

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS**



PROGRAMA DE MAESTRÍA

MENCIÓN: DIRECCIÓN DE PROYECTOS

TESIS:

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD NUTRICIONAL
DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL “CENTRO PILOTO DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD LA HUARACLLA”, DISTRITO DE JESÚS,
PROVINCIA DE CAJAMARCA, 2016**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Bachiller: JULIA BERTHA ORTIZ YUPANQUI

Asesora:

Dra. DIORGA NÉLIDA MEDINA HOYOS

Cajamarca – Perú

2019

**COPYRIGHT @ 2019 by
JULIA BERTHA ORTIZ YUPANQUI
Todos los derechos reservados**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS



PROGRAMA DE MAESTRÍA

MENCIÓN: DIRECCIÓN DE PROYECTOS

TESIS APROBADA:

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD NUTRICIONAL
DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL “CENTRO PILOTO DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD LA HUARACLLA”, DISTRITO DE JESÚS,
PROVINCIA DE CAJAMARCA, 2016**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Bachiller: JULIA BERTHA ORTIZ YUPANQUI

JURADO EVALUADOR

Dra. Diorga Nélide Medina Hoyos
Asesora

Dr. Héctor Diomedes Villegas Chávez
Jurado Evaluador

Dr. Aurelio Baltazar Vásquez Cruzado
Jurado Evaluador

M.Cs. Pedro Alcides Yáñez Alvarado
Jurado Evaluador

Cajamarca - Perú

2019



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las ...9..... de la mañana del día viernes 18 de enero de dos mil diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **Dr. HÉCTOR DIOMEDES VILLEGAS CHÁVEZ** y, **Dr. AURELIO BALTAZAR VÁSQUEZ CRUZADO**, M.Cs. **PEDRO ALCIDES YÁÑEZ ALVARADO**, y en calidad de Asesora la **Dra. DIORGA NÉLIDA MEDINA HOYOS**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD NUTRICIONAL DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO PILOTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LA HUARACLLA, DISTRITO DE JESÚS - PROVINCIA DE CAJAMARCA EN EL 2015.**

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó...APROBAR con la calificación de 17 (DIECISIETE) EXCELENTE.....la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Enfermería JULIA BERTHA ORTIZ YUPANQUI**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas, Contables y Administrativas, con Mención en **DIRECCIÓN DE PROYECTOS**.

Siendo las ...10:20..... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Diorga Nélida Medina Hoyos
Asesora

.....
Dr. Héctor Diomedes Villegas Chávez
Jurado Evaluador

.....
Dr. Aurelio Baltazar Vásquez Cruzado
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Pedro Alcides Yáñez Alvarado
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, con todo cariño y amor, a Dios, por haberme dado la oportunidad de vivir, por brindarme la salud y por ser mi guía y protector; además, por permitirme culminar con la presente tesis mis estudios de Maestría.

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme en sus aulas para realizar mis estudios de Maestría; a los docentes de esta Escuela, por todas sus enseñanzas y experiencias compartidas y, sobre todo, por su amistad.

A mis queridos y adorados padres ⁽⁺⁾, que Dios los tenga en su Reino, y que desde el Cielo continúan guiando mi caminar por este mundo.

A mis hijos, por su paciencia y amor compartido, quienes fueron mi mayor estímulo para seguir adelante, sobre todo, en aquellos momentos donde desmayaban las fuerza para seguir adelante. Una vez más, gracias por ser los pilares fundamentales en mi vida, por brindarme esa paciencia, confianza y lo más grande, el amor. Mil gracias por enseñarme que lo importante es salir adelante, que, con esfuerzo y dedicación, se puede llegar a lograr lo que uno se propone, sin importar la edad ni el tiempo.

A mis amigas, con las que he compartido momentos tristes y alegres, muchas gracias por permitirme conocerlas y compartir esta amistad que es muy importante. Siempre las llevaré en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud, muy especial a la Escuela de Pos Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme abierto las puertas y haberme permitido adquirir conocimientos competentes durante el desarrollo de mis estudios de Maestría.

A la Dra., Lic. Enf. Diorga Nélica Medina Hoyos, asesora de la presente tesis, por su acertada dirección en la realización de este proyecto, por brindarme su amistad y paciencia para poder culminar exitosamente este trabajo que se ha realizado con mucho esfuerzo y dedicación.

Asimismo, un agradecimiento especial a las madres con hijos menores de cinco años, a las madres gestantes y a aquellas que están dando de lactar y son atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de La Huaraclla. Y no puedo dejar de agradecer al personal que labora en la indicada Institución, por la colaboración y las facilidades brindadas para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

*“La educación es el arma más poderosa que
puedes usar para cambiar el mundo.”*

Nelson Mandela

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
PENSAMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	xvi

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	8
2.2. Base teórica conceptual	12
2.3. Definición de términos básicos	46

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Variables	49
3.2. Definición y operacionalización de variables	51
3.3. Hipótesis	53

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4.1 Tipo de la investigación	54
4.2 Diseño de la investigación	54
4.3 Localización de la investigación	55
4.4 Población	55
4.5 Muestra	55
4.6 Unidades de análisis	56
4.7 Técnica e instrumentos de recolección de información	56
4.8. Programa Educativo en Salud Nutricional	57
4.9 Descripción de procedimientos	57
4.10 Control de validez y confiabilidad de los datos	59
4.11 Procesamiento de datos	60
4.12 Matriz de consistencia metodológica	61

CAPÍTULO V:
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	113

LISTA DE TABLAS

Tablas	Pág.
1 Estado nutricional de mujeres según índice de masa corporal atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Jesús, Cajamarca, 2016.	63
2 Estado nutricional de niños(as) evaluados(as) según indicador peso/talla, por grupo de edad y sexo, atendidos(as) en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Jesús, Cajamarca, 2016.	67
3 Estado nutricional de niños(as) evaluados(as), según indicador peso/edad, por grupo de edad y sexo atendidos(as) en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Jesús, Cajamarca, 2016.	69
4 Estado nutricional de niños(as) evaluados(as), según indicador talla/edad, por grupo de edad y sexo atendidos(as) en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Jesús, Cajamarca, 2016.	71
5 Los alimentos son sustancias que:	73
6 Opinión sobre alimentación saludable por las madres atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Jesús, Cajamarca, 2016.	75
7 Aspectos necesarios para alimentarse saludablemente.	78
8 Clasificación de los diferentes tipos de alimentos.	80
9 Oportunidades que tienen las personas que se alimentan saludablemente.	83
10 Cómo alimenta a su hijo en el primer año de vida hasta los 5 años.	85
11 Cuántas veces al día come su hijo menor que 5 años.	88
12 Cuántas veces al día comen las mujeres gestantes y que dan de lactar.	90
13 Cuando cree que la lonchera es saludable.	92
14 Qué se debe incluir en la lonchera para considerarla saludable.	94

15	Con qué frecuencia se realiza el lavado de manos.	96
16	Momentos en que se realiza el lavado de manos.	98
17	Con qué frecuencia realiza el lavado de dientes.	100
18	Con qué frecuencia realiza el baño personal.	102
19	Evaluación del Proyecto Educativo Nutricional.	104
20	Resultados comparativos sobre efectividad del programa Educativo en Salud Nutricional antes y después de la intervención con las madres atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaracalla, distrito de Jesús, Cajamarca, 2016.	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos		Pág.
1	Estado nutricional de mujeres según índice de masa corporal.	64
2	Estado nutricional de niños(as) menores que 5 años según indicador peso/talla.	67
3	Estado nutricional de niños(as) menores que 5 años según indicador peso/edad.	69
4	Estado nutricional de niños(as) menores que 5 años según indicador talla/edad.	71
5	Los alimentos son sustancias que:	73
6	Opinión de las madres sobre alimentación saludable.	75
7	Aspectos necesarios para alimentarse saludablemente.	78
8	Clasificación de los alimentos.	80
9	Oportunidades que tienen las personas que se alimentan saludablemente.	83
10	Cuántas veces al día come su hijo menor que 5 años.	88
11	Cuándo cree que la lonchera es saludable.	92
12	Contenido de la lonchera saludable.	94
13	Frecuencia con que realiza el lavado de manos.	96
14	Momentos en que se realiza el lavado de manos.	98
15	Frecuencia con que realiza el lavado de dientes.	100
16	Frecuencia con que realiza el baño personal.	102

LISTA DE ABREVIACIONES

CEPAL	: Centro Especial del Programa Alimentario
CIAS	: Comisión Internacional de Asuntos Sociales
CPAIS	: Centro Piloto de Atención Integral de Salud
DI	: Desnutrición Infantil
EDA	: Enfermedad Diarreica Aguda
ENAHO	: Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENNIV	: Encuesta Nacional de Niveles de Vida
FAO	: Food and Agriculture Organization
FONCODES	: Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
HCL	: Historia Clínica
IDH	: Índice de Desarrollo Humano
IMC	: Índice de Masa Corporal
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
IRA	: Infección Respiratoria Aguda
MIDIS	: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
ODM	: Objetivos del Milenio
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
PACFO	: Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en mayor Riesgo.
PAN	: Programa Articulado Nutricional
PANFAR	: Programa de Alimentación Nutricional a Familias de Alto Riesgo
PBI	: Producto Bruto Interno
PMA	: Programa Mundial de Alimentación
PRONAA	: Programa Nacional de Asistencia Alimentaria

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad del Programa Educativo con Metodología Interactiva sobre alimentación, loncheras saludables, higiene personal y de la familia dirigidos a las gestantes, madres que dan de lactar y madres con hijos(as) menores de cinco años atendidos en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaracilla. Fue de tipo básica aplicada, con pretest y postest. La muestra estuvo constituida por 30 madres de familia. Se utilizaron las técnicas de observación, entrevista, sesiones educativas teórico-prácticas; como instrumento se aplicó el cuestionario (pretest y postest). Se llegaron a los siguientes resultados: el desarrollo del programa educativo nutricional interactivo permitió que las madres participantes se mantengan activas y se logre mayor concentración y comprensión de los contenidos temáticos. Al aplicar el pretest, la mayoría de madres gestantes que dan de lactar y que tienen hijos menores de 5 años tuvieron respuestas erróneas sobre alimentación, loncheras saludables e higiene personal y de la familia (Tabla 20). Al interpretar las respuestas del postest se encontró que la mayoría de madres gestantes que dan de lactar y que tienen hijos menores que 5 años corrigieron sus respuestas sobre alimentación, loncheras saludables e higiene personal y de la familia (Tabla 20). Se concluye que el programa educativo interactivo sobre alimentación saludable fue efectivo, porque las participantes corrigieron las respuestas; lo que fue demostrado con los resultados del postest (Tabla 20), donde se comprueba la efectividad del programa educativo. Por tanto, se acepta la hipótesis alterna, y se concluye que el programa educativo nutricional interactivo fue efectivo.

Palabras claves: efectividad, programa educativo, interactivo, alimentación saludable.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the effectiveness of the Educational Program with Interactive Methodology on food, Healthy lunch boxes; personal and family hygiene for pregnant women, mothers who breastfeed and mothers with children under five years of age served in the Huaracilla Pilot Center for Comprehensive Health Care. It was of basic type applied, with pre and posttest, the sample was constituted by 30 mothers of family. It was used as techniques observation, interview, practical theoretical education sessions; As an instrument, the questionnaire was applied (pre-test and post-test). The following results were achieved: the development of the interactive nutritional education program allowed the participating mothers to remain active and achieve greater concentration and understanding of the thematic contents. When applying the pretest, the majority of pregnant mothers who breastfeed and who have children under 5 years of age had erroneous answers about healthy eating and lunch and personal and family hygiene (table 20). When interpreting the post-test responses, it was found that the majority of expectant mothers who breastfeed and who have children under 5 years of age corrected their answers about healthy food and lunch boxes and personal and family hygiene (table 20). It is concluded that the interactive educational program on healthy eating was effective because of the participants, they corrected the answers which was demonstrated with the results of the posttest (Table 20) where the effectiveness of the Educational program is verified, therefore the hypothesis is accepted alternates, and it is concluded that the interactive nutritional education program was effective

Keywords: effectiveness, educational program, interactive, healthy eating,

INTRODUCCIÓN

La salud y la educación son dos áreas que están entrelazadas de forma inseparable en toda sociedad, y es lógico que el sistema educativo que llega a gran parte de la población en todos los países sea el principal vehículo para transmitir información que beneficie con una adecuada salud a las familias. La buena salud es vital para un aprendizaje eficaz, y la educación es un medio poderoso que permite al individuo, la familia y la comunidad alcanzar sus metas propuestas para la vida, siempre y cuando se mantenga en buen estado de salud. La educación con madres y padres de familia debe ser la máxima prioridad, en especial en nuestro país, que se encuentra en vías de desarrollo, no solamente por la importancia que reviste para el mejoramiento de la salud, sino también desde las perspectivas de las familias que viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza. El no tener acceso a los servicios de salud deviene en un elevado número de niños y niñas enfermos, desnutridos, con baja estatura y, en consecuencia, con bajo rendimiento escolar.

Es importante señalar que la desnutrición infantil es un estado patológico ocasionado por la falta de ingesta o absorción de nutrientes. De acuerdo con la gravedad del cuadro, dicha enfermedad puede ser dividida en primer, segundo y hasta tercer grado. Por lo general, esta afección vinculada a la nutrición se puede corregir con la reposición de los nutrientes que faltan y si está ocasionado por un problema específico del organismo, con un tratamiento adecuado que contrarreste la deficiencia nutricional. Si no se detecta a tiempo o no se recibe la atención necesaria, la desnutrición puede llegar a ocasionar discapacidad, tanto mental como física, otras enfermedades, e incluso puede resultar mortal (OMS, 2012).

INEI (2017) reportó que el 35% de niños de la región Cajamarca sufren desnutrición crónica; lo que constituye un problema agudo para toda la región. Asimismo, el Primer Ministro, Juan Jiménez, indicó que la pobreza en Cajamarca está en un 56% por ciento, es decir, el doble del promedio nacional. Pero lo más preocupante fue encontrar que según estas estadísticas, la desnutrición crónica en ésta región supera en dos veces el índice nacional; Cajamarca llega a ocupar el segundo lugar en todo el ámbito nacional de niños desnutridos menores que 5 años.

La desnutrición, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2016), es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en vía de desarrollo. Por eso, prevenir esta enfermedad se ha convertido en una prioridad para la Organización Mundial de la Salud. Estas son las razones que justifican la importancia que reviste la educación de las madres de familia en alimentación y nutrición saludable; porque, de esta manera, se puede prevenir la desnutrición y reducir las complicaciones que ello demandan. Por tanto, se considera que la educación en salud preventiva es la principal herramienta para evitar un sinnúmero de daños a las personas.

Frente a esta problemática se ha propuesto desarrollar el programa de capacitación sobre alimentación y loncheras saludables, así como la higiene personal, dirigido a madres gestantes, a quienes están dando de lactar y a quienes tienen hijos menores que 5 años. Su objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo con metodología interactiva en la preparación de los alimentos en el centro Piloto de Atención Integral de Salud de La Huaracilla; lo que ha permitido que los problemas encontrados fueran disminuyendo y que fueran tratados con la debida importancia que estos tienen, ya que no únicamente se contribuyó a mejorar los hábitos alimenticios y de higiene de las madres y los niños y niñas, sino también a mejorar la calidad de vida de las familias, asumiendo

que la pobreza no es sinónimo de desnutrición y enseñando a sacar provecho de lo que se posee y que se puede utilizar para cambiar sus prácticas alimentarias, permitiendo la interacción de todos los miembros de la familia y de la comunidad (MINSA, 2016).

Cabe resaltar que en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud de La Huaraclla solamente 30 mujeres que reunieron los criterios de inclusión y que integraron la muestra de la presente investigación, que participaron del Programa Educativo en Salud Nutricional, durante ocho sesiones teórico-prácticas de manera planificada. Estas reuniones se hicieron con la finalidad de cambiar las prácticas de alimentación saludable, loncheras, higiene personal y del ambiente para mejorar la salud y el bienestar de los niños y de la familia.

El estudio se ha organizado sobre la base de una Introducción, Capítulo I, que contiene El Problema, donde se describe el planteamiento, formulación, justificación y objetivos del problema; el Capítulo II, que está constituido por el marco teórico, que recoge los antecedentes, base teórica que pone énfasis en las variables y la definición de términos básicos de la investigación; el Capítulo III, que está conformado por la Hipótesis, las Variables y la Operacionalización de variables de la investigación; el Capítulo IV, que contiene la Metodología, donde se señala el tipo y diseño de investigación, localización del área de investigación, población y muestra, criterios de inclusión, unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de la información, descripción de procedimientos, control de la validez y confiabilidad de los instrumentos, procesamiento, análisis de datos y matriz de consistencia; el capítulo V, donde se presentan los Resultados y Discusión, y, finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alimentación durante los períodos de gestación y lactancia, así como en los primeros años de vida del ser humano, resulta esencial para posibilitar el óptimo desarrollo de las potencialidades del individuo. En consecuencia, se torna indispensable para el mejoramiento de la productividad, el crecimiento económico y el desarrollo social sostenido (MINSA, 2012).

La disminución de la mortalidad de los niños menores de cinco años es una meta contemplada dentro de los objetivos de Desarrollo del Milenio, al haberse cumplido el año 2015. En este cometido, la Organización Mundial de la Salud ha planteado cuatro estrategias, dentro de las cuales se considera prioritaria a la alimentación de la gestante, de la mujer de niño(a) lactante y del (la) niño(a) menor de 5 años.

Hasta el año 2011, la tasa de mortalidad infantil en el mundo era de unos 6,9 millones de muertes; de cuya cifra, la malnutrición infantil ocasiona el 35% de todas las muertes. En los países en vías de desarrollo, el porcentaje de menores de cinco años aquejados de insuficiencia ponderal paso del 29% en 1990 al 18% (OMS, 2012).

En el Perú, según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2012), de cada 1 000 niños peruanos menores que 5 años, morían 79; en 2012, la cifra disminuyó a 18 (reducción del 75%). Asimismo, la desnutrición crónica infantil pasó de 28,5% en 2007 a 18,1% en 2012. A pesar de dicho descenso y de las

mejoras de la salud, todavía se observan elevadas tasas de mortalidad y malnutrición infantil. Los departamentos más afectados son: Cajamarca, Huancavelica, La Libertad, Loreto y Puno (CEPAL, 2005).

