la síntesis, proliferación y diferenciación celular, así como en la maduración y función de órganos y tejidos. La presencia de lactoferrina, proteína fijadora de vitamina B₁₂, proteína fijadora de ácido fólico, lactoperoxidasa, lisozima, factor de resistencia antiestafilocócico, gangliósidos, oligosacáridos, factor bifidógeno, baja capacidad tampón, EGF y otros factores de crecimiento, nucleótidos, células no inmunocompetentes (macrófagos y neutrófilos) y células inmunocompetentes (linfocitos T, linfocitos B), inmunoglobulinas G y subclases M, D y E, anticuerpos frente a distintos gérmenes entre ellos los virus de la polio, ECHO, Coxsackie, Influenzae, así como contra el bacilo tetánico, Haemophilus, estreptococo, estafilococo, Shigella, Salmonella, Campylobacter, rotavirus, etc. confieren a la leche humana propiedades inmunológicas y de defensa contra la infección, de especial importancia en los primeros meses de la vida. (6,7,8,9,14)

La presencia de factores probióticos en esta leche, son responsables del establecimiento de la flora bacteriana intestinal favorable, lactobacilos y

bifidobacterias, desde el primer mes de vida, lo que es un elemento más a considerar en su valor de protección frente a las infecciones.

Iniciativa amigo del niño y de la madre. Diez pasos para una lactancia exitosa:
En la Atención Primaria de Salud: Policlínicos y Consultorios Médico de Familia. (6, 7, 8, 9,14)

Paso N°1 Contar con una política escrita que promocioe y apoye la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes, que sea sistemáticamente comunicada al personal y difundida mediante materiales educativos.

Paso N°2 Capacitar a todo el personal de salud en la lactancia materna exitosa.

Paso N°3 Preparación de todas las gestantes y familias sobre los beneficios de la lactancia materna y orientarlas sobre su práctica.

Paso N°4 Educar y apoyar a las madres y sus familias en la lactancia materna.

Paso N°5 Orientar la lactancia materna a libre demanda hasta el sexto mes de vida y complementada hasta los 2 años.

Paso N°6 No dar al recién nacido ni a los lactantes menores de 6 meses, sucedáneos de la leche materna u otros líquidos, sin indicación médica.

Paso N°7 Realizar el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño amamantado.

Paso N°8 Orientar a las madres y las familias los riesgos de la suspensión temprana de la lactancia materna exclusiva, en especial para la aparición de enfermedades diarreicas agudas y malnutrición.

Paso N°9 Educar a las madres y familias sobre los inconvenientes del uso del biberón y el chupete.

Paso N°10 Fomentar el apoyo familiar y Promover la formación de grupos de Apoyo a la lactancia materna en Policlínicos, Consultorios médicos y otros Organismos de la Comunidad.

En los niños menores de un año es muy importante el tipo de alimento que se suministra, a qué edad, la forma de preparación y la cantidad, pues esta etapa es crucial para la adquisición de buenos hábitos alimentarios y un adecuado estado nutricional.

La selección de los primeros alimentos complementarios está basada en la capacidad de ser aceptados y digeridos por el bebé de forma adecuada, además de

constituir fuentes de nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo y que no son capaces de adquirirse a través de la leche materna a partir de los seis meses de vida. (6, 7, 8, 9,14)

Para la introducción paulatina de los alimentos sólidos que complementan la ingestión de leche materna deben considerarse las diferencias de cada bebé, teniendo en cuenta algunas características como peso, desarrollo, actividad y apetito, y que constituyen la guía para iniciar el proceso de adaptación con alimentos diferentes a la leche dentro de su dieta. En esta primera etapa de la alimentación es conveniente ofrecer al bebé alimentos de textura suave en forma de papillas que ayuden a su fácil digestión, elaborados a partir de un solo ingrediente y en cantidades muy pequeñas. Una vez que el niño haya aceptado una clase de alimento, es recomendable esperar de tres a cinco días para añadir uno nuevo, así como el incremento en la cantidad en forma lenta y progresiva, de acuerdo con el apetito y la respuesta del pequeño. (6, 7, 8, 9,14)

El esquema de ablactación de Cuba en la actualidad tiene en cuenta aspectos y experiencias teórico-prácticas anteriores, dentro de las cuales se incluyen los tiempos más oportunos de introducción de cada grupo o alimento en particular y los resultados, cuyo objetivo es garantizar un proceso de ablactación adecuada y con ello un desarrollo óptimo del bebé. (6, 7, 8, 9,14)

La leche humana es considerada el alimento de elección durante los seis primeros meses de vida por su impacto beneficioso en la salud del niño, en su desarrollo, en la inmunidad y en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales. Ella se adapta perfectamente a las características metabólicas, digestivas e inmunológicas del lactante, y a los cambios que se dan en él durante esta etapa.

Seis meses

Generalmente en el mundo la introducción de alimentos se inicia con las frutas, ya que aportan energía por ser fuentes de carbohidratos, vitaminas como la A y la C necesarias para satisfacer los requerimientos del bebé a esta edad, minerales, antioxidantes y fibras que garantizan la adecuada digestión y asimilación. Las frutas generalmente son dulces, lo que favorece que sean aceptadas por el niño. (6,7,8,9,14)

La incorporación de alimentos con fibra dietética está dada por su capacidad de atraer agua, intercambiar iones y absorber la bilis. Ella le confiere saciedad a la dieta, pues demora el vaciamiento gástrico, evita la constipación por el aumento del volumen del bolo fecal y mejora el metabolismo de los carbohidratos a través de su acción sobre la digestión de los almidones y la absorción de la glucosa. Estos aspectos favorecen una adecuada digestibilidad y asimilación de nutrientes. En Cuba se recomienda comenzar con frutas como guayaba, piña, frutabomba, mamey, plátano, tamarindo, melón y mango.