En el Perú, específicamente en Cajamarca, existen suficientes evidencias científicas y empíricas que demuestran que la desnutrición en las niñas y niños tiene un impacto negativo durante todo su ciclo de vida. Los niños que sufren carencias alimentarias en sus primeros años están expuestos a mayores riesgos de muerte durante la infancia, de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo vital. La desnutrición limita su potencial de desarrollo físico e intelectual a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez. Asimismo, impacta negativamente en la salud, la educación y la productividad de las personas e impide el desarrollo del país. Los efectos negativos se producen en el corto, mediano y largo plazo (CEPAL, 2005).

Para contrarrestar lo anteriormente expuesto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con la finalidad de mejorar la salud de los menores de cinco años, implementaron la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que tiene un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Dichas acciones, en el ámbito nutricional, contribuye a mejorar los conocimientos y las prácticas del cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, para contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables (OMS, 2012).

Del mismo modo, en el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), en la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición (ESAN), integra intervenciones y acciones prioritizadas dirigidas a la reducción de la morbimortalidad materna e infantil y a la

reducción de las deficiencias nutricionales. Como también se implementa la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años, cuyo objetivo es contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y a mejorar su nutrición y salud (UNICEF, 2013).

Los esfuerzos coordinados de los gobiernos nacionales, la comunidad internacional, la sociedad civil y el sector privado han fomentado un renacer de la esperanza y de las oportunidades para las poblaciones de todo el mundo. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer para acelerar estos avances. Se necesitan acciones más audaces y específicas donde todavía existen brechas y disparidades significativas.

De la problemática enunciada se puede abstraer lo referido al consumo de alimentos bajos en nutrientes; lo que conlleva a plantear una propuesta distinta con nuevas estrategias para producir cambios de actitudes, comportamientos positivos frente a la alimentación saludable de los grupos vulnerables que están constituidos por las gestantes, madres que dan de lactar y niños menores que 5 años. Por ello, se requiere impartir una educación para la salud en este rubro tan importante, como es la alimentación en los primeros años de vida, ya que la falta de información y el desconocimiento de la importancia, el contenido, la reparación y la combinación de alimentos constituyen un factor primordial para el estado nutricional del niño.

Como parte de la Promoción de la Salud se ha implementado la educación nutricional como un instrumento de intervención que facilite la implementación de políticas de protección y utilización de recursos para el cambio de comportamiento en favor de la salud. Es así como el diseño de los programas educativos nutricionales debe garantizar un cambio de comportamiento que perdure en el tiempo. Para ello

debe incorporar una visión integradora con metodología creativa e innovadora que logre un aprendizaje significativo de las madres, y no solo una mera transmisión de información.

La mayor parte de las estrategias educativas se basan en el modelo tradicional de educación bajo un esquema de comunicación lineal, donde el educador emite una información para provocar una respuesta en el receptor haciendo de este un individuo pasivo. En contraposición, han surgido modelos educativos con un enfoque crítico basados en el diálogo, el consenso y el debate que, bien utilizados, conllevan a la resolución de problemas. Más que ello, propician una comunicación horizontal que busca más retroalimentación o participación del receptor para convertirse en coautor de los mensajes. Estos modelos se caracterizan por hacer más hincapié en los conceptos, necesidades, contenidos y métodos, donde los beneficiarios establecen los objetivos de acuerdo con sus necesidades, pero orientados por el facilitador.

Con base a lo señalado anteriormente se propone desarrollar un programa educativo con metodología interactiva en la preparación de los alimentos saludables dirigido a las gestantes, madres que dan de lactar y madres con hijos menores que 5 años de la jurisdicción del Centro Piloto de Atención Integral Docente La Huaraclla.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la efectividad del Programa Educativo en Salud Nutricional con Metodología Interactiva en la Preparación de los Alimentos en el Centro Piloto de Atención Integral Docente La Huaraclla – Cajamarca 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la alimentación no saludable es uno de los problemas que más aqueja a nuestra sociedad y más aún a la población infantil. El desconocimiento que las madres poseen sobre la alimentación se ha convertido en un serio problema; pues, ha generado que los niños(as) no tengan la alimentación adecuada. Se ha convertido en interés de la salud pública, porque la desnutrición consume las reservas musculares y grasas, retrasa el crecimiento, afecta el sistema inmunitario y genera retraso en el desarrollo físico de los niños. Problemas que requieren intervenciones educativas creativas, innovadoras desde el primer nivel de atención, ya que constituye un riesgo en las capacidades físicas e intelectuales de los niños.

Los profesionales de la salud que laboran en el primer nivel de atención conviven día a día con niños que sufren de desnutrición. Muchas veces no tienen siquiera las herramientas necesarias para enseñar a las madres a prevenir este déficit que causa tantos daños a los(as) niño(as) que lo sufren; por ello, se hace necesario proponer actividades de prevención y promoción para la implementación de estrategias educativas con técnicas innovadoras y participativas capaces de lograr un aprendizaje significativo que favorezca un cambio de comportamiento para mejorar la alimentación de la gestante, madres que da de lactar y madres con niños menores que 5 años, durante el momento de la preparación de los alimentos en forma saludable.

Teniendo en cuenta los múltiples factores que causan la desnutrición crónica como consecuencia de la mala alimentación de los niños menores que 5 años y en las gestantes, se desarrolló el presente trabajo de investigación. Con ello, mediante intervenciones preventivas y promocionales en el marco de la atención integral de

la salud, existe la seguridad de que se podrá contribuir a mejorar y mantener el estado de salud y nutrición de las participantes. Asimismo, servirá de base para futuras investigaciones relacionadas con este tema que reviste una gran importancia para la salud infantil.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. General

Determinar la efectividad del Programa Educativo con Metodología Interactiva en la Preparación de los Alimentos en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud de La Huaraclla, Cajamarca, 2016.

1.4.2. Específicos

1. Evaluar la salud nutricional de las madres gestantes, las que dan de lactar y los niños menores de cinco años atendidos en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla.
2. Aplicar el pretest sobre alimentación, loncheras saludables, higiene personal y de la familia a las madres gestantes, madres que dan de lactar y madres con hijos(as) menores de cinco años atendidos en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla,
3. Desarrollar el Programa Educativo Interactivo de Nutrición dirigido a las gestantes, madres que dan de lactar y madres con hijos(as) menores de cinco años atendidos en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla.

4. Aplicar el posttest sobre alimentación, loncheras saludables; higiene personal y de la familia dirigido a las gestantes, madres que dan de lactar y madres con hijos(as) menores de cinco años atendidos en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla,

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Beltrán A. y Seinfeld J. (2009) revisan la relación entre nutrición materna e infantil, y el desarrollo del capital humano y los riesgos de enfermedades en adultos en países de bajos y medianos ingresos (Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica). El trabajo encontró que la desnutrición está fuertemente asociada con la menor talla en la adultez, menor escolaridad, productividad económica reducida y menor peso de los hijos al nacer, en el caso de las mujeres. Asimismo, concluye que el mejor predictor de estos indicadores de capital humano es el índice de talla para la edad a los dos años de vida. Relaciones con indicadores de enfermedades en adultos no resultaron claras: mayor peso al nacer y durante la niñez está positivamente asociado con el índice de masa corporal en la adultez y, en menor grado, con valores de presión sanguínea, pero no con la concentración de glucosa en la sangre. Los investigadores afirman, finalmente, que el daño sufrido durante la temprana edad genera deficiencias permanentes que también afectan a las futuras generaciones.

Otro trabajo relevante es el realizado en Guatemala. En este estudio se analizaron los indicadores nutricionales de los hijos de un grupo de mujeres guatemaltecas que participaron en una prueba de complementación nutricional cuando eran niñas. El experimento arrojó que dos ciudades recibieron un alimento reforzado conocido como *atole*, mientras que otras dos accedieron a un alimento de menor contenido nutricional (fresco). Los hijos de las mujeres que consumieron *atole* tuvieron mejores indicadores nutricionales (mayor peso al nacer, altura, circunferencia de la cabeza y puntaje z de talla para la edad). El estudio concluyó en

que la atención nutricional de las niñas genera incrementos sustanciales en el peso al nacer y crecimiento lineal de sus futuros hijos.

Sayuri, A. & Fujimori, E. (2012) realizaron una investigación titulada “Estado Nutricional y Aumento de Peso en la Mujer Embarazada”, donde concluyen que el estado nutricional de 228 embarazadas influye en el peso al nacer; el estudio fue desarrollado en el centro de salud de São Paulo con datos obtenidos de registros médicos; fue realizado un análisis de regresión lineal. Se verificó la asociación entre estado nutricional inicial y final. ($p < 0,0001$); la media del aumento total de peso disminuyó de las mujeres que iniciaron el embarazo con bajo peso respecto de las que comenzaron con sobre peso/obesidad ($p = 0,005$), siendo insuficiente para 43,4% y 36,4% de embarazadas con peso adecuado inicial y para el total, respectivamente. Sin embargo, 37,1% de las que iniciaron el embarazo con sobrepeso/obesidad finalizó con ganancia excesiva; esta condición afectó casi a un cuarto del total. La anemia y el bajo peso al nacer fueron poco frecuentes. El estudio destaca la importancia de la atención nutricional antes y durante el embarazo para promover la salud maternoinfantil.

La investigación realizada por Wachs, T., et al. (2007) está orientada a hacer el análisis de los factores de riesgo que enfrentan los niños en su desarrollo desde su nacimiento hasta los 5 años. Estos los dividen en factores biológicos de riesgo (nutrición, enfermedades infecciosas y exposición ambiental) y factores psicosociales de riesgo (relacionados con el cuidado de los padres). Con respecto a la nutrición, se identificaron algunos riesgos específicos: crecimiento intrauterino (reflejado en bajo peso al nacer), desnutrición (reflejado en baja talla), deficiencia de yodo y hierro y otros componentes nutricionales (como lactancia materna y consumo

de zinc). La baja talla (o desnutrición crónica) resultó ser el factor más riesgoso, principalmente por su alta prevalencia en países en vías de desarrollo y sus costosas consecuencias.

Un trabajo relevante para el caso peruano es el de Cortez, R. (2012) quien, usando información de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) y de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), analiza los determinantes de la desnutrición infantil, donde llega a la conclusión de que la edad del niño, la educación de la madre, la altitud geográfica en la que se ubica el hogar y el acceso a un sistema de desagüe son los determinantes más importantes. El estudio muestra que el Programa de Asistencia Alimentaria Infantil no tiene impacto en la desnutrición del niño; mientras que el Vaso de Leche tiene un impacto marginal en la misma. Sin embargo, es importante considerar que estos programas no están diseñados para reducir la desnutrición, ya que solo tienen como objetivo incrementar el consumo energético del niño.

Yamada G. & Basombrío, L. (citado en Beltrán A. y Seinfeld J. 2009) utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) para indagar la posibilidad de que el Perú alcance el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionado con la erradicación del hambre. Estos investigadores, valiéndose de una metodología de panel, estimaron tres modelos de déficit calórico: para toda la muestra, para el área rural y para la zona urbana. Entre los principales determinantes de bajo consumo de calorías estaban el gasto *per cápita*, si el jefe de hogar estaba casado y si tenía acceso al Programa de Desayunos Escolares. Otras variables relevantes fueron el índice de precios del pan, los cereales y los vegetales, así como también la presencia de un varón mayor de 6 años de edad en el hogar. La conclusión final fue que para poder

alcanzar el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio la economía peruana debería crecer 7% anualmente entre 2005 y 2015, asegurar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la educación y el acceso a agua y desagüe, así como invertir entre 44 y 66 millones de dólares anualmente en ampliar la cobertura del Programa de Desayunos Escolares para todos los niños pobres del país.

Sánchez, A. (2017) investigó la efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos en las madres de niños en edad preescolar sobre la preparación de loncheras saludables en la institución educativa inicial “San Martín de Porres” Lima – Cercado. 2011. Del 100% (28) madres encuestadas, antes de participar del programa educativo, 45% (11) conocen sobre la preparación de la lonchera nutritiva. Después de participar del programa educativo, 100% (28) madres, incrementaron los conocimientos sobre la preparación de la lonchera nutritiva. Por lo que se concluye que el programa educativo fue efectivo en el incremento de conocimientos de las madres, ($P < 0,05$).

Merino, B. (2016) realizó una investigación de tipo preexperimental en la Institución Educativa Inicial N° 1739 de Barro Negro, Otuzco, La Libertad, 2014, con la finalidad de determinar la efectividad del programa educativo “Comiendo sano, desarrollo y crezco mejor” en el nivel de conocimiento materno sobre alimentación saludable y el estado nutricional de preescolares. El universo muestral estuvo constituido por 20 preescolares y sus madres. Para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos. Los datos recolectados fueron procesados en SPSS *Statistics* 23. Para la significancia estadística se utilizó el test de *Wilcoxon*. La efectividad del programa fue determinada empleando la prueba normal para una proporción. Los resultados reflejan que antes de la aplicación del programa, el 65%

de madres obtuvo el nivel medio de conocimientos; en el indicador talla para la edad, el 50,0% de preescolares clasificó como normal. Después de la aplicación, el 80% de madres obtuvo el nivel alto de conocimientos; en el indicador talla para la edad, el 80,0% clasificó como normal. El programa educativo fue efectivo al mejorar el nivel de conocimientos de las madres ($p= 0,025<0,05$) y el estado nutricional de los preescolares ($p= 0,000<0,05$).

2.2. BASE TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1. Desnutrición según Wardlaw, G. et, al. (2004)

1. Definición

La Desnutrición es definida como la condición patológica derivada de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo, es decir, una ingesta deficiente de calorías y proteínas. Es una enfermedad causada ya sea por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipoproteica, o por una mala absorción de nutrientes como la celiaquía. Repullo, P. (2014).

La pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento son las principales manifestaciones del mal estado nutricional, y, basados en el peso esperado del niño (de acuerdo con la edad o estatura), se realiza el cálculo que determina el grado de desnutrición. Tiene influencia en factores sociales, psiquiátricos o simplemente patológicos. El fenómeno se presenta principalmente en individuos de bajos recursos y específicamente en niños de países subdesarrollados.

En los niños, la desnutrición puede comenzar incluso en el vientre materno. Las consecuencias de la desnutrición son: niños de baja estatura, pálidos, delgados, muy enfermizos y débiles, que tienen problemas de

aprendizaje y desarrollo intelectual y con mayores posibilidades de ser obesos cuando lleguen a la adultez. Las madres desnutridas dan a luz niños desnutridos, y las que padecen anemia o descalcificación tienen más dificultades en el parto con niños de bajo peso.

2. Etiología de la desnutrición

La desnutrición se origina con una dieta pobre de nutrientes. La causa más frecuente de esta patología es una mala alimentación, en que el cuerpo gasta más energía que la que consume.

Los factores que afectan el estado nutricional, entre otros, son:

- Seguridad alimentaria.
- Necesidades de alimento.
- Situación de la disponibilidad de alimentos.
- Consumo humano aparente.
- Acceso a los alimentos.
- Condición de vida.
- Densidad de la población (riesgos naturales, deterioro de los suelos y abastecimiento de agua y saneamiento básico).
- Atención a la familia.
- Subdesarrollo del país.
- Falta de educación nutricional.
- Falta de programas que controlan el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.
- Falta de información acerca de nutrición a mujeres embarazadas y en lactancia.

3. Indicadores antropométricos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera, en el ámbito general de los países, como indicadores antropométricos a: el sexo, el área geográfica, las condiciones socioeconómicas como índices de desarrollo humano (IDH) y la tasa de alfabetización, entre otros, de los países de la región.

4. Clasificación de la desnutrición

- a) **Desnutrición de primer grado (leve):** 89% – 75% del peso esperado para la edad.
- b) **Desnutrición de segundo grado (moderado):** 74% – 64% del peso esperado para la edad.
- c) **Desnutrición de tercer grado (grave):** menos del 60% del peso esperado para la edad.

5. Síntomas y detección

Los síntomas pueden variar de acuerdo con la causa de la desnutrición; pero se pueden mencionar como generales: la fatiga, el mareo y la pérdida de peso. Se puede detectar mediante valoraciones nutricionales y análisis de sangre.

En los niños con desnutrición se puede observar que no crecen; emocionalmente, su estado de ánimo es la tristeza, no juegan, no comen, lloran con facilidad y se enferman muy fácilmente. En medicina se puede detectar la desnutrición midiendo la talla y el peso y comparando estos con las tablas de crecimiento, verificando si hay un desvío de los valores normales de talla y peso para la edad del niño. En niños y niñas de la primera infancia (hasta los 5 años) existe el nuevo patrón de crecimiento infantil en el ámbito mundial, desarrollado por la OMS.

6. Diagnóstico

Una vez realizada la evaluación integral del paciente, se podrán tener los siguientes diagnósticos:

- a) Situación de riesgo.
- b) Desnutrición subclínica o marginal.
- c) Desnutrición clínica.

Se clasifica en:

- a) Zona Crítica
- b) Leve
- c) Moderada
- d) Grave

Si no se atiende oportunamente la desnutrición durante las etapas anteriores pueden caer en:

- **Kwashiorkor.** Es una forma de desnutrición que ocurre cuando no hay suficiente proteína en la dieta.
- **Marasmo.** Es un tipo de desnutrición energética por defecto que va acompañada de emaciación (flaqueza exagerada), resultado de un déficit calórico total.

7. Consecuencias

- **Corazón.** El corazón pierde masa muscular, así como otros músculos del cuerpo. En el estado más avanzado hay una insuficiencia cardíaca y posteriormente sobreviene la muerte.