Los purés de frutas y vegetales tienen la particularidad no solo de aportar los nutrientes propios y necesarios en esta etapa de la vida del bebé, sino que pueden ser fortificados con otros como el hierro, fundamental a los seis meses por agotarse las reservas del niño y no ser suficientes las de la leche materna. Ello está dado por las necesidades de crecimiento mental y físico del bebé que pueden garantizar un óptimo desarrollo. ^(6,7,8,9,14)

Los vegetales aportan vitaminas y minerales necesarios para complementar los requerimientos del niño, de ahí que se sugiera su introducción con vegetales amarillos, rojos y verdes, ricos en intermediarios naturales del metabolismo de las vitaminas y en particular de la A, como es el caso de los carotenos. En Cuba se recomienda iniciar el suministro de vegetales con tomate y zanahoria, no solo por su contenido en nutrientes, también por su fácil digestibilidad, baja toxicidad y aceptación por el bebé.

Las viandas constituyen una excelente fuente energética; son de fácil digestibilidad y ofrecen además la textura necesaria para la preparación de las papillas recomendadas en esta etapa que facilitan la adaptación del niño para la incorporación posterior de alimentos sólidos. Para ello se recomienda la incorporación de papa, plátano, malanga, boniato, yuca y calabaza, rica en betacaroteno, compuesto involucrado en el metabolismo de la vitamina A.

Siete meses

Se introducen los cereales sin trigo, fundamentalmente arroz, avena y maíz. Los cereales contienen almidón, tolerado y digerido perfectamente por el niño desde los cuatro meses gracias a la acción de la amilasa pancreática y las disacaridasas

intestinales. Los cereales aportan proteínas, minerales, vitaminas del complejo B, particularmente tiamina y ácidos grasos esenciales. Tienen alto valor energético y pueden ser utilizados como soporte para alimentos fortificados. Se recomienda retrasar la introducción de cereales con trigo en esta etapa por su composición. El trigo contiene una proteína (gluten) que puede originar problemas inmunológicos de intolerancia a nivel intestinal (intolerancia al gluten) con afectaciones en la absorción de muchos nutrientes y con posibilidades de provocar retardo en el crecimiento, bajo peso, constipación o diarrea.

Junto con los cereales se introducen las leguminosas. En Cuba se recomienda comenzar con frijoles negros, colorados, bayos y chícharos. Las leguminosas - generalmente deficientes en metionina y ricos en lisina- constituyen fuente de proteína vegetal adecuada, que al combinarse con el arroz -cereal que generalmente tiene deficiencia en lisina- logra complementar los aminoácidos deficitarios en cada uno de ellos, y garantizar así un suministro proteico de calidad superior, además de constituir otra fuente de energía en la dieta del bebé.

Con los cereales y las leguminosas se incorporan las grasas, elemento fundamental en la nutrición humana por su aporte energético, y ser ellas o sus intermediarios transportadores de vitaminas liposolubles como la A, la D, la E y la K, y estar relacionadas directamente con la formación de estructuras fundamentales como las membranas celulares. El organismo necesita de fuentes exógenas de aceites esenciales debido a su incapacidad para sintetizarlas, por lo que necesariamente tienen que ser incorporadas en la dieta. Estos aceites se encuentran relacionados con procesos vitales para el bebé como el desarrollo de su sistema nervioso central.

(6,7,8,9,14)

Por ello en el séptimo mes de vida se incorporan aceites de origen vegetal, sanos y ricos en estos componentes. Se recomienda el uso de aceite de maní, soya y girasol.

Ocho meses

Se inicia la incorporación de proteínas de origen animal como las carnes. En este momento el bebé ya es capaz de asimilar proteínas más complejas que las de los vegetales. Las carnes aportan -además de proteínas de calidad por contener todos los aminoácidos esenciales y por su digestibilidad- lípidos, minerales como hierro y

zinc, y vitaminas, entre ellas las del complejo B. Las carnes blancas como la del pollo (sin piel) es la recomendada para comenzar por su reconocida facilidad para digerirse. Se incorporan de forma paulatina la carne de res, otras aves, conejo, caballo, pescado y vísceras como el hígado.

Se puede añadir en este mes a la dieta del niño la yema del huevo, siempre cocida, rica en proteínas, grasas, ácidos grasos esenciales, minerales como hierro y vitaminas, especialmente del complejo B.

Se incorporan además los cereales con gluten (trigo, cebada) en forma de pan o galletas; pastas alimenticias (coditos, espaguetis, fideos) y los jugos de frutas cítricas, retrasados en el esquema de ablactación por ser fuente de alérgenos en etapas tempranas. (6,7,8,9,14)

Nueve meses

En este mes el niño ya mastica, por lo que pueden administrarse frutas y vegetales en trocitos. Se incorpora la carne de cerdo magra, más derivados de la leche como helados, o dulces caseros como flan, natilla, arroz con leche o pudín, pero sin la clara del huevo, no asimilada aún por el sistema enzimático del bebé y considerada además alergénica. Estos derivados lácteos son ricos en proteínas, fósforo y especialmente calcio, nutriente de suma importancia en el crecimiento y desarrollo del bebé por su estrecha relación con el metabolismo del sistema óseo y su papel en la formación de membranas celulares y contracción muscular. Está reconocido que la leche y sus derivados constituyen la principal fuente de calcio.

Diez meses

Se adicionan otras leguminosas como judías y garbanzos, menos digeribles que los incorporados en los primeros meses de ablactación. En este tiempo puede añadirse a la dieta grasas de origen animal, en particular la mantequilla.

Once meses

Puede ofrecérsele al bebé en este mes gelatinas y queso crema, alimentos que por su contenido han necesitado de una mayor madurez digestiva del bebé para ser procesados adecuadamente.

Doce meses

Alcanzado el año de edad, el niño puede ya complementar su dieta con alimentos como chocolate, jamón, huevo completo (se incorpora la clara, rica en proteína como la ovoalbúmina, de elevada calidad), otros quesos, alimentos fritos y carnes enlatadas.

Se recomienda incorporar verduras del tipo col, coliflor y nabo, no introducidas anteriormente por ser flatulentas, y la espinaca y la remolacha por producir trastornos con el metabolismo del hierro como la metahemoglobinemia.

La metahemoglobinemia no es más que la incapacidad que adquiere el hierro de la hemoglobina para transportar el oxígeno necesario en la hematosi. Ello puede tener un origen genético o adquirirse a través del consumo de alimentos o aguas de pozo con cantidades elevadas de nitratos o nitritos. Ha sido reconocida la metahemoglobinemia del lactante como el resultado de la ingestión de verduras que contienen nitratos en elevada cantidad como las espinacas. Este riesgo es mayor en edades tempranas porque el bebé en los primeros meses de vida posee una menor acidez gástrica, mayor desarrollo de la flora intestinal nitrificante y menor actividad de la reductasa eritrocitaria. Por estas razones, el asentamiento de bacterias en el tramo superior del intestino delgado favorece la transformación directa de nitratos ingeridos en nitritos. La hemoglobina de los primeros meses de vida del bebé -reconocida como hemoglobina fetal- se transforma fácilmente en metahemoglobina y pierde su capacidad de almacenar oxígeno. ^(6,7,8,9,14)

Es por ello que la espinaca se recomienda que sea incorporada al año de edad del niño, cuando su sistema digestivo ha alcanzado una madurez superior. Por estas mismas razones se retrasa la remolacha en su esquema de ablactación para el duodécimo mes.

El desarrollo de la alimentación evoluciona desde la succión del pulgar, la alimentación con cucharilla hasta la ingestión de alimentos sólidos, de ahí que debe ser gradual y adecuada desde su nacimiento y durante los primeros años de la vida a fin de garantizar un desarrollo feliz. La atención a los requerimientos nutricionales diarios es indispensable para alcanzar un pleno crecimiento y desarrollo. Los primeros meses de vida permiten un primer contacto para identificar sabores,

conocer los alimentos, sus texturas, se marcan gustos y preferencias y se adquieren los hábitos de alimentación que serán los responsables de garantizar o no en el futuro una buena salud. (6,7,8,9,14)

La indicación de lactancia artificial en un recién nacido o lactante menor de 6 meses debe ser siempre por alguna razón muy justificada. La lactancia artificial en estas edades es considerada de alto riesgo para la salud y estado nutricional del niño, que se potencializa en condiciones ambientales desfavorables y pueden llevar a la desnutrición, enfermedad grave e inclusive a la muerte.

Las condiciones identificadas en la lactancia artificial de mayor riesgo para el niño, son las siguientes: (6,7,8,9,14)

- Ninguna leche, excepto la humana tiene propiedades nutricionales inmunológicas y antibacterianas para proteger al recién nacido y lactante durante los primeros seis meses de vida.
- El riesgo de contraer enfermedades infecciosas, en especial las enfermedades diarreicas agudas, se incrementa considerablemente por la manipulación (el agua, biberones, recipientes y las manos pueden estar contaminadas, aun en condiciones higiénicas aceptables).
- Las bacterias se multiplican rápidamente en las fórmulas lácteas cuando la conservación y refrigeración no son adecuadas.
- Con frecuencia las leches se preparan muy concentradas o diluidas produciendo trastornos nutricionales y diarreas.
- La utilización de otras leches, distintas de la materna puede tener un efecto adverso inmediato o más tardío sobre la respuesta inmune o alérgica del organismo.

Se considera que la leche de vaca entera no adaptada, es inadecuada para los lactantes, por múltiples problemas, entre los que se señalan:

- Comparada con la leche humana tiene una excesiva concentración de proteínas, calcio, fósforo, sodio. Es insuficiente en la cantidad de hierro, zinc, ácidos grasos esenciales, vitamina D, E, y C.

- El exceso de proteínas puede favorecer la lesión glomerular y predisponer a la insuficiencia renal crónica en edades posteriores.
- La aparición de la anemia por deficiencia de hierro, además del aporte insuficiente de hierro, la alergia alimentaria a las proteínas de leche de vaca, produce lesión intestinal y micro sangramientos, incrementando las pérdidas.
- Desencadenamiento de procesos autoinmunes que pueden destruir las células del páncreas en individuos genéticamente predispuestos a adquirir diabetes mellitus tipo I y otras enfermedades crónicas en la edad adulta.

Por esta razón se emplean formulas a partir de la leche de vaca y en menor frecuencia de cabra, que se denominan sucedáneos de la leche, ya que pretende por métodos tecnológicos que la composición de las misma se asemeje a la leche humana, aunque sin los componentes y factores que son exclusivos de esta. (6,7,8,9,14)

En la actualidad existen en el país diferentes tipos de leche destinado al consumo en niños. En la elaboración de todas ellas se deben observar ciertas medidas que garanticen su aporte nutricional y la higiene adecuada en su preparación.