- **Sistema inmunitario.** Se torna ineficiente. El cuerpo humano no puede producir glóbulos blancos, y esto causa múltiples infecciones intestinales, respiratorias y otras anomalías. La duración de las enfermedades es mayor y el pronóstico siempre peor que en individuos normales. La cicatrización se lentifica.
- **Sangre.** Es posible que ocurra un cuadro de anemia ferropénica relacionada con la desnutrición.
- **Tracto intestinal.** Hay una menor secreción de HCL en el estómago; lo que torna ese ambiente más favorable para la proliferación de bacterias. El intestino disminuye su ritmo peristáltico, y la capacidad de absorción de nutrientes es muy reducida.
- **En la persona.** Una disminución de su coeficiente intelectual, problemas de aprendizaje y de retención cognoscitiva. En menores disminuciones el crecimiento y desarrollo físico.

8. Prevenciones

Para prevenir la desnutrición infantil se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Lograr una buena alimentación variada y nutritiva basada en cereales y tubérculos, verduras y frutas de temporada, leguminosas, alimentos de origen animal (pollo, huevo, pescado, carne, leche o queso).
- Una mujer se debe preparar para cuando sea madre; para ello debe acumular reservas de micronutrientes y debe alimentarse bien.
- Si una mujer está embarazada, necesita tres comidas principales y dos entrecomidas; asimismo, debe variar los alimentos de buena calidad.
- Los niños menores de 6 meses deben ser alimentados solo con leche materna.

- Se debe vigilar la talla y peso del niño, a efectos de monitorear su crecimiento.
- Se deben preparar los alimentos con limpieza; se deben lavar las manos antes de preparar los alimentos y antes de servirlos; asimismo, antes y después de ocupar el baño o cambiar el pañal del niño, a fin de evitar que el infante se enferme.
- Los niños enfermos deben continuar su alimentación sin grasas, con mucho líquido y muchos cuidados. Luego de la enfermedad los niños recuperan su peso con una buena alimentación.
- Es muy importante acudir regularmente a un centro de salud durante el embarazo, y controlar regularmente al niño con un pediatra y un nutricionista; de esta manera se podrán evitar complicaciones, problemas de salud y se prevendrá la desnutrición.

9. Actuaciones para prevenir la desnutrición infantil

En la actualidad está identificado el período fundamental para prevenir la desnutrición del niño: el embarazo y los dos primeros años de vida. Es el período que se conoce como los 1 000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño; por lo que, la falta de una alimentación y atención adecuadas, produce daños físicos y cognitivos irreversibles que afectarán la salud y el desarrollo intelectual del niño para el resto de su vida.

En estos 1 000 días hay cuatro etapas que requieren actuaciones diferentes: embarazo, nacimiento, de 0 a 6 meses y de 6 a 24 meses.

Durante estas etapas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha llevado a efecto sus intervenciones que las podemos agrupar en tres grandes categorías:

- Acciones de prevención.
- Cambios en el entorno sociocultural.
- Tratamiento de la desnutrición.

Aunque la responsabilidad principal en el cumplimiento de los derechos de la infancia recae en el Estado, la Convención sobre los Derechos del Niño también hace especial hincapié en el papel imprescindible del conjunto de la sociedad para que el reconocimiento y la práctica de estos derechos sean completos.

a) Las empresas. La actuación empresarial tiene cada vez un impacto mayor en la vida y las oportunidades de las personas. Por eso, una actuación socialmente responsable con la infancia resulta un camino imprescindible para avanzar en la realización de los derechos del niño. Además, como parte de su acción social, las empresas pueden colaborar en la lucha contra la desnutrición proporcionando recursos y, muy especialmente, contribuyendo a que el mensaje llegue cada día a más personas: clientes, empleados, proveedores... Incluso pueden promover alianzas al respecto con otras organizaciones, impulsando iniciativas colectivas de alto alcance.

b) Los medios de comunicación. Juegan un papel esencial. En su mano está informar no solo las situaciones de emergencia, sino también de la realidad de la desnutrición crónica que, como hemos visto, afecta a cerca de 200 millones de niños en el mundo en desarrollo. Que la sociedad conozca las causas, las consecuencias, las formas de prevenir y combatir la desnutrición, y sus interrelaciones con otros problemas como el cambio climático, las políticas comerciales o las políticas agrarias es la base para que se puedan impulsar los cambios necesarios a todos los niveles.

c) Individual

- Informarse.
- Contribuir a sensibilizar a otras personas.
- Exigir a los gobiernos la instauración de políticas audaces e innovadoras para cumplir su compromiso con la Convención sobre los Derechos del Niño y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para que den prioridad a la lucha contra la desnutrición infantil.
- Apoyar económicamente los esfuerzos para prevenir y combatir la desnutrición infantil.

d) Otros aspectos clave

Es necesario prestar atención a la seguridad alimentaria.

- Mejorar la producción agraria y poner en marcha programas de distribución de alimentos y mecanismos de protección social.
- También es importante prevenir y tratar las enfermedades infecciosas, puesto que tienen una estrecha relación con la desnutrición.
- Mejora de la higiene y del lavado de manos.
- Inmunización, saneamiento y acceso al agua potable.
- La educación de la mujer y su posición en la sociedad tienen una influencia muy importante sobre la alimentación. Un estudio realizado en Pakistán reveló que la mayoría de las madres de los recién nacidos con síntomas de desnutrición apenas habían recibido educación. La introducción de alimentos complementarios para los lactantes a partir de los 6 meses de edad mejoró cuando las madres recibieron formación (LIAQUET P., 2007).

La alimentación en la primera infancia

La primera infancia, como cada etapa de la vida, tiene sus peculiaridades y necesidades nutricionales, a las cuales se irá adaptando la alimentación. En este caso, se debe proporcionar al bebé la energía suficiente para mantener las funciones vitales; pero, además, tiene que cubrir las necesidades relacionadas con el crecimiento y la maduración; pues, en esta época existe el mayor crecimiento físico y desarrollo psicomotor de toda la vida.

No hay que olvidar que también en el período de 0 a 3 años se tienen que favorecer las condiciones que permitan la adquisición progresiva de unos hábitos alimentarios saludables, los que se mantendrán a lo largo de la vida.

Durante los primeros 6 meses de vida, el único alimento recomendado para el bebé es la leche materna (a demanda, cuando el bebé lo pida) de forma exclusiva; pues, supone ventajas para la madre (mejor recuperación del útero después del parto, mejor recuperación física, reducción del riesgo de cáncer de mama y de ovario, reducción del riesgo de anemia y osteoporosis) y para el bebé (protección frente a infecciones y alergias, reducción del riesgo de muerte súbita del lactante, protección frente enfermedades futuras tipo diabetes, obesidad infantil, etc.).

Alimentación y nutrición de la gestante

Durante el embarazo, la madre requiere una mayor cantidad de nutrientes, para satisfacer las necesidades básicas tanto de ella como del bebé que se está formando. Aquellas mujeres que comen en forma deficiente durante este período, pueden presentar mayores complicaciones que las que están bien nutridas.

Entre los cuidados que se tienen que tener durante un embarazo, uno de los prioritarios y quizá el más importante es el de la alimentación. Comer en exceso y comer en forma deficiente durante este período pueden ocasionar muchos riesgos y mayores complicaciones

Los cambios metabólicos que se producen en la madre y en el bebé en crecimiento producen en el organismo materno demandas nutricionales adicionales, las cuales deben ser satisfechas mediante el aumento de la ingesta de algunos nutrientes.

No se trata de comer más, o comer por dos, como muchas mujeres creen, sino tener en cuenta cuáles son las necesidades nutricionales que requieren los cambios metabólicos de la madre y el adecuado crecimiento y desarrollo de su bebé.

El aumento de peso de la madre durante el embarazo, sobre todo durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, se debe al peso del bebé, de la placenta y al aumento de tamaño de los órganos de la mamá, es decir del útero y de las mamas.

La madre debe consumir alimentos variados de los tres grupos balanceados y debe evitar el consumo excesivo de alimentos grasos, sal y carbohidratos y controlar mucho su peso, ya que la salud de su hijo y su propia recuperación después del parto depende mucho de ello.

La nutrición es el proceso por cual el organismo absorbe y asimila las sustancias necesarias para el funcionamiento del cuerpo. Este proceso biológico es uno de los más importantes determinantes para el óptimo funcionamiento y

salud. También se ocupa de solventar las necesidades energéticas del cuerpo aportándole los hidratos de carbono necesarios, las grasas, las vitaminas, proteínas y todas aquellas sustancias que requiere el cuerpo para poder desarrollar las actividades cotidianas.

La nutrición es una ciencia que estudia los alimentos, los nutrientes; es la interacción en relación con la salud y la enfermedad; los procesos de digestión, absorción, utilización y excreción de las sustancias alimenticias y también los aspectos económicos, culturales, sociales y psicológicos relacionados con los alimentos y la alimentación.

La educación dietética de las futuras madres con la adquisición de unos conocimientos básicos sobre la alimentación durante el embarazo y la lactancia constituye uno de los temas principales de la medicina preventiva.

Alimentación y nutrición durante la lactancia

Las necesidades nutricionales de la madre lactante dependen, principalmente, de la producción de leche y de su estado nutricional posparto; lo cual amerita que el personal de salud evalúe: Índice de la Masa Corporal (IMC), reserva de grasa, estado bioquímico de algunos micronutrientes y la ingesta alimentaria. De acuerdo con lo anterior, se establece un diagnóstico y un plan de tratamiento para promover una alimentación saludable y adecuada al estado nutricional materno, que le permita utilizar el depósito de grasa almacenado durante el embarazo y alcanzar en forma gradual un peso corporal saludable.

Las madres con malnutrición, ya sea por exceso o por déficit de peso, las adolescentes, las que tuvieron embarazo múltiple y/o complicaciones durante la gestación, como anemia, diabetes, hipertensión, entre otras, se consideran grupos prioritarios y deben tener atención especializada por un equipo interdisciplinario para mejorar su estado nutricional y de salud, y lograr una lactancia de pecho exclusiva en los primeros seis meses de vida del lactante.

Respecto de los micronutrientes, es importante resaltar que vitaminas hidrosolubles como la tiamina, riboflavina, niacina y el ácido ascórbico, se requieren en mayores cantidades en comparación con la mujer no lactante; pero las recomendaciones se pueden satisfacer a partir de una alimentación variada que incluya productos lácteos, frutas y verduras, leguminosas y carnes.

Se debe vigilar, especialmente, la ingesta de ácido fólico y de hierro, porque la madre pudo no haber tomado los suplementos indicados en la gestación, y, de otra parte, las pérdidas de sangre en el parto y posparto contribuyen al desarrollo de ferropenia y/o anemia en la lactancia; por tanto, puede ser necesario continuar con el suplemento de estos dos micronutrientes. Si el personal de salud no advierte y corrige estas deficiencias nutricionales, la calidad nutricional de la leche puede verse afectada y perpetuar el ciclo de desnutrición en la mujer y en el lactante. La recomendación de hierro (DRI) para madres adolescentes lactantes es de 10 mg./día, con ajuste por biodisponibilidad, 15 mg./día, y, en el caso de madres adultas (19 años y más), 9 mg./día, y con ajuste, 14 mg./día. (Manjarrés L., Parra B., Restrepo S., Zapata N., 2014).

2.2.2. Desnutrición en América Latina

La desnutrición infantil se registra como uno de los principales problemas de salud pública y bienestar social de América Latina, pues, es una de las mayores causas de mortalidad y morbilidad evitable en los niños y niñas de Latinoamérica; que, además, se encuentra relacionada por los deficientes determinantes sociales, económicos y por las políticas de salud de la gran mayoría de países de la región.

Asimismo, señala que la desnutrición presenta alta incidencias entre los países latinoamericanos y del Caribe y sobre las dimensiones de este problema. El Perú se encuentra en el puesto 21 de 25 países, lo que lo coloca entre los de mayor prevalencia de desnutrición crónica de la región, solo antes que Bolivia, Ecuador, Honduras y Guatemala.

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) (2013) realizó una investigación en América Latina. En su estudio concluye que cerca del 25% de la población "es vulnerable ante el hambre". En América Latina hay más de 7 millones de niños en edad preescolar "crónicamente desnutridos". Este problema se concentra en las comunidades indígenas.

En Guatemala y Nicaragua se han presentado los casos más preocupantes de malnutrición; frente a ello, los gobiernos trabajan con el PMA con la finalidad de impulsar iniciativas para combatir el hambre y la pobreza, como las de "alimento por trabajo" o "alimentos en las escuelas". En Guatemala, el 48% de los niños menores que 5 años sufre de desnutrición crónica; mientras que en Nicaragua la padece el 19% de la población.

En el Salvador, cincuenta de cada cien niños y niñas llegan a los cinco años con deficiencia alimenticia, debido principalmente a los escasos recursos económicos de sus familias, sobre todo del área rural, y el 50% de los niños y niñas de 0 – 5 años sufren desnutrición en distintos grados.

En Bogotá, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF (2013) presentó un informe titulado: “Mejorando la Nutrición Infantil”, en su evaluación sobre la desnutrición infantil en América Latina, señala que el 12% de los menores de cinco años que viven en Latinoamérica sufre desnutrición crónica. La peor situación de la región la viven los niños guatemaltecos con una tasa de 48%, mientras que Haití y Perú han logrado la mayor recuperación. En Venezuela, los investigadores que trabajaron para el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) contabilizaron en 2011, que es el año que refleja el informe 468 mil niños con desnutrición crónica.

Hay que hacer hincapié que los países latinoamericanos que se encuentran con las altas prevalencia de desnutrición, de acuerdo con los tres índices antropométricos son: Haití, Guatemala, Honduras y Nicaragua; mientras que los de más baja prevalencia son: Chile, Argentina y Costa Rica. El resto de países se encuentra entre estos dos extremos.

2.2.3. Desnutrición en el Perú

La desnutrición infantil en el Perú es un problema grave. Si bien el notable crecimiento económico de Perú en los últimos 15 años ha permitido mostrar mejoras en la tasa de pobreza y en varios indicadores de desarrollo,

aún los resultados son insuficientes, especialmente, en aquellos indicadores relacionados con la salud y la prevalencia de la desnutrición crónica. Según los estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal (MINSA, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) publicó un estudio donde se compara la desnutrición y la desigualdad entre 47 países en desarrollo, usando un índice de concentración para medir la desigualdad por quintil de ingreso. El estudio muestra desigualdades socioeconómicas entre niños bien nutridos y malnutridos. Los países de América Latina y El Caribe presentan los niveles de desigualdad más altos; entre estos, el Perú es el segundo país más desigual, solo después de Guatemala.

La lucha contra la desnutrición infantil en el Perú no es nueva. Diversas políticas gubernamentales se han desarrollado en los últimos 20 años contra la desnutrición infantil. Sin embargo, recientemente, se han diseñado programas que la consideran como un problema multisectorial y, por lo mismo, involucran a diversos actores públicos, como el Ministerio de Salud, de Educación, de la Mujer, entre otros, y que, además, requieren de la coordinación entre los distintos niveles de gobierno.

2.2.4. Desnutrición infantil en Cajamarca

El crecimiento económico del país en los últimos años viene reflejándose en una reducción sostenida de la pobreza. La tasa de Desnutrición Infantil (DI) en promedio nacional también se ha reducido de 31% en el año 2000 a 18,1% (INEI, 2012).

Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES, aún se mantienen valores altos en zonas rurales y de mayor pobreza. El gobierno del Perú ha declarado la lucha contra la Desnutrición Infantil (DI) como una prioridad nacional, y fijó la meta de reducirla al 10% en el año 2016. Para lograrlo, cada gobierno regional, y en particular el de Cajamarca, tiene una contribución fundamental en alcanzar sus metas regionales.

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social –MIDIS– ha hecho estimaciones por región de la meta de reducción de la Desnutrición Infantil (DI) y de las metas de cobertura de las principales intervenciones y estrategias efectivas que pone a su consideración para ser implementadas como parte del esfuerzo intersectorial e intergubernamental.

Según estimaciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social –MIDIS–, Cajamarca debió reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) al 28,2% en 2016. Aun cuando el reto es grande, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social –MIDIS– alienta al Gobierno Regional a poner todo su esfuerzo en alcanzar esta meta regional y contribuir al cumplimiento de la meta nacional.

Para cumplir este desafío en favor de la niñez de Cajamarca, el Gobierno Regional debe establecer sus metas de cobertura al 2021, en base a las intervenciones y estrategias efectivas, poniendo mayor énfasis en aquellas que presentan menores coberturas y que requieren una mayor y mejor atención. La tabla siguiente presenta el listado de intervenciones priorizadas y las metas esperadas para lograr la meta regional de Desnutrición Crónica Infantil (DCI) estimada en 28,2%.

2.2.5. Educación para la salud, un instrumento de la promoción de la salud

El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, viene impulsando políticas y creando alianzas en favor de la salud, con el propósito de contribuir al desarrollo integral de la persona mediante el fortalecimiento de las condiciones que le permitan adoptar cada vez mejores decisiones en torno de su salud.

La promoción de la salud es un proceso que consiste en proporcionar a las personas, familias y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud. Procura crear y fortalecer las condiciones que habiliten a la población adoptar cada vez mejores decisiones en torno de la salud. En este sentido, la promoción de la salud implica emprender un proceso orientado a desarrollar habilidades y a generar mecanismos políticos, organizativos y administrativos que permitan a las personas y a sus comunidades tener un mayor control sobre su salud y su mejora.

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS), la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La educación para la salud es considerada como una herramienta para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y un eje fundamental de la atención integral en salud; pues, tiene como misión crear espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables al incorporar conductas favorables a la salud.

Así, en el primer nivel de atención, al tener ese contacto inicial de los individuos con el sistema de salud, es prioritario implementar la educación para la salud en función de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, se la dirigirá especialmente a la población sana para que participen en la identificación de problemas y tomen decisiones sobre su propia salud, a través de la adquisición de responsabilidades sobre ella.

2.2.6. Metodología interactiva para un aprendizaje significativo: Díaz F. (2009)

En la Educación para la Salud, la aplicación del enfoque constructivista obliga a considerar que cuando un mensaje está excesivamente alejado de los esquemas previos de los participantes, no tiene para ellos mayor significación, y así, el proceso de enseñanza aprendizaje es incapaz de desembocar en un aprendizaje verdaderamente significativo. Probablemente se obtendría una memorización, pero sería de escaso o nulo valor funcional.