Leches en polvo

Son el resultado del proceso tecnológico de desecar la leche entera fluida de vaca y llevarla a un polvo fino, quedando reducido aproximadamente en 8 veces su volumen, por lo que en para la preparación estándar de las mismas se utiliza la dilución de una cucharada rasa (8 g) por 2 onzas de agua hervida. Manteniendo esta proporción se pueden preparar una o varias tomas, no siendo recomendable elaborar más tomas de las que van a ser consumidas en 24 horas después de preparadas.

A las leches en polvo modificadas para empleo en recién nacidos y lactantes, se le disminuye la cantidad de proteínas y se agrega grasas y lactosa para semejarla nutricionalmente a la leche humana, de manera que aporte aproximadamente 0.7 cal y 1 g de proteínas por ml. En nuestro país esta fórmula láctea es el Lactosan. (6,7,8,9,14)

La Leche Entera en polvo, puede emplearse para los niños a partir de un año, su composición después de reconstituida es similar a la leche de vaca, aporta 0.67 cal y 3.4 g de proteína por ml.

El empleo de otras formulas lácteas en polvo para recién nacidos y lactantes, requiere tener en cuenta la composición y preparación indicada en el etiquetado.

Leche evaporada

Es obtenida por evaporación y reducción de volumen a la mitad o más, a partir de leche de vaca. Es homogenizada y por el tratamiento térmico que recibe se modifican las proteínas termolábiles, por lo que se emplea en la alergia a las mismas. Se fortificada con vitaminas, hierro y cinc. En el país está disponible para los niños menores de 1 año y se reconstituye agregando el volumen de agua hervida como indique el envase (6,7,8,9,14).

Leche de vaca fluida de vaquería

La leche de vaca fresca, tanto la que se obtiene directamente en la propia vivienda o se distribuye en los puntos de venta, requieren un tratamiento térmico capaz de destruir los microorganismos causantes de enfermedades. Debe ser hervida durante 10 minutos. Para evitar que se derrame, una vez que comienza a hervir, se disminuye el fuego hasta cumplido este tiempo. Es muy importante que para reconstituir la leche a su composición, se le añada hasta completar el volumen de un litro, la cantidad de agua hervida que perdió durante el hervido.

Leches acidificadas

La acidificación facilita la acción de las enzimas gástricas que requieren un pH bajo y a pH 4.6 se precipita la caseína en finos grumos facilitando su digestión(6,7,8,9,14). La acidificación puede ser química cuando se adiciona directamente el ácido láctico y la más empleada se basa en añadir bacterias que en su crecimiento transforman la lactosa en ácido láctico (acidificación biológica, que son los denominados probióticos: leche acidas y yogur), en este proceso se disminuye la concentración de lactosa, por lo que se emplean en pacientes con déficit transitorio de lactosa y en los que se recomienda el consumo de alimentos probióticos.

Se elaboran también para indicación transitoria en trastornos diarreicos severos, malabsorción intestinal, desnutridos, las fórmulas lácteas semidescremadas acidificadas.

Otras fórmulas especiales para empleo infantil.

Existen otras fórmulas específicas cuya indicación debe ser muy precisa como las leches libres de lactosa, leches para la alergia a la proteína de vaca, la galactosemia en las que se emplea el aislado de proteína de soya (8).

En otros errores congénitos del metabolismo se emplean formulas elementales bajas en proteínas o libres de uno o más aminoácidos específicos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una investigación pre experimental del tipo antes y después, desde enero de 2015 hasta abril de 2017 dirigida a la implementación de un programa de comunicación educativa en salud (anexo 3) a las mujeres embarazadas del CMF # 16 del área norte de Morón que contribuya a disminuir la incidencia de obesidad en el primer año de vida.

Universo de estudio: se trabajó con 14 mujeres embarazadas del Consultorio Médico de Familia # 16 del área norte de Morón en el periodo antes mencionado.

Métodos:

Se fundamentó en teoría la temática de la obesidad en el primer año de vida del niño y la niña desde la intervención comunitaria hasta su prevención para dar cumplimiento a la tarea de investigación número 3.

Recolección de la Información:

Como métodos empíricos de obtención de información fueron aplicados antes y después de la implementación del programa: la encuesta (Anexo 2) a partir de la aplicada por Ramírez (2015), en grupos focales. Se realizó la triangulación de la información obtenida comparando la revisión documental con los resultados obtenidos por el autor y los encontrados por otros autores.

Durante la investigación se aplicaron los siguientes **métodos** científicos:

Del nivel teórico:

El **histórico lógico** con el objetivo de fundamentar sustentos teóricos y metodológicos sobre la obesidad en el primer año de vida.

El **analítico sintético** para identificar los principales problemas sobre los malos hábitos en la alimentación del niño en el primer año de vida.

El **sistémico estructural** con el objetivo de implementar el sistema de actividades de comunicación educativa en salud dirigida a las embarazadas para disminuir la incidencia de la obesidad en niños en el primer año de vida.

Procesamiento de la Información:

Se aplicó como procesamiento estadístico el porcentaje y El análisis de las variables cualitativas antes y después del tratamiento en cada grupo, se realizó la comprobación de la hipótesis estadística mediante la prueba de Homogeneidad. Se consideró un nivel de significación de 0,05.

Las hipótesis estadísticas:

H₀: P_{antes}=P_{después} (No existen diferencia en el comportamiento antes y después).

H₁: P_{antes} ≠ P_{después} (Existen diferencia en el comportamientos después de aplicado el programa).

A aplicar el método de la probabilidad marginal, se rechazará H₀ si la probabilidad asociada al valor del estadígrafo (p) es menor que el nivel de significación (α) El procesamiento de los resultados se realizó empleando el paquete estadístico SPSS versión 11.5

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\sigma / \sqrt{n}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar H₀ si la Z_{observada} > Z_{tabulada} (Z₀ > Z_{1-α/2}), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la H₀ si la probabilidad asociada al estadígrafo (p < α). Se calcularon también los intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

La información obtenida se reflejó en Tablas estadísticas en números enteros y por cientos.