De esta manera, la Educación en Salud es importante porque desarrolla estrategias educativas para lograr un aprendizaje significativo para el cambio de comportamiento permanente en favor de la Salud. Precisamente, una de las estrategias de aprendizaje se está desarrollando en diferentes países: la “metodología interactiva”.

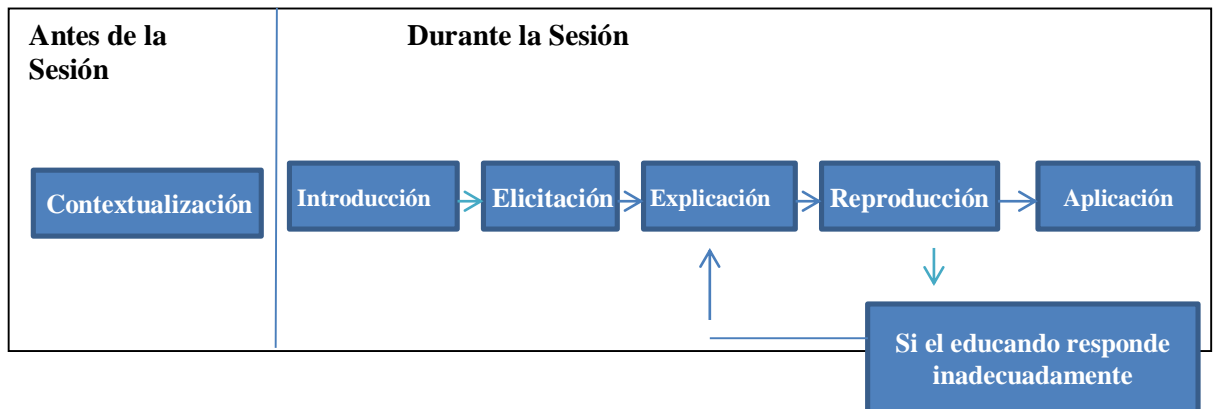
Díaz, Arceo, F., et, al. (2009) sostienen que una estrategia de aprendizaje es un procedimiento que un alumno requiere y emplea en forma intencional como instrumento flexible para aprender significativamente y solucionar problemas y demandas académicas.

Del mismo modo, Moreno, C. (2007) manifiesta que las estrategias de enseñanza están al servicio del aprendizaje, puesto que implica un plan de acción respecto de los mecanismos que pueda poner en marcha el alumno a la hora de aprender. Asimismo, agrega que una estrategia de aprendizaje se lleva a cabo para alcanzar algún objetivo, plan, fin o meta.

La metodología interactiva consiste en una ‘transacción’ entre docente y alumno mediante el debate o diálogo para profundizar en un tema. Pueden darse metodologías interactivas donde el docente pregunta y el alumno responde, y puede darse una interacción más ‘abierta’, donde el docente estimula la participación y debate del estudiantado. Este método también se conoce con el nombre de método socrático o comunicativo; pues, es más flexible, enriquecedor y económico respecto de las demás metodologías.

Para conseguir una interacción positiva se requieren ciertos criterios; por ejemplo, generar un clima de distensión para participar y mantener un clima de respeto y valoración del docente hacia el alumnado y viceversa, utilizar el debate y el trabajo en pequeños grupos, organizar la información; puesto que en la participación y el debate se produce mucha cantidad de información que requiere ser sistematizada, para que posteriormente se elaboren preguntas para estimular el pensamiento en el alumnado.

Propuesta Metodológica para la Educación y Nutrición



Fuente: Revista de Salud Pública “Propuesta metodológica para la Educación Nutrición Pág. 20, 21 y 22.

Etapas en la educación interactiva:

a) **Contextualización.** Antes de iniciar una sesión educativa, debe realizarse la etapa esencial para lograr los objetivos de la educación. Durante la contextualización, el educador debe, primero, conocer las características de sus educandos, incluyendo aspectos relevantes para el tema que se va a tratar, y en segundo lugar, debe adecuar los mensajes de la educación a los educandos. Es importante conocer algunas características tales como: edad, sexo, nivel educativo, oficio, horario de trabajo, lugar de residencia, estilo de vida, situación de salud, hábitos alimentarios, disponibilidad de alimentos, intereses y contacto previo con el tema.

Aunque no se conoce de antemano cuáles individuos participarán en la sesión educativa; pero, sí se pueden conocer las características del grupo de población al cual pertenecen. Para adecuar los mensajes al grupo de educandos, el educador debe tratar de ponerse en el lugar del educando y preguntarse: ¿qué motivaría al educando sobre el tema?, ¿cuál es el conocimiento del educando sobre el tema?, ¿qué debe saber el educando para poder cambiar sus prácticas?

Durante la contextualización, el educador debe pensar en la situación de sus educandos en relación con el tema que se va a tratar, para poder prever, en el mayor grado posible, las preguntas e inquietudes que probablemente surgirán durante las sesiones educativas. De esta manera, el educador estará mejor preparado para responder a las preguntas y situaciones que se susciten durante las sesiones.

b) Introducción. Si el grupo no se conoce desde antes, debe presentarse. Después se informa al grupo sobre el tema por tratar, la razón de escoger este tema y la relevancia para ellos. Durante la introducción, debe motivarse al grupo y despertar su interés por el tema (tiempo: de 2 a 10 minutos).

c) Elicitación: Elicitar significa extraer u obtener la información deseada mediante estímulos. Este espacio sirve para que el educador conozca, con más detalle, lo que los educandos conocen del tema y cuáles son sus experiencias y prácticas. No es para indagar cuánto saben de lo que sabe el educador, sino para que el educador conozca el saber o la realidad de los educandos sobre el tema. El educador puede usar diversas dinámicas grupales para estimular al educando, a fin de que aporte en forma natural sus conocimientos y experiencias en relación al tema.

El papel predominante del educador en esta etapa es escuchar al educando y no debe corregir los conceptos que considere incorrectos. Sobre la base de la información que recibe el educador, se debe decidir cómo continuar con las siguientes etapas de la sesión. Si los educandos demuestran conocimientos y prácticas acordes con los mensajes de la sesión, el educador debe referirse a ellos para reforzarlos en la etapa de explicación que sigue. Al contrario, si es que el

educando demuestra conocimientos o prácticas no favorables para los mensajes, el educador debe hacer la aclaración (de manera que no descalifique al educando) en la etapa de explicación. Esta etapa es motivante para el educando, por el hecho de que él/ella aporta a la sesión sus conocimientos, experiencias y prácticas (tiempo: de 5 a 15 minutos).

Sobre la base de lo que el educador comprobó o aprendió en la etapa anterior, da una explicación de su tema y los educandos efectúan un análisis de este. En este momento, el educador realiza su exposición utilizando todos los principios de una buena comunicación y didáctica. Se vale para ello del uso de técnicas de enseñanza cuyo material de apoyo debe contener pocos mensajes y que estos sean claros y cortos, tales como ayudas visuales y demostraciones.

El educador tiene que incorporar dentro de su explicación lo que aprendió en la etapa de elicitación. Debe partir de lo conocido por el educando para introducir lo nuevo; debe usar ejemplos basados en situaciones presentadas por los educandos, y no debe contradecir sino modificar las prácticas del educando.

d) Explicación. Una síntesis de los aportes de los dos saberes. Aunque en este momento es el educador quien está presentando su saber, debe hacerlo en una forma suficientemente coloquial, a través del diálogo, para no romper con el esquema de comunicación establecido en la etapa anterior y para permitir que el educando participe corrigiendo interpretaciones del educador sobre su realidad; cuestionará el porqué del nuevo elemento e indagará por dónde entra este nuevo elemento en su esquema anterior de conocimientos. Este es el análisis que el educando va a hacer del material presentado por el educador y este análisis tiene que ser estimulado por el educador, quien tiene que mostrarse abierto al diálogo (tiempo: de 10 a 20 minutos).

e) Reproducción. El objetivo de esta etapa es asegurarse que los mensajes explicados en la etapa anterior hayan sido aprehendidos e interpretados en forma correcta por los educandos; estos, a su vez, devolverán al educador los elementos de la explicación con sus propias palabras. La reproducción puede realizarse en forma de preguntas al grupo de educandos o por medio de dinámicas grupales que eliciten del educando la respuesta deseada. Si el educador observa respuestas inadecuadas, debe buscar la manera de ajustarlas, sin que el educando se sienta menospreciado. Si en esta etapa se notan problemas en la captación e interpretación de los mensajes tratados en la etapa anterior, debe repetir la parte de la explicación que le corresponde. Esta etapa debe ser muy corta porque, al extenderse demasiado, puede perder el interés del grupo (tiempo: de 2 a 5 minutos).

Debe obligar al educando a pensar y decidir de qué manera puede poner en práctica lo aprendido durante la sesión. De esta manera, se insta al educando a que cambie su comportamiento. Cuando los educandos participen en varias sesiones, en la siguiente sesión deben retomarse las resoluciones individuales de cambiar una práctica.

f) Aplicación. En esta etapa, el educador debe tomar un papel menos controlador, y debe observar, apoyar y facilitar a los educandos la aplicación de los nuevos conocimientos (tiempo: de 5 a 15 minutos).

Para que un educador cumpla su rol en la Educación Interactiva debe poseer las siguientes cualidades:

- Debe tener interés en la situación de los educandos y un deseo de ayudarlos, a fin de lograr un mejor nivel de salud.
- Siempre será sensible a las necesidades y características de cada grupo de los educandos, para poder planear la sesión educativa de tal forma que esta resulte apropiada.
- Mostrará flexibilidad durante el desarrollo de la sesión para variar lo planeado según los intereses y necesidades del educando.
- Debe ser organizado y responsable en cuanto a la dedicación que muestre suficiente esfuerzo y tiempo para planear adecuadamente cada sesión.

Para la aplicación de la Metodología Interactiva es primordial conocer las características del educando. Si los educandos son adultos se debe considerar que se trata de una persona bien formada en sus gustos y hábitos en general; esto se da también con la influencia de ciertos factores del medio ambiente, el entorno familiar, cultural, medios de comunicación, escuela, la sociedad misma, entre otros, y así se han ido determinando sus modos de vida. Muchos de los resultados de las formas de vida que han adquirido las personas se ponen de manifiesto en la etapa adulta, y, por lo general, en su estado de salud y en de toda su familia.

2.2.7. Principios para brindar educación de la salud y un aprendizaje significativo en adultos

- **La construcción de aprendizajes significativos.** Se parte de que el aprendizaje es un proceso de construcción de significados, y, por tanto, los aprendizajes se construyen, no se adquieren. Dicha construcción debe realizarse partiendo de los conocimientos previos que posee el estudiante. Este proceso, en el caso de los adultos, adquiere una importancia capital.

Por otra parte, la significatividad del aprendizaje debe referirse a una doble dimensión, la lógica y la psicológica. Quiere decir que los aprendizajes resultan significativos para los adultos si guardan coherencia con los restantes dentro del campo al que pertenezcan. Aunque esta es una condición necesaria, pero no suficiente, porque para ello es preciso que los aprendizajes se integren en la estructura psicológica personal del adulto.

- **La funcionalidad del aprendizaje.** Parece un principio universal, pero es específico de las personas adultas que han abandonado los circuitos de la formación inicial y que, por tanto, no son profesionales del aprendizaje como antes.

Cuando un trabajador, un ama de casa, un profesional o un jubilado deciden dedicar una parte de su tiempo libre a mejorar su educación, lo hacen impulsados por una necesidad funcional clara que, si no es satisfecha, los lleva al abandono del sistema.

- **La actividad.** Se parte de la idea de que una actividad intensa por parte de la persona que aprende contribuye mucho más significativamente a la construcción de los aprendizajes, que una pura actitud receptiva hacia un conocimiento que viene de fuera.
- **La participación.** La metodología participativa constituye un activo imprescindible sin el cual no podría llevarse a efecto ninguna acción educativa con este tipo de personas. Dejando a salvo los elementos técnicos, debe extenderse a todos los momentos del proceso: planificación, desarrollo y evaluación.

- **El aprendizaje autónomo.** Puede decirse que el aprendizaje autónomo es una condición intrínseca de la condición adulta. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que al referirse a aprendizajes formales, en los que es preciso contar con un bagaje de conocimientos anteriores para llevarlo a cabo de forma adecuada, el aprendizaje autónomo se ve limitado por el grado de instrucción, por lo cual debe interpretarse que el aprendizaje autónomo será tanto más factible cuanto mayor sea este.
- **El aprendizaje cooperativo.** Este principio es uno de los más hondamente arraigados en la tradición de la educación de adultos; supone primar el aprendizaje con los otros y de los otros, así como darle importancia al establecimiento de lazos afectivos entre los componentes del grupo de aprendizaje, en la consideración de que para aprender, además de poner en funcionamiento mecanismos de tipo intelectual, es preciso activar mecanismos afectivos de aceptación del contenido que se aprende y del contexto en el que se está produciendo el aprendizaje.

Además, este tipo de aprendizaje ayuda a las personas adultas, sobre todo, a aquellas con bajos niveles de instrucción que, inicialmente, viven su situación de aprendizaje con una cierta ansiedad. La utilización de los conocimientos previos de los adultos que aprenden es de suma importancia. Se trata de una herramienta metodológica esencial, en cuanto permite valorar y aprovechar saberes y destrezas, independientemente del procedimiento de adquisición. Además de ello facilita claramente la significatividad del aprendizaje.

- **La horizontalidad.** Se trata de un principio que se refiere no solo a aspectos episódicos, como pueda serlo el trato igualitario entre adultos, ya se trate de alumnos o de profesores, sino a cuestiones más profundas como la consideración de alumnos y profesores como artífices en la construcción de su propio conocimiento, y no de estos como detentadores de un saber que traspasan a un alumnado esencialmente receptivo.

2.2.8. Programa de Educación Nutricional del Ministerio de Salud – MINSA.

Los Programas Educativos son un conjunto de estrategias de enseñanza aprendizaje seleccionado y organizado para facilitar el aprendizaje de los participantes.

Dentro de las ventajas del programa educativo se eleva el nivel de aprendizaje al incrementarse los conocimientos, disminuye el tiempo de instrucción, se logra la participación activa del participante. Asimismo, dentro de las desventajas citamos que los programas educativos con altos contenidos corren el riesgo de anular la motivación del participante, y se corre el riesgo de que el programa sea mal utilizado y que cometa errores en las respuestas antes de dar las suyas.

Los fines del programa educativo son: promover el aprendizaje en el participante y la familia, por medio de la orientación y suplementación adecuada de los conocimientos adquiridos; crear en ellos el mayor sentimiento de satisfacción, responsabilidad y estabilidad en la atención de sus necesidades básicas.

1. Pasos para elaborar un programa educativo

- a) **Propósito y objetivos generales.** El primer paso lo constituye la formulación de las interacciones que se desean alcanzar en el marco de determinado proyecto socio-político y/o asistencial, en función de las prioridades establecidas.

- b) La población destinada.** Este segundo paso implica las características y necesidades de los sujetos a quienes va dirigido el programa; así, mientras más definido y mejor conocido sea el grupo “receptor“, más efectiva será la comunicación y probablemente la enseñanza. Es importante señalar la etapa de diagnóstico del nivel de receptores. Todo el programa debe considerar la edad, el grado de instrucción, las experiencias previas y los valores y creencias de la población destinataria del programa educativo.
- c) Objetivos específicos.** El programa deberá establecer rigurosamente aquello que se desea lograr como producto del proceso de enseñanza – aprendizaje. En esta etapa son definidos los comportamientos en el área cognoscitiva, afectiva y psicomotora.
- d) Contenido de la enseñanza.** Sobre este punto, el docente o monitor debe valorar el contenido e intentar identificar las generalizaciones o principios fundamentales, los conceptos e interrelaciones más importantes para la construcción de marcos conceptuales. Se debe hacer uso de una metodología educativa que garantice el cambio de comportamiento en favor de la salud.
- e) Las experiencias del aprendizaje.** Están dadas por las interacciones sujeto-medio. El aprendizaje deviene de la conducta activa del que aprende; es decir, quien asimila lo que él mismo practica cuando desea hacerlo.

El educador, al preparar una sesión educativa, debe conocer las características, intereses y necesidades del grupo receptor; de tal manera que despierte en el sujeto que aprende, la necesidad de una nueva forma de comportamiento que le permita resolver determinados problemas. Las oportunidades de aprendizaje deben ser preparadas teniendo en cuenta lo siguiente:

- La participación activa del estudiante o grupo receptor.
- La graduación de las dificultades según la capacidad actual de quien aprende.

- El clima emocional y el respeto de las necesidades afectivas básicas de todo ser humano.
- El valor del trabajo en grupos de discusión.
- Determinación de los recursos necesarios. Para ello, se tendrán en cuenta las actividades de enseñanza – aprendizaje, y, por supuesto, el educador realista considerará en su programación el criterio de factibilidad y el costo beneficio; es decir, que hay que lograr los mejores resultados al más bajo costo.

Entre los recursos que se deben considerar tenemos:

- Potencial humano: básicamente el que expone el tema.
- Recursos materiales o de infraestructura: aula equipada con pizarrón, proyector multimedia, diapositivas, retroproyector, entre otros.
- Recursos instruccionales: aquellos que, una vez, seleccionados y organizados por el docente, son puestos a disposición del alumno para su aprendizaje autónomo; se consideran libros de texto, revistas, diapositivas, montajes audiovisuales, películas, videos, módulos; etc.

f) Evaluación de los resultados. Todo programa educativo debe incluir actividades de evaluación; es decir, se deben verificar los resultados obtenidos mediante los instrumentos de evaluación del aprendizaje; estos deben ser elaborados en la etapa de planeamiento y, en consecuencia, se debe prever el tiempo necesario para su aplicación en el programa de actividades.

2. Técnicas educativas para el programa educativo de salud

Dentro de los programas educativos se consideran las técnicas participativas, con las cuales se fomente la participación activa, intercambiando ideas u opiniones, realizando para ello el análisis crítico y reflexivo. Para ello, el educador debe adoptar una posición de facilitador, conductor y guía, capaz de promover el aprendizaje en una relación horizontal, donde se valoren todos los aportes obtenidos en la experiencia personal, o en los procesos de la educación formal.