Principales variables de medición de respuesta.

Variable Independiente: Programa educativo: metodología compleja exigente y efectiva para lograr cambios de comportamiento específicos y sostenidos en sectores de la población debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal y con métodos educativos.

Variable Dependiente: Comportamiento saludable.

Variables de estudio: definición, categorización y operacionalización de las variables con sus indicadores:

Aspectos éticos: Se da respuesta a los objetivos propuestos en la investigación cumpliendo con los objetivos éticos establecidos para cada paciente del CMF # 16, teniendo en cuenta los principios de la ética médica para ello se confecciona un modelo de consentimiento informado (Anexo 1) preservando estos principios y firmado por los pacientes y el autor del estudio. Los participantes de forma voluntaria y anónima accedieron a llenar las encuestas antes y después de la intervención, lo que nos dio la oportunidad de evaluar los resultados de la misma.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
grupos Edad	Cuantitativa	15-19. 20-24. 25-29. 30-34. 35 y mas.	Edad en años según carné de identidad.	Número y porcentaje según grupo de edad.
Escolaridad	Cualitativa	- Primarios -Secundaria. -Preuniversitario. -Técnico medio -Universitarios.	Según nivel vencido	Número y porcentaje.
Conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva	Cualitativa	Si conoce No conoce	- Si: quien dice conocer de 3 a 5 beneficios. - No: Quien dice no conocerlos, (2 o menos).	Número y porcentaje.

Disposición de la embarazada a lactar	Cualitativa	Si. No	- Si quien manifiesta disposición a lactar. - No quien manifiesta no estar dispuesta a mantener la lactancia el tiempo requerido.	Número y por ciento .
Preferencias con respecto a la aspiración de cómo quieren que sean sus niños con respecto al peso.	Cualitativa	Preferencias Bien Gordos. Más o menos gordos. Delgados. Normal	• Por responder Bien Gordos. • Por responder Más o menos Gordos • Por responder Delgados • Por responder Normal	Número y por ciento .
Conocimientos sobre la alimentación del niño menor de un año.	Cualitativa	• Conoce Como alimentarlos. • Tiene algunos conocimientos. • No conoce	Según lo señalado	Número y por ciento .
Conocimientos sobre la introducción de alimentos recomendados para el niño en su primer año de vida	Cualitativa	• Adecuado • Inadecuado	Si menciona de 6 a 9 alimento correctamente Si menciona menos de 6 alimentos correctamente	Número y por ciento .
conocimiento sobre la relación peso enfermedad en niños según el peso a la enfermedad	Cualitativa	• Delgado. • Niño con peso normal. • Gordo u obeso. • No sé.	Puede adjuntarse a una de las opciones.	Número y por ciento

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

A continuación se presenta el análisis desglosado en tablas y gráficos de las preguntas de la encuesta y su correlación con la técnica de grupo focal aplicada. Se trabajó con una muestra de 14 embarazadas del CMF No.16 del Área norte de Morón

Tabla 1: Distribución de la población según grupos etarios.

Grupos de edad	Total	%
≥19	1	7.14
20-24	9	64.28
25-29	3	21.42
30-34	1	7.14
35-39	0	0

Fuente: Encuesta de investigación.

Como se muestra en la tabla que analiza la variable edad la mayoría el (64.28%) de las miembros del universo de estudio están entre los 20-24 años resalta que para estar en estos momentos el municipio de Morón comprometido con el incremento de embarazos en la adolescencia, solo 1 para el (7,14%) está comprendida en esa etapa del desarrollo.

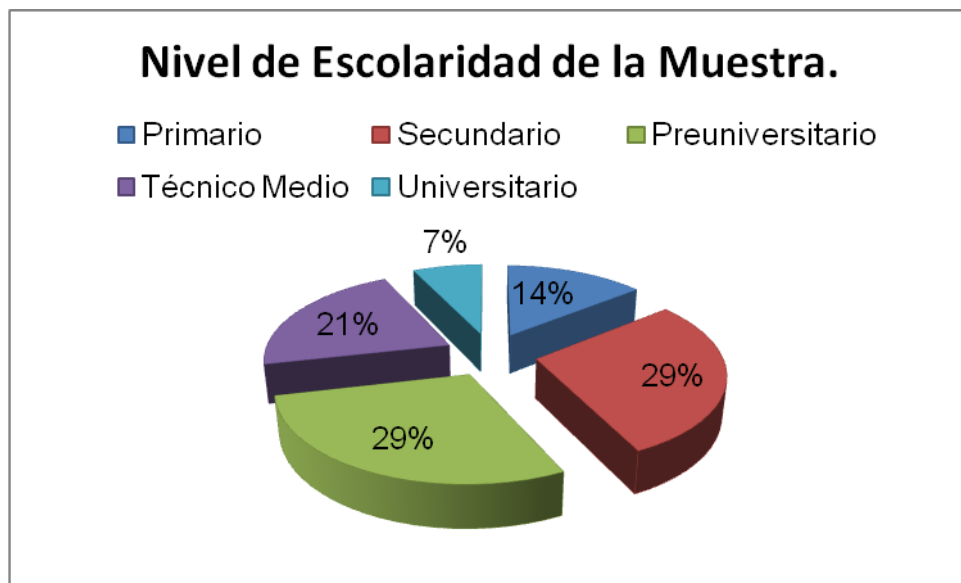


Gráfico 1: Distribución de la población según Nivel de escolaridad.