Dentro de las técnicas participativas tenemos: la lluvia de ideas, el taller, la demostración, la redemonstración, la exposición dialogada, trabajo en grupo, entre otros.

2.2.9. Alternativas en la alimentación infantil y para adultos del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS

1. Estrategia Nacional CRECER

La Estrategia Nacional CRECER, a cargo de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), se define como una estrategia de intervención articulada de las entidades públicas que conforman los Gobiernos Nacional, Regional y Local, los organismos de cooperación, la sociedad civil y las entidades privadas que se encuentren, directa o indirectamente, vinculadas con el objetivo de superación de la pobreza y desnutrición crónica infantil. La estrategia se lleva a cabo desde 2007 y se sustenta en tres ejes de intervención:

- Desarrollo de capacidades humanas y respeto de los derechos fundamentales.
- Promoción de oportunidades y capacidades económicas.
- Establecimiento de una red de protección social bajo la dirección de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales- CIAS.

2. El Programa Articulado de Nutrición (PAN)

El PAN es uno de los cinco programas implementados por el gobierno desde 2008 en el marco del Presupuesto por Resultados. Es un programa presupuestario y, como tal, no ejecuta el gasto, sino que las unidades ejecutoras vinculadas con objetivos nutricionales (como el Programa

Nacional de Asistencia Alimentaria- PRONAA) se articulan en él para formular su presupuesto. Por ello, el Programa Articulado de Nutrición – PAN– se concentra en tres actividades alineadas con los siguientes objetivos de la Estrategia Nacional CRECER:

- Reducir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.
- Reducir la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda –IRA–, Enfermedad Diarreica Aguda –EDA– en menores de 24 meses.

3. El Programa Integral de Nutrición (PIN)

El PIN empezó como un proyecto piloto en 2006. Fue creado con la intención de fusionar seis diferentes programas alimentarios y nutricionales del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria –PRONAA– dirigidos a niños; de modo que el gasto y la focalización se hicieran de la manera más adecuada y eficiente. Desde 2007, el PIN se ejecuta en el ámbito nacional. La población objetivo prioritaria son los niños menores de tres años en situación de vulnerabilidad nutricional. El programa se organizó sobre la base de dos subprogramas:

- **El subprograma infantil.** Está constituido por la unión del Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo –PACFO–, el Programa de Alimentación Nutricional a Familias de Alto Riesgo –PANFAR– y los comedores infantiles.
- **El subprograma escolar.** Es la unión de los almuerzos y desayunos escolares con la provisión de alimentos al Centro de Educación Infantil –CEI’s– y el Programa no Escolarizado de Educación –PRONOEI.

Contempla, además, algunos componentes que incentivan a las comunidades y a la sociedad civil a tener mejores prácticas alimenticias y sanitarias.

4. Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo (PACFO)

Este programa se inició en 1994 con el fin de mejorar la nutrición en las zonas más pobres del país. Tenía como población objetivo a los niños entre cero y tres años de edad, focalizándose inicialmente en las regiones de Huancavelica, Ayacucho, Cusco, Apurímac y Puno. Posteriormente, se fueron incluyendo varias regiones más, hasta que, en 2006, se extendió la asistencia del PACFO a todos los distritos donde funcionaba el programa JUNTOS.

Este programa ha sido reconocido por tener un impacto positivo en el *estatus* nutricional de sus beneficiarios y mostrar una baja filtración (Banco Mundial, 2007); sin embargo, como resalta Yamada (2006), al igual que la mayoría de programas sociales gubernamentales, cuando no se cuenta con una línea de base, no es posible realizar adecuadamente una evaluación de impacto; por lo que los resultados positivos que se suelen atribuir al programa, pueden deberse a otros factores no controlables sin el acceso a dicho instrumento. A pesar de todo, el PACFO ha sido considerado como uno de los programas nutricionales más exitosos (Beltrán A. y Seinfeld J., 2009).

Programa de Desayunos Escolares

Este programa fue implementado por el Ministerio de la Presidencia en 1993. Se inició en escuelas de cinco ciudades pobres (Cajamarca, Huaraz, Huancayo, Ayacucho y Huancavelica). Luego pasó a ser administrado por el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social –FONCODES–, y, finalmente, por el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria –PRONAA. El objetivo del programa fue mejorar el nivel de aprendizaje de los niños escolares mediante un apoyo nutricional que, a su vez, favoreciera la mayor asistencia escolar.

El programa consiste en brindar una ración, tipo desayuno, a los alumnos entre 6 y 12 años de edad de los centros educativos públicos de nivel primario. La meta del programa fue llegar a todos los colegios públicos de los distritos del primer y segundo quintil de pobreza (los más pobres), y atender de manera focalizada a los colegios de los distritos del resto de quintiles (aunque nunca quedó claro cómo fue llevada a efecto la focalización). A medida que los desayunos escolares se fueron expandiendo por todo el país, el programa ha ido implementando diversos tipos de raciones. Son ahora seis tipos diferentes de raciones que se reparten en el ámbito nacional, supeditados a las costumbres de cada zona y determinados por los equipos de trabajo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social –MIDIS.

Programa de Almuerzos Escolares

Los almuerzos escolares, en su implementación, fueron similares a los desayunos escolares. Igualmente, el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria –PRONAA– asume la compra de alimentos, y los diferentes Comités de Alimentación Escolar –CAE– se encargan de la elaboración y distribución de las raciones en cada colegio. Los almuerzos están focalizados en los distritos más pobres (del primer quintil de pobreza). Estos almuerzos cubren mayores requerimientos nutricionales que los desayunos. Hay colegios que reciben tanto desayunos como almuerzos escolares. No hay estudios de impacto reportados de este programa que permitan analizar la efectividad del mismo.

Programa de Comedores Infantiles

Los programas de comedores infantiles son establecimientos donde sirven raciones de alimentos dirigidos a niños entre los seis meses y los seis años de edad. Están distribuidos en todos los departamentos del país, en los distritos más pobres. Tiene como objetivo contribuir a mejorar el estado nutricional de la población infantil menor de seis años de edad, mediante la asistencia alimentaria y desarrollo de actividades de motivación y capacitación de madres. Comprende la entrega de una ración diaria de alimentos (refrigerio – almuerzo), durante 312 días al año.

Pese a que la mayor parte de los programas de alimentación escolar y preescolar no han tenido evaluaciones de impacto, cabe resaltar que sus beneficiarios se encuentran fuera del rango de edad que requiere ser

priorizado. A pesar de ciertos avances, la prevalencia de la desnutrición en niños menores de cinco años en el Perú se ha mantenido alta en los últimos 17 años (27,5% en 2008, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES y con el nuevo estándar de la Organización Mundial - OMS). Si bien hubo una reducción importante entre 1992 y 1996, desde entonces, la caída ha sido mucho más lenta, a pesar de los distintos esfuerzos gubernamentales por reducir la desnutrición y del compromiso del país de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1. Efectividad. Es la capacidad de conseguir el resultado que se busca. Por tanto, quien es efectivo obtiene el efecto deseado.

2.3.2. Metodología interactiva. Está caracterizada por la participación activa y la construcción de nuevos conocimientos sobre la base de conocimientos previos que garanticen aprendizajes significativos, capaces de promover la adopción de nuevos comportamientos alimenticios saludables dentro de la alimentación de las personas.

2.3.3. Desnutrición. Resultado de una prolongada ingesta alimentaria reducida y/o una absorción deficiente de los nutrientes consumidos, lo que está asociado, generalmente, a una carencia de energía (proteínas y energía), aunque también puede estar relacionada con carencias de vitaminas y minerales (FAO, 2006).

2.3.5. Malnutrición. Término amplio usado para una serie de condiciones que dificultan la buena salud. Es causada por una ingesta alimentaria inadecuada

o desequilibrada, o por una absorción deficiente de los nutrientes consumidos. Se refiere tanto a la desnutrición (privación de alimentos) como a la sobrealimentación (consumo excesivo de alimentos en relación con las necesidades energéticas) (FAO, 2006).

2.3.5. Seguridad alimentaria. Este caso se da cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos capaces de satisfacer sus necesidades alimentarias para desarrollar una vida activa y sana (FAO, 2006). Actualmente, entre los organismos competentes y los expertos está en debate la inclusión de la nutrición en este concepto que pasaría a denominarse “Seguridad Alimentaria y Nutricional”; pues, esta denominación nos parece más completa.

2.3.7. Inseguridad alimentaria. Situación que se da cuando las personas carecen de un acceso seguro a una cantidad suficiente de alimentos inocuos y nutritivos para un crecimiento y desarrollo normales y una vida activa y sana (FAO, 2006).

2.3.8. Derecho a la alimentación. Es uno de los derechos humanos reconocido por la legislación internacional que obliga a garantizar a todas las personas una alimentación con dignidad, ya sea produciendo su propio alimento o adquiriéndolo.

2.3.9. Lactancia materna. Es la forma ideal de aportar los nutrientes que necesitan los niños pequeños para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente, todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de

salud. La Organización Mundial de la Salud –OMS– recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad, seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. VARIABLES

3.1.1. Dependiente

Efectividad del Programa Educativo en Salud Nutricional con métodos interactivos.

Definición nominal

Conjunto de actividades planificadas sistemáticamente que inciden en diversos ámbitos de la educación, dirigidas a la consecución de objetivos diseñados y orientados a mejorar la salud nutricional de las gestantes, madres de lactante y con hijos(as) menores de cinco años (Quiñones, 2004)

Definición operacional

El programa educativo se categorizó en:

- Efectivo: si más del 10% de las madres demuestran, a través del postest, cambios en los conceptos sobre alimentación, loncheras saludables e higiene personal y familiar.
- No Efectivo: si solo el 10% de madres demuestran, a través del postest, cambios en los conceptos sobre alimentación, loncheras saludables e higiene personal y familiar.

3.1.2. Independiente

Salud nutricional de las mujeres gestantes, de las que dan de lactar y de las que tienen hijos menores que 5 años

Definición nominal

Se basó en tomar medidas de longitud y peso sobre el propio cuerpo y compararlas con valores de referencia en función de nuestra edad, y estado fisiopatológico, además utilizando el Índice de Masa Corporal (mujeres adultas).

3.2. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES	INSTRUMENTO
Programa Educativo con métodos interactivos	Alimentación y nutrición saludables.	Causas y consecuencias.	100% de desarrollo de los contenidos del programa	Módulos de contenidos.
	Alimentos y nutrientes.	Tipos de alimentos y nutrientes.		
	Lactancia materna y complementaria.	Importancia y beneficios.		
	Lonchera escolar saludable.	Importancia y beneficios.		
	Consideraciones en la preparación (higiene) de los alimentos.	Importancia y beneficios.		
	Conservación de los alimentos.	Importancia y beneficios.		
	Presentación de menús nutritivos y de costo accesible de acuerdo con la edad de los niños y niñas y con productos de la zona.	Presentación de menús de alto valor nutritivo y bajo costo.		
	Presentación de dietas nutritivas y de costo accesible a gestantes.	Presentación de menús con diferentes alimentos.		
	Loncheras saludables.	Preparación de ejemplos de loncheras para la semana.		
	Higiene personal y del ambiente.	Lavado de manos.		

	Evaluación y clausura del Programa Educativo Nutricional	Aplicar postest.	100% de participantes	Postest
Salud nutricional de las madres y niños	Estado nutricional (IMC)	Delgada < 20 Normal 20 – 24 Sobrepeso 25 – 29,9 Obesa > 30,0	100% de gestantes y madres que dan de lactar evaluadas	Tarjeta de control de gestante e historia clínica.
	Estado nutricional. (niños/niñas < 5 años)	Normal: cuando el peso para la talla y la talla para la edad se encuentran dentro de valores adecuados para la edad.	100% de CRED	Tarjeta de control de CRED e Historia Clínica.
		Desnutrición aguda: bajo peso para la talla.		
		Desnutrición crónica recuperada: baja talla para la edad y peso normal para la talla.		
Desnutrición crónica agudizada: talla para la estatura alterada y peso bajo para la talla.				

3.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis alterna

El programa educativo es efectivo si las gestantes y madres que dan de lactar, madres con niñas y niños menores que cinco años atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud la Huaraclla responden correctamente los contenidos sobre alimentación y loncheras saludables y la higiene personal y familiar.

Hipótesis nula

El programa educativo no es efectivo si las gestantes, las madres que dan de lactar, las madres con niñas y niños menores de cinco años atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla no responden correctamente los contenidos sobre alimentación, loncheras saludables y la higiene personal y familiar.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, por su orientación, fue aplicada y de tipo cuasi experimental, con diseño pretest y postest, con grupo único (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Dicho estudio se realizó en el Centro Piloto de Atención Integral La Huaracalla. Cajamarca. 2015.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Corresponde al diseño cuantitativo con medición previa de las variables dependiente e independiente a ser estudiadas (pretest), (efectividad del Programa Educativo Nutricional) y estado nutricional de las madres y niños, a las integrantes de la muestra y al final una nueva medición de las variables dependiente (efectividad del Programa Educativo Nutricional), (postest), cuyo diagrama es el siguiente:

M : O1----- X -----O2

Donde:

- M : Muestra del estudio.
- O1 : Representa la prueba de entrada o pretest.
- X : Representa el Programa de Educación Nutricional.
- O2 : Representa la prueba de salida o postest, después de haber desarrollado el Programa Educativo Nutricional.

4.3. LOCALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en la jurisdicción del Centro Piloto de Atención Integral de Salud Docente La Huaraclla, perteneciente a la red de salud Jesús. La comunidad de La Huaraclla cuenta con una población total de 1 154 habitantes.

4.4. POBLACIÓN

La población de estudio está constituida por un total de 300 madres gestantes, madres lactantes y madres con hijos menores que 5 años, atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral Docente La Huaraclla, durante el año 2014.

4.5. MUESTRA

La muestra fue obtenida en forma no probabilística, seleccionada a conveniencia de la investigadora, por ser accesible y disponible para el desarrollo del Programa Educativo y porque cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1. Criterios de inclusión

- a) Madres que a la fecha estén gestando, que estén dando de lactar y que tengan hijos menores que 5 años.
- b) Madres que sepan leer y escribir.
- c) Madres que asistan con regularidad a ser atendidas en Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla.
- d) Madres que acepten participar voluntariamente en el programa educativo.

4.5.2. Criterios de exclusión

- a) Madres que tengan alguna discapacidad que no le permita responder adecuadamente, tales como trastornos del pensamiento y/o sordomudez.
- b) Madre que no tengan voluntad de participar en el programa.

4.6. UNIDAD DE ANÁLISIS

- Madre gestante.
- Madre lactante.
- Madre con hijo e hija menor que cinco años.

4.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.7.1. Técnicas

- Observación
- Entrevista
- Encuesta

4.7.2. Instrumentos

Se realizó en la visita domiciliar, durante la cual se aplicó el cuestionario estructurado durante la entrevista (pretest y posttest) (Anexo 1).

El cuestionario consta de las siguientes partes:

Datos Informativos: edad, sexo, estado civil y grado de instrucción.

A. Salud nutricional de las madres e hijos: que incluye:

- Índice de masa corporal de la madre.
- Índice de masa corporal del (la) niño(a).

B. Alimentación saludable:

- Si se trata de hijo(a) menor que 5 años.
- Si se trata de mujeres que dan de lactar y son gestantes.

C. Lonchera saludable.

D. Higiene personal y de la familia.

4.8. PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD NUTRICIONAL (Anexo 2)

4.9. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

La recolección de los datos se efectuó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Se coordinó con la responsable del centro de Atención Integral de Salud La Huaraclla.
2. Se seleccionó la muestra según los criterios de inclusión.
3. Se explicó a las participantes acerca del propósito de la investigación, y se solicitó la participación voluntaria, teniendo en cuenta los principios de anonimato, beneficencia, no maleficencia y confidencialidad.
4. Una vez obtenida la aceptación institucional y la de las participantes, se procedió a la aplicación del pretest y el llenado de la ficha para valoración del estado nutricional de las mujeres gestantes, de las que dan de lactar y con hijos menores que 5 años. Esta etapa estuvo a cargo de la investigadora, durante las primeras horas del día, con una duración de 10 minutos por cada niño, etapa en la que se realizó la toma de mediciones antropométricas. Se utilizó el tallímetro móvil para niños menores que 5 años; así se obtuvieron las tallas de los niños y la balanza mecánica. Luego de haber obtenido la talla y el peso de cada niño, se les ubicó en las curvas correspondientes de peso/edad, talla/edad y peso/talla del Ministerio de Salud. De esta manera se pudo establecer el estado nutricional de los niños.
5. Se procedió a la aplicación del pretest con preguntas de los contenidos relacionadas con la alimentación y loncheras saludables, higiene personal y de la familia; trabajo que estuvo a cargo de la investigadora, la que leyó las preguntas a cada madre y marcó con un aspa (X) las respuestas que le dieron. Esta etapa tuvo una duración de 15 minutos por cada madre.

6. Se procedió al desarrollo del programa educativo sobre salud nutricional; dicho programa constó de nueve sesiones que abarcaron las siguientes actividades y temas:

- Presentación del programa educativo y aplicación del pretest.
- Evaluación del estado nutricional de las mujeres gestantes, de las que dan de lactar y de los niños menores que 5 años, según índice de masa corporal.
- Alimentos y nutrientes, tipos de alimentos.
- Importancia de la alimentación y nutrición saludable.
- Higiene de los alimentos.
- Lonchera escolar saludable.
- Higiene personal, de dientes y lavado de manos.
- Utilidades, métodos de purificación e importancia del cuidado del agua, y
- Evaluación y clausura del Programa Educativo nutricional.

Después de finalizada cada sesión, se otorgó material impreso (tríptico) con la información brindada; se brindó el refrigerio a cada una de las participantes.

7. Después de 15 días de desarrollo del programa educativo, se procedió a la aplicación del postest; el cual estuvo a cargo de la investigadora, que entregó los cuestionarios a cada madre, y cada una de ellas marcó con un aspa (X) las respuestas que consideraron correctas. Esta parte tuvo una duración de 15 minutos por cada madre.

8. Finalmente, se procedió a la clausura del programa, y a la consecuente entrega de certificados y presentes a todas las participantes.

4.10. CONTROL DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE DATOS

1. **Prueba piloto.** La prueba piloto fue aplicada a 10 madres, entre gestantes, que dan de lactar y con hijos menores que 5 años atendidas en el Puesto de Salud de Yanamango, con el propósito de examinar la redacción de las preguntas y la forma de realizar el registro de los datos, es decir, la factibilidad de aplicación del instrumento.

2. **Validez.** La validez del instrumento se logró a través de la coherencia de la base teórica, la operacionalización de las variables de estudio encaminada a los objetivos planteados, y fue validado mediante juicio de expertos, conformado por cinco profesionales de enfermería del área materno–infantil, cuyos aportes mejoraron el contenido del instrumento a aplicar. Para determinar la validez del instrumento se aplicó la tabla de correlación de *Pearson*, que es 0,652, con probabilidad 0,02; lo que arrojó significativo, y, por tanto, el instrumento es válido.

3. **Confiabilidad del instrumento.** La confiabilidad del instrumento sobre alimentación y nutrición en madres gestantes, que dan de lactar y con hijos menores que 5 años, atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, se determinó a través de la prueba de *Alpha de crombach*; habiéndose obtenido un valor de 0,824; lo que indica que el instrumento es confiable (Anexo 3).

4.11. PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de la recolección de la información, se procedió a codificar los datos, transferirlos a la matriz y guardarlos en un archivo para su análisis.

La información fue analizada utilizando el programa SPSS, Excel para el análisis descriptivo de los datos por variables; los resultados son presentados en tablas y gráficos para su interpretación, teniendo en cuenta el marco teórico.

4.12. MATRIZ DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA

Título: Efectividad del Programa Educativo en Salud Nutricional de las madres atendidas “Centro Piloto de Atención Integral de Salud – La Huaraclla, distrito de Jesús, provincia de Cajamarca – 2016.								
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Metodología	Población y Muestra
¿Cuál es la efectividad del Programa Educativo con Metodología interactiva en la preparación de los alimentos, loncheras saludables y lavado de manos, dientes e higiene personal de las gestantes, madre que dan de lactar y con hijos menores que 5 años atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral Docente La Huaraclla – Cajamarca 2015?	Determinar la efectividad de un Programa Educativo con metodología interactiva en la preparación de la alimentación, loncheras saludables y lavado de manos, dientes e higiene personal por madres gestantes, madres que dan de lactar y madres con hijos(as) menores que cinco años atendidos.	Hipótesis 1 El programa educativo es efectivo si las madres gestantes y madres que dan de lactar, madres con niñas y niños menores que cinco años atendidas en el centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, preparación efectiva y adecuada de loncheras saludables y lavado de manos, dientes e higiene personal adecuadamente.	Efectividad Programa Educativo	Salud Nutricional a través de sesiones educativas, demostrativas de preparación de alimentos Alimentación rica en proteínas, vitaminas y minerales y en nutrición	Peso Talla Edad IMC Preguntas 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.	Pretest	Expositiva Talleres Sesión educativa Trabajo grupal Lluvia de ideas Sociodrama Prácticas	30 madres gestantes, madres que dan de lactar y madres con hijos menores que 5 años.

	Evaluar la preparación de la alimentación, loncheras saludables y lavado de manos, dientes e higiene personal, antes del desarrollo del Programa Educativo.		Salud nutricional de las madres y niños.	Lonchera saludable	14, 15.	Postest		
	Desarrollar un Programa Educativo con Metodología interactiva sobre la preparación de la alimentación, loncheras Saludables y lavado de manos, dientes e higiene personal.	Hipótesis 2 El programa educativo no es efectivo si las madres gestantes y madres que dan de lactar, madres con niñas y niños menores que cinco años atendidas en el centro Piloto de		Higiene	16, 17, 18 y 19.			
	Valorar la preparación de la alimentación, loncheras saludables, lavado de manos, dientes e higiene personal realizada por las madres gestantes, madres que dan de lactar y madres con hijos(as) menores que cinco años después del desarrollo del Programa Educativo.	Atención Integral de Salud La Huaraclla preparan sus alimentos, loncheras saludables y lavado de manos, dientes e higiene personal adecuadamente.						

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En las siguientes tablas y gráficos se presentan los resultados comparativos de la ejecución del Programa Nutricional dirigido a las madres atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud – La Huaraclla.

A. SALUD NUTRICIONAL DE LAS MADRES (GESTANTES Y QUE ESTÁN DANDO DE LACTAR) Y DE LOS NIÑOS MENORES QUE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO PILOTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - LA HUARAELLA.

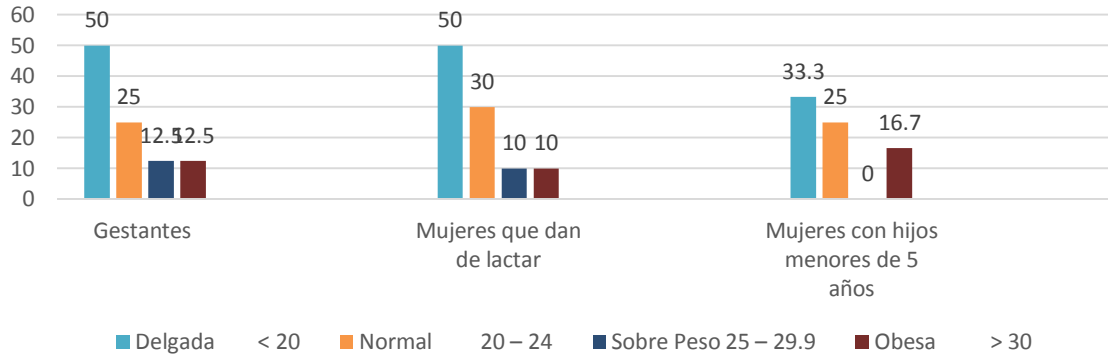
Tabla N° 01:

Estado Nutricional de Mujeres según Índice de Masa Corporal (IMC), atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Jesús, Cajamarca – 2016.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	GESTANTES		MUJERES QUE DAN DE LACTAR		MUJERES CON HIJOS MENORES QUE 5 AÑOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Delgada < 20	04	50,0	05	50,0	04	33,3	13	44,4
Normal 20 – 24	02	25,0	03	30,0	03	25,0	08	27,7
Sobre Peso 25 – 29,9	01	12,5	01	10,0	03	25,0	05	16,6
Obesa > 30	01	12,5	01	10,0	02	16,7	04	11,3
TOTAL	08	100,0	10	100,0	12	100,0	30	100,0

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 01: Estado Nutricional de Mujeres según Índice de Masa Corporal (IMC), atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Jesús, Cajamarca – 2016.



Fuente: Tabla N° 01

En la presente tabla se observa en general que el 44,4% de mujeres que participaron en el estudio están delgadas, el 27,7% en estado normal, el 16,6% con sobrepeso y obesas. Haciendo la descripción de cada caso se encontró que en el grupo de las madres gestantes el 50,0% están delgadas; frente a ello, se señala que las mujeres que alcanzan peso insuficiente durante el embarazo tienden a presentar complicaciones maternas, tales como: amenaza de parto pretérmino, preeclampsia y recién nacidos con bajo peso.

Asimismo, se encontró que el 25,0% de gestantes están entre sobrepeso y obesas. Sobre esta base cabe señalar que la excesiva ganancia de peso está asociada con complicaciones como diabetes gestacional y dificultades durante el parto, debido a recién nacidos macrosómicos. Esta situación pone en riesgo la vida y salud de la madre. Frente a este hecho, Restrepo y otros concluyen que el programa Mejoramiento Alimentario y Nutricional para Antioquía y los productos recibidos tuvieron un impacto positivo y significativo en el estado nutricional de las madres.

Por todo lo expuesto en el párrafo anterior, la atención a la mujer gestante es de gran importancia y requiere de una cuidadosa vigilancia alimentaria y nutricional que permita la detección oportuna de riesgo y el desarrollo de intervenciones que contribuyan a la salud del binomio madre hijo.

Por lo tanto, la nutrición materna se constituye en un pilar fundamental y de alto impacto en la salud general de la gestante, toda vez que una nutrición balanceada favorece la mejor adaptación de la mujer a los cambios propios del embarazo, así como la recuperación después del parto. Por ello, es importante aprovechar el acceso de la madre gestante a los servicios de salud, sobre todo en el control prenatal, de manera que pueda recibir orientación de parte del personal en los temas nutricionales, de atención de su salud, y de preparación para el importante proceso de lactancia materna.

Con relación a las mujeres que están dando de lactar se encontró que el 50,0% de ellas está en condición de delgadas, el 30,0%, normales, el 10,0% tiene sobrepeso, y el otro 10,0% son obesas. Estos resultados reflejan lo que se indica en la Revista.consumer.es, donde se señala que la lactancia es, en la vida de la mujer, un período más agotador que el propio embarazo y sus necesidades energéticas y nutritivas son muy elevadas (debe ingerir 500 calorías extra cada día debido al esfuerzo metabólico que implica la producción de leche). Por lo tanto, para compensar las pérdidas nutritivas que sufre la madre, solo hay un medio: una alimentación adecuada que se mantendrá mientras dure la lactancia. Esto no significa que se deba comer en exceso, sino que la dieta se adapte a sus nuevas necesidades. Con ello, se evitará que las madres engorden durante esta época (algo habitual) como consecuencia de hábitos alimentarios incorrectos adquiridos durante el embarazo.

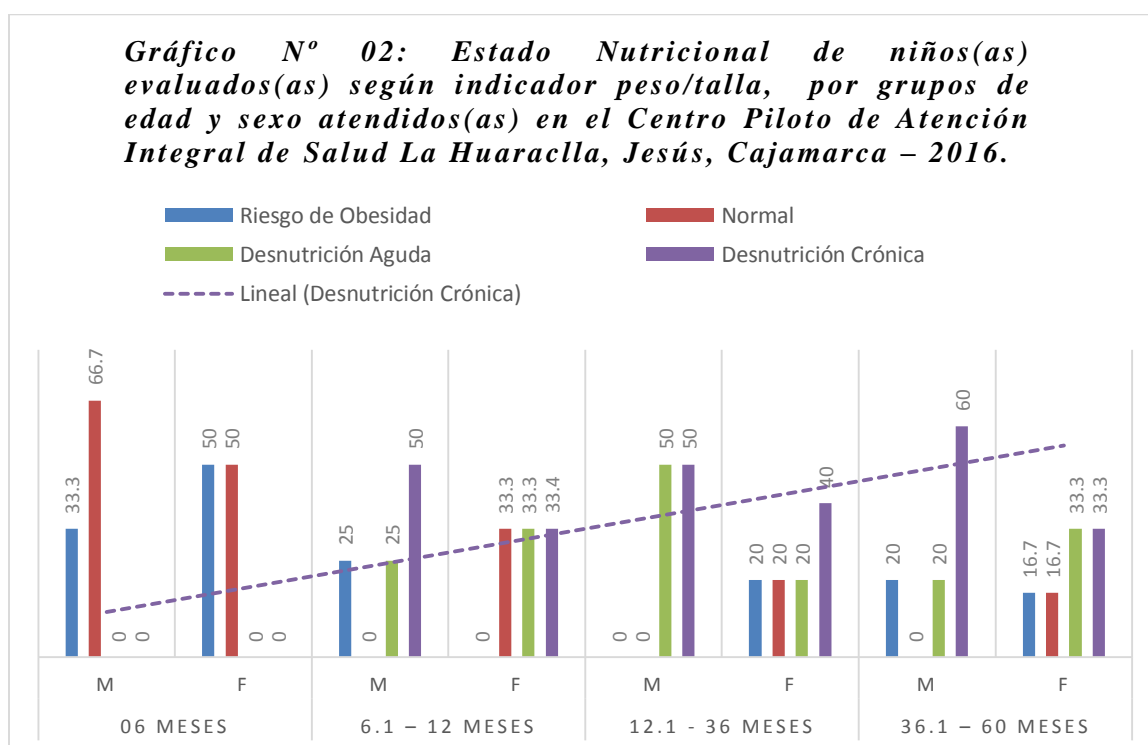
En cuanto a las madres que tienen hijos menores que 5 años se encontró que el 33,3% de ellas están delgadas, el 27,7% está normal, el 16,6% tiene sobrepeso, y el otro 16,6% de todas ellas están obesas. Sobre la base de estos resultados se hace necesario mejorar la salud de las mujeres para recuperar el desgaste que ha sufrido con el embarazo y la lactancia. Por ello, es necesario incluir a las mujeres en los servicios que respondan a sus necesidades, así como mejorar el acceso a una atención materna aceptable, y empoderar a las familias y a las mujeres para que tomen las medidas necesarias para una maternidad sin riesgo; lo que debe hacerse en un marco político de promoción de la salud. Lo que se refuerza con lo que señala el Banco Mundial. “Invertir en la salud materna no solo mejora el bienestar de la madre y su familia, sino que también aumenta la cantidad de mujeres que participan en el mundo laboral y propicia la prosperidad económica de comunidades y países.”

Tabla N° 02:

Estado nutricional de niños(as) evaluados(as) según indicador peso/talla, por grupos de edad y sexo atendidos(as) en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud Docente La Huaraclla, Jesús, Cajamarca – 2016.

Peso/Talla	06 MESES				6.1 – 12 MESES				12.1 – 36 MESES				36.1 – 60 MESES				TOTAL	
	M		F		M		F		M		F		M		F		F	%
	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Riesgo de Obesidad	1	33,3	00	50,0	1	25,0	00	0,0	00	0,0	1	20,0	1	20,0	1	16,7	05	16,7
Normal	2	66,7	2	50,0	00	0,0	1	33,3	00	0,0	1	20,0	0	00,0	1	16,7	07	23,3
Desnutrición Aguda	00	0,0	00	0,0	1	25,0	1	33,3	1	50,0	1	20,0	1	20,0	2	33,3	07	23,3
Desnutrición Crónica	00	0,0	00	0,0	2	50,0	1	33,4	1	50,0	2	40,0	3	60,0	2	33,3	11	36,7
TOTAL	3	100	2	100	4	100	3	100	2	100	5	100	5	100	6	100	30	100

FUENTE: Encuesta de entrada y salida



Fuente: Tabla N° 2

En la presente tabla se observa que del total de niños (30), 36,7% (11 casos) tiene desnutrición crónica; los más afectados son los(as) niños(as) de 6 a 60 meses, hombres y mujeres; el 23,3% (07 casos) tiene desnutrición aguda en las diferentes etapas evaluadas.

En el grupo de 0 a 6 meses no se encontró ni desnutrición crónica ni aguda. Lo que refuerza la importancia de la lactancia materna exclusiva en esta edad. La Organización Mundial de la Salud señala que el peso para la talla refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independiente de la edad. Un peso bajo para la talla indica desnutrición.

Cabe destacar que el crecimiento y desarrollo del niño son los ejes fundamentales alrededor de los cuales se va priorizando la atención de salud como una de las estrategias básicas para de la supervivencia infantil. Entre los objetivos principales de esta asistencia no solo precisa atender las necesidades actuales, sino que se debe asistir con un criterio preventivo, evolutivo y prospectivo, teniendo en cuenta las características cambiantes y dinámicas, para que llegue a ser un adulto sano.

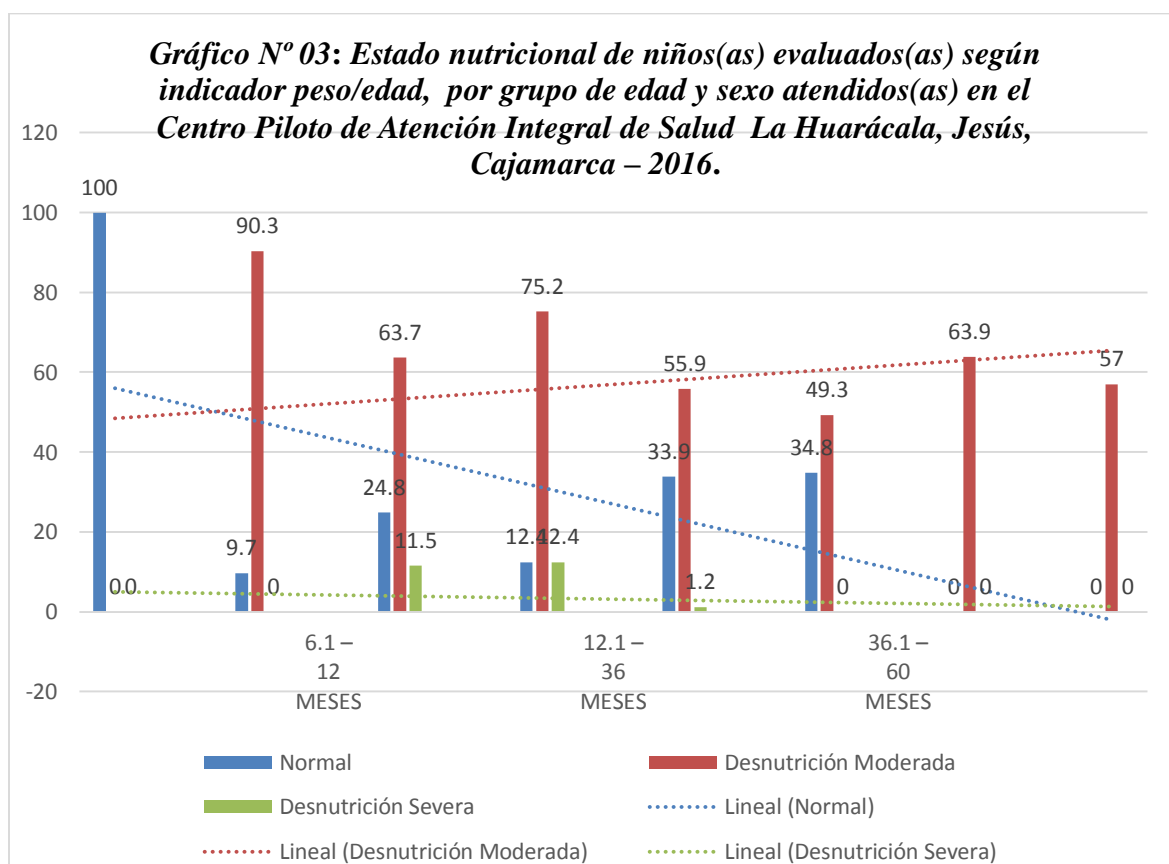
Frente a estos resultados es necesario considerar que el estado nutricional del individuo refleja el grado en que se cubren sus necesidades fisiológicas de energía y de nutrientes. Asimismo, depende del consumo real de alimentos, lo cual está sujeto a la influencia de múltiples factores; entre los que se encuentran: la situación económica, la conducta alimentaria, la situación emocional, las influencias culturales, los efectos de diversos estados patológicos, el apetito y la capacidad de consumo y absorción de nutrientes. En el otro lado de la balanza están los requerimientos de nutrientes, los que a su vez están sujetos al influjo de múltiples factores incluidos el *stress* fisiológico, las infecciones, procesos patológicos crónicos y agudos, etc., o situaciones normales como el crecimiento o embarazo. Cuando se consumen los nutrientes suficientes para apoyar los requerimientos corporales diarios y/o cualquier aumento en las demandas fisiológicas, se logra un estado nutricional óptimo. Este favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud general, permite el desarrollo de las actividades cotidianas y ayuda a proteger de enfermedades.