Con respecto al nivel escolar la mayoría de las embarazadas se ubica en el nivel pre-universitario (28,5%) y el otro Mayor por ciento está entre el nivel de secundario

(28,5%) y técnico medio (21,4%), esto facilita la implementación del programa de comunicación educativa, ya que un mayor nivel de escolaridad y el aspecto cognitivo contribuye a una mayor aceptación.

Tabla 2: Evaluación del conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva antes y después.

Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva	Antes	%	Después	%
Si	5	35.71	13	92.85
No	9	64.28	1	7.14

Como muestra la tabla en el antes, la mayoría de las encuestadas manifestó desconocimiento sobre la lactancia materna (64.28%), con lo que quedó demostrado que con respecto a sus conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva y sus beneficios existe la necesidad de información, aspecto este que corrobora lo aportado por Ramírez (2015).

Después de aplicado el programa de comunicación educativa el (92.85%) del universo pudo responder correctamente a los beneficios que aporta el uso exclusivo de la lactancia materna, no obstante un miembro del universo manifestó desconocimiento incluso lo evidenció en la realización del grupo focal aplicado.

Tabla 3: Distribución de la población según Embarazadas dispuestas a lactar

Embarazadas dispuestas a lactar	Antes	%	Después	%
Si	8	57.14	13	92.85
No	6	42.85	1	7.14

La encuesta en un primer momento demostró que el (57.14%) de las embarazada están dispuesta a lactar, no obstante el (42.85%) no estuvieron dispuestas a lactar por estética, “me deteriora el cuerpo”, también le dieron gran importancia a la alimentación suplementaria lo que demuestra que ésta para ellas está por encima de lo que le reporta la lactancia materna, lo que se traduce que en su comportamiento

priorizan más otros tipos de alimentación en busca de crear alimentar “más y mejor a sus hijos”, según expresaron varias de las entrevistadas.

Este aspecto después de la aplicación del programa mejoró los índices de aceptación a la lactancia materna (92.85%), lo que demuestra que en cuanto al conocimiento como componente del comportamiento existe, pero la dificultad se presenta en las actitudes y prácticas cotidianas al respecto en el grupo focal siempre aparecieron respuestas que indican que aun la práctica cotidiana tiene dificultades con expresiones “es importante que el niño esté satisfecho” haciendo alusión no declarada a los sucedáneos de la leche materna.

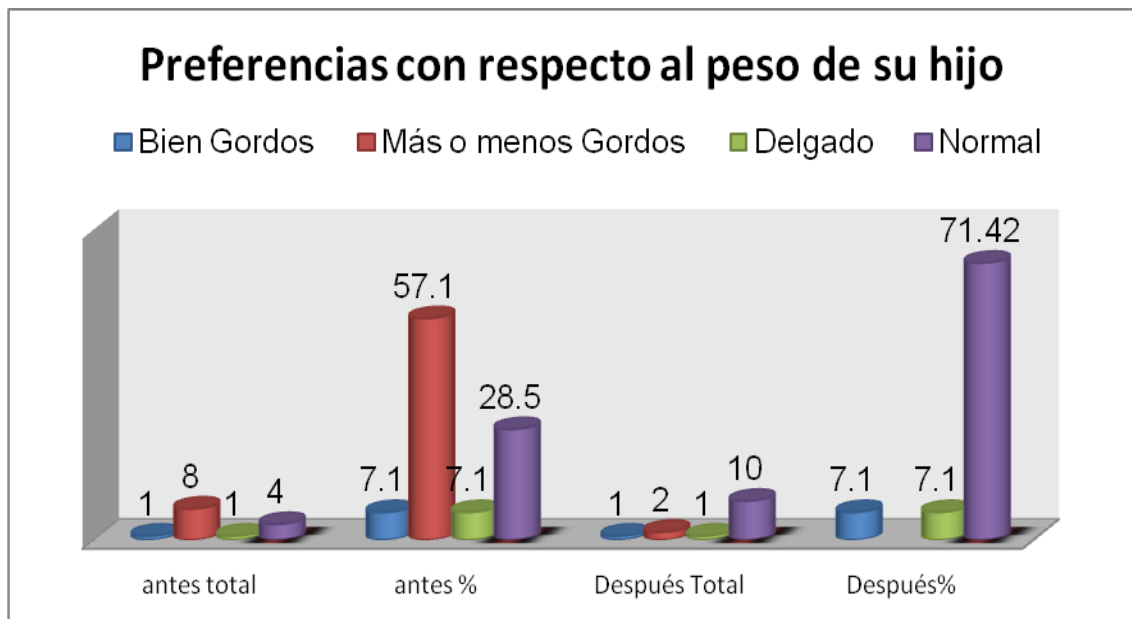


Gráfico 2: Preferencias de la población con respecto a la aspiración de cómo quieren que sean sus niños con respecto al peso.

Como se aprecia en el antes la mayoría de las encuestadas prefiere a niños más o menos gordos, si nos atenemos a los resultados de estudios que demuestran que los niños menores de un año con alimentación adecuada y la lactancia realizada como se recomienda, generalmente tienen un peso entre 50 y 75 percentil, por lo que muestran interés por llevar a sus futuros bebés a pesos superior a los adecuados, además las entrevistadas expresaron en su totalidad que los niños “bien gordos eran muy lindos”, también que “verse gordito es sinónimo de buena salud”.

mucho trabajo desarraigar creencias y costumbre en salud ya que manifestaron "no obstante los alientos necesarios siempre un cereal o una maicena viene bien", "me preocupa que siguiendo la alimentación recomendada el pequeño se quede con hambre", esto demuestra que en cuanto a conocimientos se ganó pero que para la práctica aun demorará un tiempo, investigación realizada por Cobas, 2012 en Barcelona, se reconoce que lo que más cuesta en las mamá es quitarse los estigmas formados de generaciones sobre la alimentación de los bebés y la influencia de los productos alimenticios que para estas edades aparecen en los supermercados.

Tabla 4: Evaluación del conocimiento sobre la introducción de alimentos para el niño en su primer año de vida antes y después.

Conocimientos sobre la introducción de alimentos recomendados para el niño en su primer año de vida	Conoce del momento de introducirlo. Antes	%	Conoce del momento de introducirlo. Después	%
Adecuado	6	42.85	13	92.85
Inadecuado	8	57.14	1	7.14

Como se muestra la mayoría antes, desconoce el esquema de ablactación (57.14%) lo que contradice a la pregunta sobre Conocimientos sobre la alimentación del niño menor de un año, y al corroborar lo antes analizado con el grupo focal, este arroja los mismos resultados donde se ofrecen opiniones erróneas sobre la ablactación, esto demostró la necesidad de trabajar la comunicación social en salud con este grupo de mujeres embarazadas, ya que en cuanto a la dieta no hay un dominio adecuado y la tendencia será a la alimentación en función de engordar a los niños sin control.

En el después la mayoría (92.85%) pudo responder correctamente el momento justo de introducción de los alimentos según esquema, no obstante un miembro del universo manifestó desconocimiento e inseguridad manifestando "si estoy dispuesta a cumplir con lo que se me orienta, pero la ayuda de los mayores es muy buena", por lo cual es necesario continuar siguiendo a los niños durante el primer año de vida.

Tabla 5: Conocimiento sobre la relación estado nutricional-enfermedad en los niños antes y después de la intervención.

De acuerdo al peso como puede responder un niño a una enfermedad	Antes	%	Después	%
Delgado	0	0	1	7.14
Niño con peso normal	4	28.5	11	78.57
Obeso	5	35.7	1	7.14
No se	5	35.7	1	7.14

Los resultados demuestran, en el antes, que entre las embarazadas que no saben y las que manifiestan que bien gorditos está la mayoría (71.4 % en ambos casos), el resto se acoge a los niños con peso normal, sigue manifestándose la creencia que el niño gordo es sinónimo de salud e incluso en el grupo focal la mayoría manifestó que los niños “bien gorditos”, mostrando concepciones de que están más apegadas a las ideas y menos adecuadas al respecto.

Después de aplicado el programa la mayoría el 78,57% reconoce que los niños con peso normal responden generalmente con mejor pronóstico a las enfermedades aunque una expresó que “un niño gordito siempre se ve más fuerte”, lo que prueba el arraigo de las creencias existentes en salud en la población.

CONCLUSIONES:

- Se puede concluir en la presente investigación que la aplicación del programa en su primer momento demostró que la población estudiada incrementó los conocimientos, actitudes y prácticas independientemente de la necesidad de seguir trabajando este a largo plazo. La hipótesis estadística corroboró la efectividad del programa al aceptarse que $H_1: P_{\text{antes}} \neq P_{\text{después}}$ lo que demuestra que existen diferencia en el comportamientos después de aplicado el programa.

RECOMENDACIONES.

La efectividad del Programa de Comunicación Educativa en Salud para disminuir la obesidad en niños y niñas menores de un año debe tener continuidad con el seguimiento a los niños durante el primer año de vida, de las mujeres embarazadas incorporadas a la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. BURROWS A, Raquel et al. Síndrome metabólico en niños y adolescentes: asociación con sensibilidad insulínica y con magnitud y distribución de la obesidad. Rev. méd. Chile [online]. 2011, vol.135, n.2 [citado 2009-08-11], pp. 174-181. Disponible en: ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872007000200005.
2. Texas Heart Institute (Instituto del Corazón de Texas)(enero2009).«Síndrome metabólico»(en español).Centro de Información Cardiovascular. Consultado el 20 de septiembre de 2016.
3. LOZADA, Martha, MACHADO, Silvana, MANRIQUE, Marielisa et al. Factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en adolescentes. Gac Méd Caracas. [online]. oct. 2008, vol.116, no.4 [citado 11 Agosto 2013], p.323-329. Disponible en la World Wide Web:. ISSN 0367-4762.
4. Reaven GM. Banting lecture 1988: role of insulin resistance in human disease. Diabetes. 1988;37:1595-1607.
5. Liese AD, Mayer-Davis EJ, Haffner SM. Development of the multiple metabolic syndrome: an epidemiologic perspective. Epidemiol Rev. 1998;20:157-172.
6. Cairo J. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y factores asociados en niños nacidos sanos. Anales de la Facultad de Medicina. [serie en Internet]. 2000 [citado 1 marz 2010]; 61(3): [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/Anales/v61_n3/pdf/a04v61n3.pdf.
7. Hernández M, Salinas PJ. Relación entre lactancia materna y estado nutricional. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. [serie en Internet]. 2003 [citado 1 marz 2010]; 9(4): [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21801/1/articulo2.pdf>.
8. Martínez H, Campero L, Rodríguez G, Rivera J. Aceptabilidad a suplementos nutricios en mujeres embarazadas o lactando y niños menores de cinco años. Salud pública Méx. [serie en Internet]. 1999 [citado 1 marz 2010]; 41(3): [aprox. 5 pantallas]. Disponible

en:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341999000300004.