Tabla N° 03:

Estado nutricional de niños(as) evaluados(as) según indicador peso/edad, por grupo de edad y sexo atendidos(as) en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huarácala, Jesús, Cajamarca – 2016.

Peso/Edad	06 MESES		6.1 – 12 MESES				12.1 – 36 MESES				36.1 – 60 MESES				TOTAL			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	F	%				
	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%			
Normal	03	100	01	9,7	01	24,8	01	12,4	01	33,9	01	34,8	00	0,0	00	0,0	08	26,6
Desnutrición Moderada	00	0,0	01	90,3	02	63,7	01	75,2	00	55,9	04	49,3	05	63,9	06	57,0	19	64,4
Desnutrición Severa	00	0,0	00	0,0	01	11,5	01	12,4	01	1,2	00	0,0	00	0,0	00	0,0	03	9,0
TOTAL	3	100	2	100	4	100	3	100	2	100	5	100	5	100	6	100	30	100

FUENTE: Ídem



Fuente: Tabla N° 03

En la Tabla y el Gráfico N° 03 se presentan los datos del indicador peso para edad o desnutrición global. Este indicador no permite diferenciar entre desnutrición crónica debido a factores estructurales de la sociedad y desnutrición aguda o pérdida de peso actual causada por el consumo de una dieta de mala calidad nutricional.

En el presente estudio se encontró 63,4% de desnutrición moderada, 9,0% de desnutrición severa, es decir, un total de 70,4% de desnutrición global. Este valor está muy por encima del promedio nacional (13,1%) y de la prevalencia del departamento de Cajamarca (24,5%). Los grupos más afectados son los mayores de 6 a 60 meses, sin variaciones significativas entre los rangos de edad, y, levemente, están más afectadas las mujeres de las diferentes edades, excepto de los menores de 6 meses.

Frente a estos resultados, conviene aclarar que la desnutrición global es la deficiencia del peso con relación a la edad, producto de los desequilibrios nutricionales pasados y recientes.

Cabe resaltar, asimismo, que estos resultados son la respuesta a que desde el sexto mes inicia la alimentación complementaria, aunque, muchas veces, no es la adecuada, debido a muchos factores, tales como: el desconocimiento de las madres en la utilización de los diferentes tipos de alimentos, la mala distribución de los recursos económicos, entre otros.

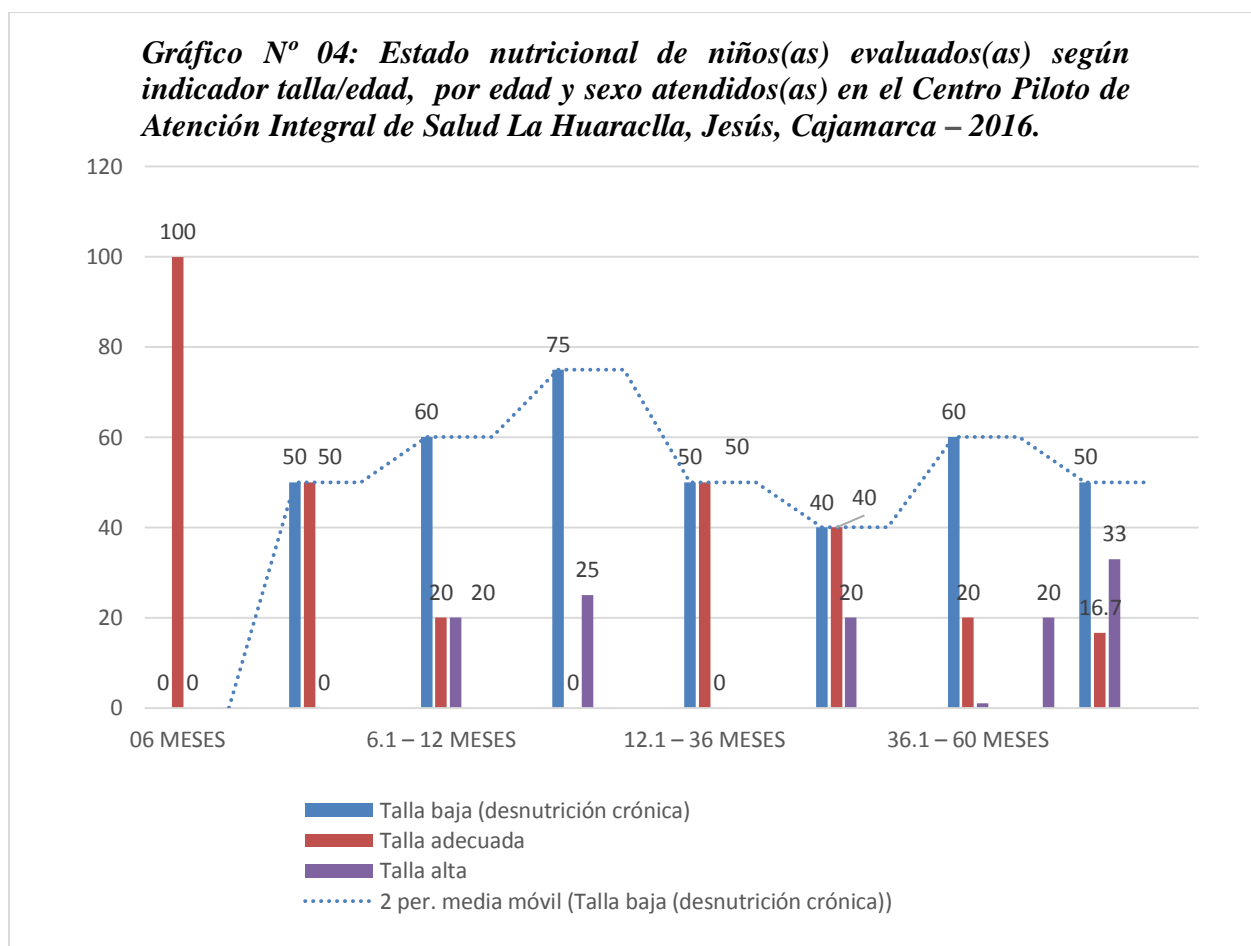
Estos resultados son parecidos a los reportados por la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe – CEPAL, que señala que la desnutrición global presenta un alto registro entre los países de Latinoamérica y el Caribe, donde el Perú se encuentra en el puesto 21 de los 25 países. Estos datos colocan a nuestra patria entre los países de mayor prevalencia de desnutrición crónica global de la región. Frente a este problema, el Programa Nacional Alimentario (PNA) propone el impulso de iniciativas para combatir el hambre y la pobreza, como: “alimento por trabajo”, “alimento en las escuelas”.

Tabla N° 04:

Estado nutricional de niños(as) evaluados(as) según indicador talla/edad, por edad y sexo atendidos(as) en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Jesús, Cajamarca – 2016.

Talla/Edad	06 MESES		6.1 – 12 MESES				12.1 – 36 MESES				36.1 – 60 MESES				TOTAL			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	F	%				
	F	%	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%				
Talla baja (desnutrición crónica)	00	0,0	01	50,0	02	50,0	03	75,0	01	50,0	02	40,0	03	60,0	03	50,0	15	48,5
Talla adecuada Normal	03	100	01	50,0	01	25,0	00	0,0	01	50,0	02	40,0	01	20,0	01	16,7	09	33,0
Talla alta	00	0,0	00	0,0	01	25,0	01	25,0	00	0,0	01	20,0	01	20,0	02	33,3	06	18,5
TOTAL	03	100	02	100	04	100	04	100	02	100	05	100	05	100	06	100	30	100

FUENTE: Ídem



Fuente: Tabla N° 04

En la Tabla N° 4 se presenta la información relacionada con el indicador talla para edad, o desnutrición crónica, el cual es influenciado por las condiciones estructurales de la sociedad en pobreza, dieta pobre en nutrientes, acceso a salud, educación, morbilidad y mortalidad, entre otras. En general, los resultados reflejan una alta prevalencia de desnutrición crónica (48,5%).

La prevalencia de la desnutrición crónica en este grupo está muy por encima del promedio nacional (43,5%), y a la del departamento de Cajamarca (30,0%). No se observó diferencia entre sexo; sin embargo, por rangos de edad se observó que la situación de las niñas es peor, y que a mayor edad la prevalencia de desnutrición crónica es mayor.

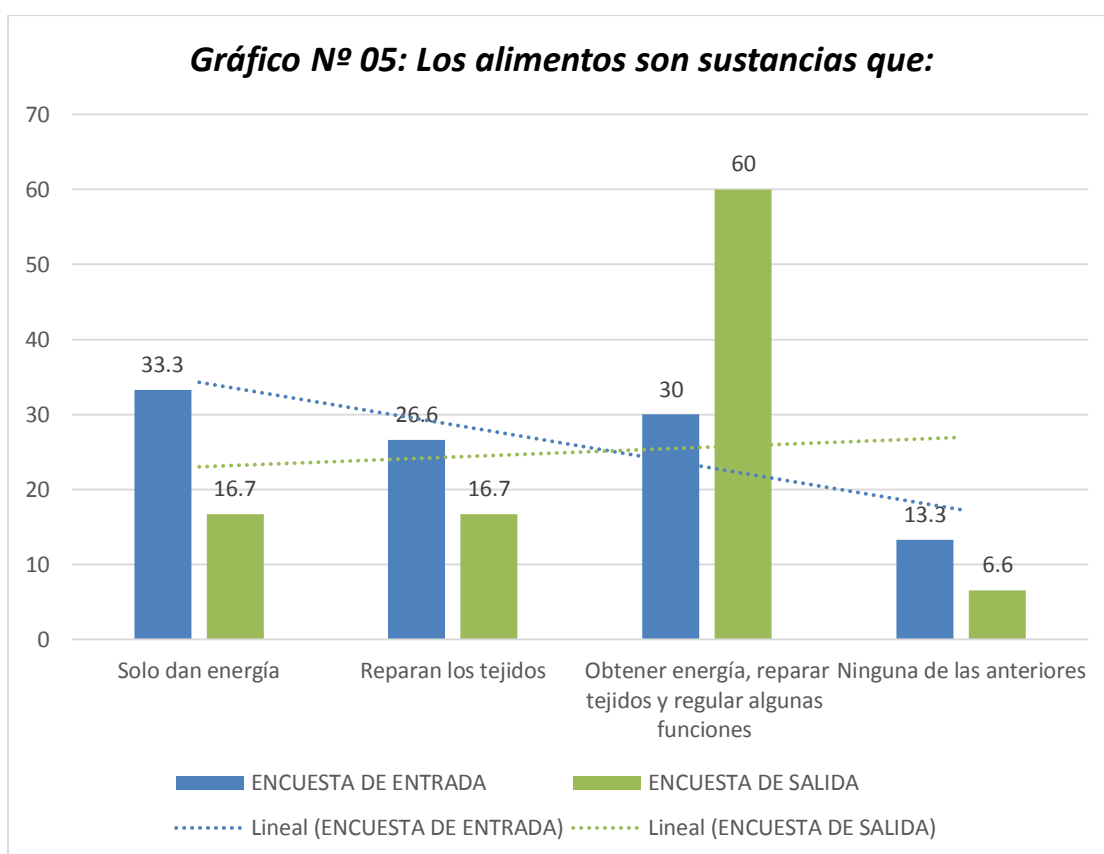
En el Perú la desnutrición crónica infantil empieza a establecerse a partir del cuarto mes de edad, cuando la leche materna se hace insuficiente; entonces, se incrementan las enfermedades infecciosas (diarreas) frecuentes y mal tratadas, específicamente, por la contaminación de alimentos y el mayor contacto del niño con fuentes contaminantes.

Tabla N° 05:

Los Alimentos son sustancias que:

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTAS DE SALIDA	
	F	%	F	%
Solo dan energía.	10	33,3	05	16,6
Reparan los tejidos.	07	26,6	05	16,6
Obtienen energía, reparan tejidos y regulan funciones.	09	30,0	18	60,0
Ninguna de las anteriores.	04	13,3	02	6,6
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente: Tabla N° 05

En la Tabla y Gráfico N° 05 se observa que al aplicar la encuesta de entrada (pretest) se encontró que el 43,3% de participantes refirió que los alimentos solo dan energía, el 30,0%, reparan tejidos. Después de desarrollado el programa y aplicada la encuesta de salida (postest) se obtuvieron cambios. Así, el 60,0% de las participantes respondió que la alimentación saludable es aquella que permite obtener energía, forma tejido y regula algunas funciones. Con estos resultados podemos referir que comer una amplia variedad de alimentos que incluya diversos nutrientes es la forma más aconsejable para tener una dieta saludable.

Paula Bedregal, Paula Margozzini y Claudia González (2007) realizaron un estudio en Chile sobre alimentación saludable, donde refieren que en los últimos años ha habido un importante cambio en las conductas alimentarias de la población, con bajo consumo de alimentos saludables (frutas, verduras, lácteos, pescado, leguminosas) y un alto consumo de comida rápida y alimentos industrializados. Ello se ha traducido en una ingesta excesiva de grasas, sal, azúcar y calorías y que se está reflejando en la población infantil.

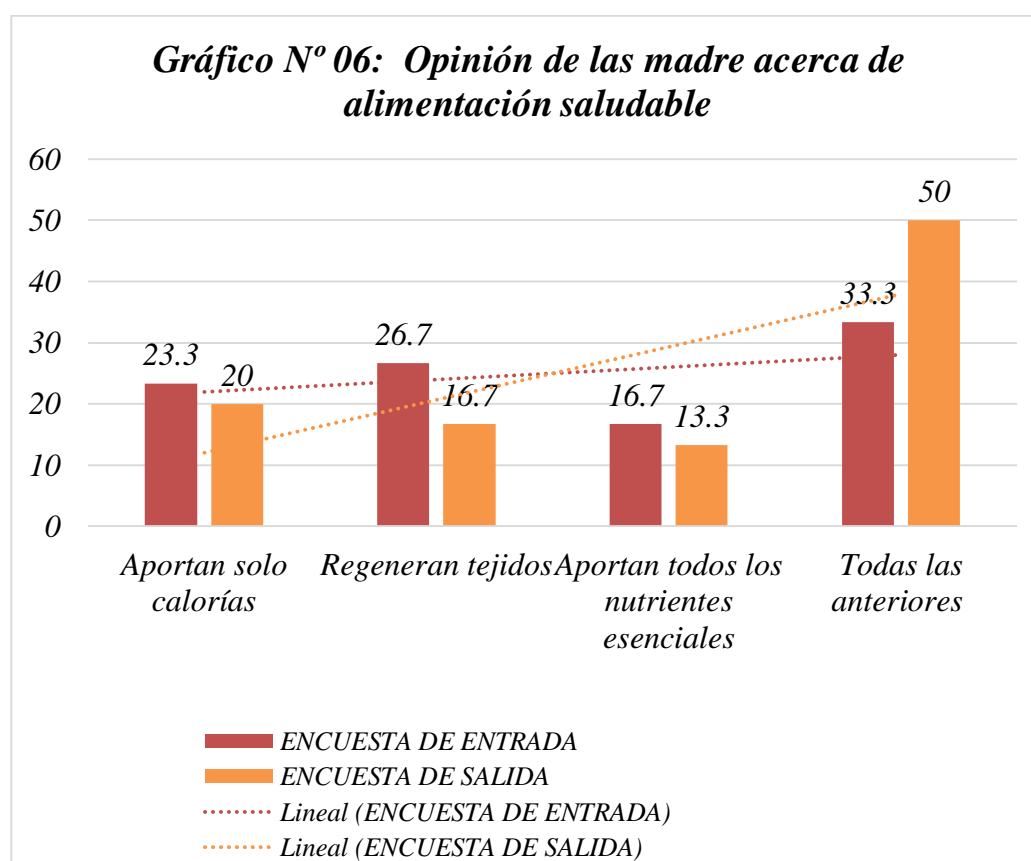
Es necesario resaltar que los alimentos proporcionan la energía y los nutrientes necesarios para estar sanos. Por lo tanto, se hace necesario comer de manera nutritiva y saludable, sobre todo la población infantil para lograr un crecimiento y desarrollo adecuado de acuerdo con la edad.

Tabla N° 06:

Opinión sobre alimentación saludable

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	F	%	F	%
Aportan solo calorías.	07	23,3	06	20,0
Regeneran tejidos.	08	26,7	05	16,7
Aportan todos los nutrientes esenciales.	05	16,7	04	13,3
Todas las anteriores.	10	33,3	15	50,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente: Tabla N° 06

Describiendo esta Tabla y el Gráfico se encontró que al aplicar la encuesta de entrada, el 33,3% de participantes manifestó que todas las propuestas eran correctas, y después de aplicada la encuesta de salida, el 50,0% respondió: “Todas las anteriores”, o sea que la alimentación saludable es aquella que aporta calorías, regenera tejidos y aporta todos los nutrientes. Estos resultados indican que las madres tuvieron interés en saber que comer saludable es una manera de balancear los alimentos que comen los niños para mantener su cuerpo fuerte, energético y bien nutrido; no hay alimentos buenos o malos. Todos los alimentos que se consumen con moderación son parte de una alimentación saludable.