9. Ovies Carballo G, Santana Pérez, Padrón Durán RS. Caracterización de la lactancia materna en un área urbana. Rev. Cubana Med Gen Integr. [serie en Internet]. 1999 [citado 1 marz 2010]; 15(1): [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n1/mgi03199.pdf>.
10. Sabulsky J. Alimentación en el primer mes de vida por estratos sociales, Córdoba, Argentina. Bol Of. Sanit Panam 1995; 119(1): 15-27.
11. Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalencia de alimento materno en recién nacidos de bajo peso. Rev Saude Publica 1991;25: 381–387.
12. OMS(ed.):«Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012»(en español)(PDF).Estadísticas Sanitarias Mundiales.OMS(2012).Consultado el 14 de Agosto de 2012.
13. OMS(ed.):«Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012»(en español)(PDF).Estadísticas Sanitarias Mundiales.OMS(2012).Consultado el 14 de Agosto de 2012.
14. OPS(ed.):«Health Situation in The Americas: Basic Health Indicators 2012»(en inglés)(Tabla).Estadísticas Sanitarias en las Américas.OPS(2011).Consultado el 14 de Agosto de 2012.
15. Singer,P.(abril 1977).«Zur Diagnostik der primären Hyperlipoproteinämie»(en alemán).Z Gesamte Inn Med.**32**(9): pp. 129-133. PMID 906591.Consultado el 30 de septiembre de 2009.
16. Phillips,G. B.(abril 1977).«193114 Relationship between serum sex hormones and glucose, insulin and lipid abnormalities in men with myocardial infarction.»(en inglés).Proc Natl Acad Sci**74**(4): pp. 1729-1733. PMID 906591.Consultado el 30 de septiembre de 2009.
17. Phillips,G.B.(abril 1977).«Sex hormones, risk factors and cardiovascular disease»(en inglés).Am J Med**65**(9): pp. 7-11. PMID 356599.Consultado el 30 de septiembre de 2009.
18. Reaven G. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes 1988;37:1595-607.17.0 17.1 17.2 17.3 BURROWS A, Raquel et al. Síndrome

- metabólico en niños y adolescentes: asociación con sensibilidad insulínica y con magnitud y distribución de la obesidad. *Rev. méd. Chile* (disponible online en español). 2007, vol.135, n.2 [citado 2009-09-19], pp. 174-181. ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872007000200005.
19. Zavaroni I, Bonora E, Pagliara M. et al. Risk factors for coronary artery disease in healthy persons with hypersinulinemia and normal glucose tolerance. *N Engl J Med* 1989; 320:702-6.
 20. WHO consultation: Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. WHO/NCD/NCS/99.2; 31-3.
 21. Aschner Chávez M, Izquierdo J, Sole J, Tarazona A, Pinzón JB, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in a rural and urban population in Colombia. *Diab Res Clin Pract*, 2002;57(suppl) 1:532.
 22. FAO Departamento de Desarrollo Social y Económico. "The State of Food Insecurity in the World, 2008 : High food prices and food security — threats and opportunities". FAO de las Naciones Unidas, 2008, p. 2. "Las estimaciones más recientes de FAO llevan el número de los hambrientos [en realidad, malnutridos] a 923 millones en 2007, un aumento de más de 80 millones desde el período base de 1990–92".
 23. Programa de atención temprana a prematuros, recién nacidos de bajo peso y recién nacidos de muy bajo peso. Navarra.(2012). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion_temprana/programa_2.pdf
 24. Borroto Chao, Rafael (2008). Comunidad y Participación Social. Disponible en CD-Room. Módulos Investigación y Promoción de Salud, Maestrías de Amplio Acceso en Salud. La Habana. ENSAP. 2008.
 25. Delgado, Isa (2008). El trabajo en comunidades. Disponible en CD-Room. Módulos Investigación y Promoción de Salud, Maestrías de Amplio Acceso en Salud. La Habana. ENSAP. 2008.
 26. Fonticiella Padrón, Luis. Multisectorialidad e intersectorialidad a partir del Gobierno Municipal. Proyecto Social Condado. Villa Clara. 2013.
 27. Franco, Rolando. Los Paradigmas de la Política Social en América Latina. Revista de la CEPAL N°58, Santiago de Chile, 1996.

28. Fuentes Avila, Mara (2012). La eficiencia del trabajo en grupo. La Habana, Editorial Felix Varela
- 29..García Martínez, Hilda M. (2003) Conferencia de Psicología Social. Introducción al estudio de las comunidades. Disponible en PDF en preparación de la asignatura Sociología comunitaria. UCLV Martha Abreu. 2004.
- 30.Sanabria , Gisela (2014). Comunidad y Bienestar. Disponible en CD-Room. - Módulos Investigación y Promoción de Salud, Maestrías de Amplio Acceso en Salud. La Habana. ENSAP. 2005.
- 31.Sanguinetti. Y (1981) La investigación-acción en los procesos de desarrollo en América Latina. Revista de la asociación Latinoamericana de Psicología Social. Vol. 1 (2) 221-238.
- 32.Selección de Lecturas sobre trabajo comunitario. CIE "Graciela Bustillo" Asociación de Pedagogos de Cuba. Cuba. 2014.
- 33.Serrano-García, Y. (1990) "La psicología social comunitaria en Puerto Rico: la intervención comunitaria y el compromiso político partidista". Ponencia presentada en la Maestría en Psicología Social, Caracas, UCV.
- 34.Ramírez, Jeremías. (2015). Tesis de culminación de residencia. Elaboración de Programa de comunicación educativa en salud para disminuir la obesidad en niños y niñas en su primer año de vida, formato digital.
- 35.Cobas, Milsa, (2012). Trabajo sobre nutrición en niños y niñas menores de un año. Estudio comparativo. La Habana. Material digital depositado en el INHA.