Frente a esta realidad, Patricia Serafín (2012) refiere que la alimentación saludable y adecuada a las distintas etapas de la vida del niño, además de ser imprescindible es un derecho humano. Comer no siempre significa estar bien nutrido; por lo que actualmente la nutrición ha tomado una gran importancia en la vida cotidiana de la población.

Asimismo, Alcalaz M. (2000) señala que con el objeto de promover el consumo de alimentos variados y partiendo de la hipótesis que establece que comiendo sanos los niños y niñas pueden mejorar su calidad de vida; puesto que la mala alimentación y los malos hábitos son el punto de partida de futuras enfermedades. Para lograr este objetivo, realizó en este centro de educación infantil el proyecto, con la idea de concienciar a todas las madres que una buena nutrición requiere de una alimentación equilibrada, que previene enfermedades crónicas no transmisibles; además sensibiliza a todos acerca de que los hábitos se adquieren en la infancia.

Calero M. (2004) refiere que a través de diferentes técnicas e instrumentos de evaluación se recoge suficiente información acerca de los hábitos alimenticios del alumnado. Desde la escuela se ha creado este proyecto que propone diferentes actividades

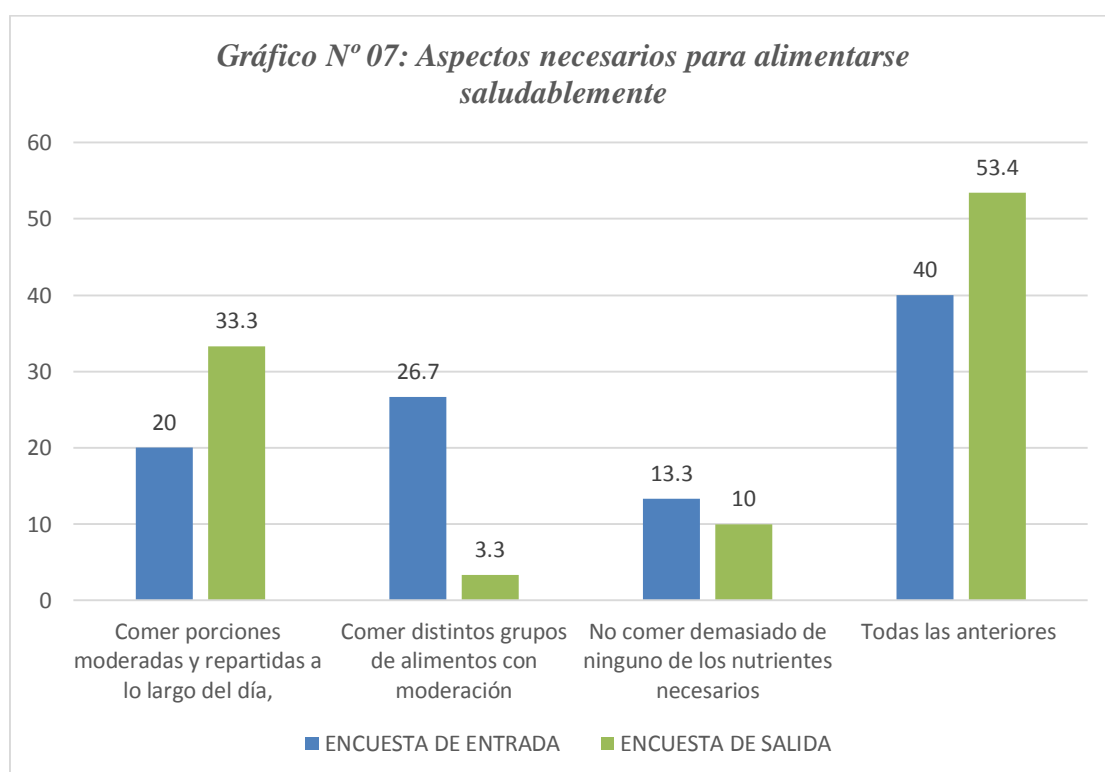
que han sido capaces de modificar algunos de los hábitos perjudiciales observados. De esta manera se ha conseguido reducir los malos hábitos alimenticios, perjudiciales para la salud; así como el sedentarismo, el cual produce trastornos de obesidad entre los(as) niños(as).

Tabla N° 07:

Aspectos necesarios para alimentarse saludablemente:

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	F	%	F	%
Comer porciones moderadas y repartidas a lo largo del día.	06	20,0	10	33,3
Comer distintos grupos de alimentos con moderación.	08	26,7	01	03,3
No comer demasiado de ninguno de los nutrientes necesarios.	04	13,3	03	10,0
Todas las anteriores	12	40,0	16	53,4
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem



Fuente: Tabla N° 07

Los resultados de la Tabla y el Gráfico N° 07 nos indican que las madres, de alguna manera, conocían los aspectos para una alimentación saludable; por ello, se aprecia que en la encuesta de entrada el 40,0% de madres contestó: “Todas las anteriores”, y después

de desarrollado el programa y aplicada la encuesta de salida, el 50,0% respondió: “Todas las anteriores”. Tal como se observa, las opiniones vertidas coinciden con lo manifestado por Victoria C. (2008), cuando señala que la alimentación saludable se basa en tres aspectos: la moderación que implica comer porciones moderadas y repartidas a lo largo del día, respetando la ingesta diaria de calorías recomendada, el balance es evitar las cosas que hacen mal y comer más de lo bueno, no comiendo demasiado de ninguno de los nutrientes necesarios y la variedad es comer distintos grupos de alimentos.

Por ello, el GREP-AEDN ha detallado una a una las características de la alimentación saludable. Para que nuestra alimentación se considere saludable debe ser:

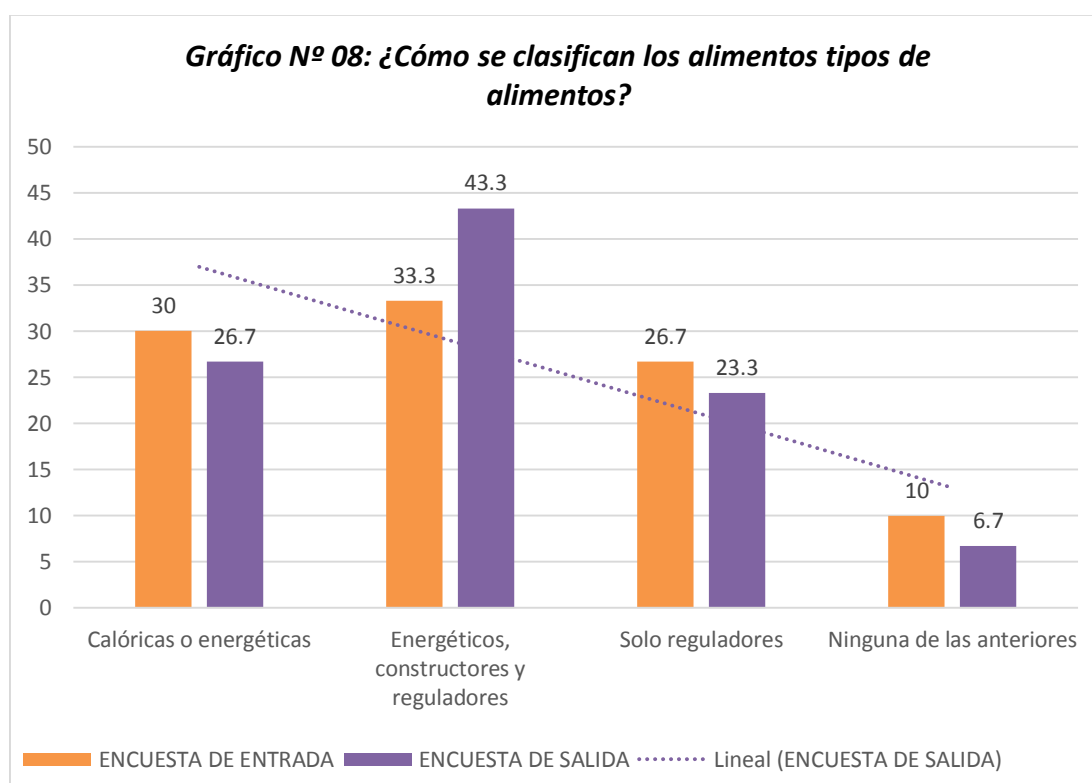
- 1) satisfactoria: agradable y placentera para los sentidos;
- 2) suficiente: que cubra las necesidades de energía en función de las necesidades de las diferentes etapas o circunstancias de la vida;
- 3) completa: que contenga todos los nutrientes que necesita el organismo y en cantidades adecuadas;
- 4) equilibrada: con mayor presencia de variedad de alimentos frescos y, sobre todo, de origen vegetal, y con una escasa o nula presencia tanto de bebidas alcohólicas como de alimentos con baja calidad nutricional;
- 5) armónica: con un equilibrio proporcional de los macronutrientes que la integran;
- 6) segura: sin dosis de contaminantes biológicos o químicos que superen los límites de seguridad establecidos por las autoridades competentes, o exenta de tóxicos o contaminantes físicos, químicos o biológicos, que puedan resultar nocivos para individuos sensibles, adaptada a las características individuales (situación fisiológica y/o fisiopatológica), sociales, culturales y del entorno del individuo;
- 7) sostenible: que su contribución al cambio climático sea la menor posible y que se prioricen los productos autóctonos; y
- 8) asequible: que permita la interacción social, la convivencia y que sea viable desde el punto de vista económico para el individuo (Basulto, J. y Coarsi, L., 2013).

Tabla N° 08:

¿Cómo se clasifican los diferentes tipos de alimentos?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	f	%	f	%
Calóricas o energéticas.	09	30,0	08	26,7
Energéticos, constructores y reguladores.	10	33,3	13	43,3
Solo reguladores.	08	26,7	07	23,3
Ninguna de las anteriores.	03	10,0	02	6,7
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: ídem.



Fuente: Tabla N° 08

En esta Tabla y Gráfico se encontró que las madres tienen alguna idea de los diferentes tipos de alimentos, porque en la encuesta de entrada se encontró que 33,3% respondió que los tipos de alimentos son energéticos, constructores y reguladores; luego de desarrollado el programa de educación nutricional, las respuestas mejoraron a 43,3%, es decir, con una diferencia de 10 puntos de mejoramiento de la respuesta considerada como verdadera.

Entendemos por alimentos a todos aquellos productos que son consumidos por el ser humano como fuente de nutrición; es decir, las vitaminas, los minerales y otros elementos nutritivos que le otorgan energía y sacian sus necesidades de comer. Dentro del concepto de alimentos pueden entrar un sinnúmero de elementos y productos más o menos complejos que varían de acuerdo con el tipo de sociedad en que nos encontremos y que determinan también la calidad de vida de una sociedad o región.

La importancia de estudiar los diferentes tipos de alimentos tiene que ver, básicamente, con el acto de proporcionar al individuo (y también a los otros seres vivos como vegetales y animales) la energía y los nutrientes necesarios para seguir viviendo.

Obviamente, una persona que no es correctamente alimentada puede sufrir severos casos de desnutrición, malnutrición y todas las enfermedades e incluso la muerte que esto puede suponer. Por otro lado, el alimento en el caso de los seres humanos también gana otra dimensión que es aquella que se relaciona con los sentidos, con el placer, incluso con cuestiones sociales que exceden al valor nutricional de cada alimento y que colocan sobre un plato o una preparación mucho más valor que el que normalmente un ser vivo puede aplicarle a un alimento. Así, un ser humano puede asociar un plato o un alimento particular con momentos felices de su vida, puede elegir qué desea comer mucho más fácilmente que los animales, etc.

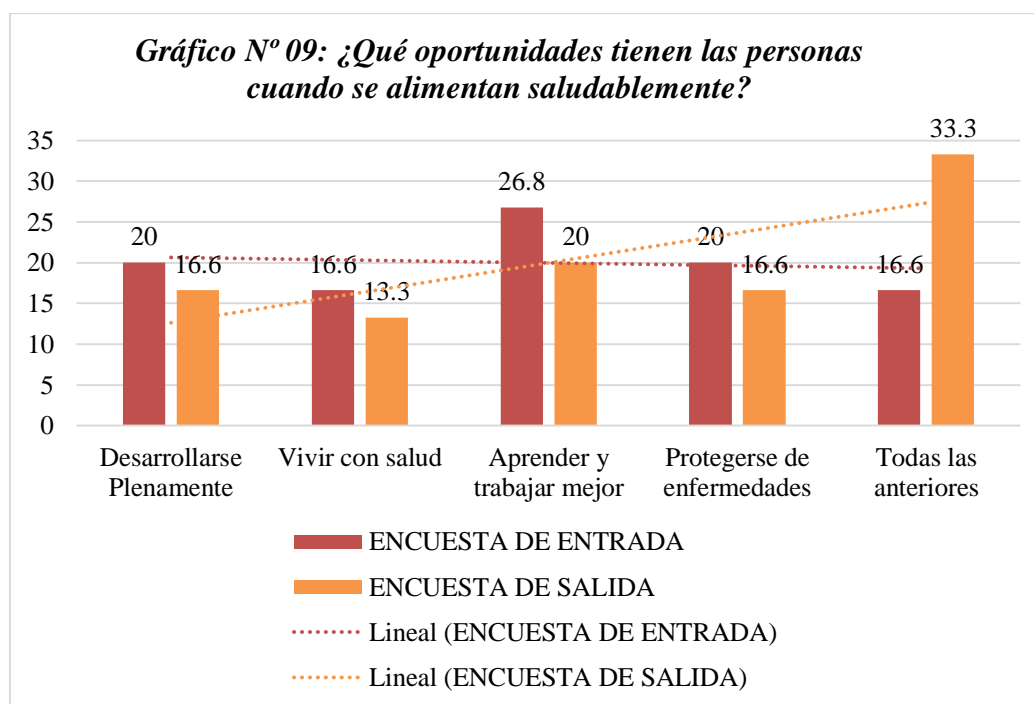
Usualmente, los alimentos se clasifican en diferentes grupos, de acuerdo con sus propiedades. Por un lado, tenemos a los alimentos más naturales y aquellos que se encuentran en la naturaleza con nulo o escaso trabajo del ser humano: los vegetales y las frutas. Por otro lado, tenemos los cereales y granos que requieren un mayor tiempo de crecimiento y, luego, para su obtención. Luego, debemos agregar los alimentos provenientes de los animales como las carnes, los lácteos, los huevos y las grasas.

Tabla N° 09:

¿Qué oportunidades tienen las personas cuando se alimentan saludablemente?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	f	%	F	%
Desarrollarse plenamente.	06	20,0	05	16,6
Vivir con salud.	05	16,6	04	13,3
Aprender y trabajar mejor.	08	26,8	06	20,0
Protegerse de las enfermedades.	06	20,0	05	16,6
Todas las anteriores.	05	16,6	10	33,3
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente: Tabla N° 09.

Referente a esta pregunta es necesario destacar que las madres han mejorado sus respuestas; pues, se puede advertir una diferencia entre la encuesta de entrada (16,6%) y salida (33,3%) como observamos en la Tabla y Gráfico N° 09. Hoy en día solemos confundir comer poco con comer sano; esto no hace más que perjudicar y dañar nuestro organismo, sobre todo de los(as) niños(as) que están en pleno crecimiento perjudicando así las funciones vitales.

El ser humano, por naturaleza, necesita alimentarse correctamente para así poder tener una vida saludable. En el desarrollo del programa educativo nutricional se trató de destacar la importancia de una educación alimenticia correcta, la cual beneficiará positivamente durante el resto de la vida, formas y maneras de vivir. También permitirá conocer los tipos de alimentos para mejorar la alimentación y así las madres puedan tener una mayor información acerca de qué comer, a fin de gozar de una vida saludable.

Por desconocimiento de las madres, muchas veces se ha tenido mala alimentación; lo que se ve reflejado en la resistencia física y en la capacidad mental, y también se podrían sufrir calambres o incluso trastornos de carácter, entre otras consecuencias, algunas enfermedades como el bocio y, sobretodo, la anemia, que es muy frecuente en mujeres. Aquellas personas que sufren permanentes cuadros de una mala alimentación son muy propensas a sufrir problemas graves, como la tuberculosis, o consecuencias más leves como problemas de huesos.

Tabla N° 10:

¿Cómo alimenta a su hijo en el primer año de vida y hasta los 5 años de edad?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	f	%	F	%
Hasta los 6 meses				
Lactancia mixta.	12	40,0	05	16,7
Lactancia materna exclusiva.	10	33,3	25	83,3
Lactancia artificial.	08	26,7	00	0,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0
De 6 a 12 meses				
Papillas	11	36,7	02	06,7
Caldos	10	33,3	03	10,0
Alimentación completa.	04	13,3	11	36,6
Todas las anteriores.	05	16,7	14	46,7
TOTAL	30	100,0	30	100,0
De 1 año hasta los 5 años de edad				
Dieta especial (mayormente con hidratos de carbono).	09	30,0	07	26,7
Solo algunos alimentos.	11	36,7	08	26,7
Todo lo de la olla familiar.	08	26,7	12	40,0
Otros (sin menestras).	02	06,6	02	06,6
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Encuesta de entrada y salida.

En esta Tabla se observa que en la encuesta de entrada se encontró que el 33,3% de madres alimentaban a sus niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva (83,3%). Como se sabe, la leche materna es el mejor alimento que puede recibir un niño menor de 6 meses. Sus ventajas en relación con cualquier otro alimento son superiores y el impacto en el crecimiento y desarrollo del niño es mucho mayor. Fortalece el sistema inmunitario del niño, transfiriendo al pequeño inmunoglobulinas que mejoran

notablemente el sistema de defensas, disminuyendo la incidencia de enfermedades prevalentes y alergias.

La OMS (2010) lo confirma cuando señala que el aporte nutricional de la leche materna es superior a cualquier otra leche o fórmula láctea; este aporte es bien aprovechado por el niño por la elevada biodisponibilidad de la misma, que permite una máxima absorción. Otro elemento de gran importancia para el niño es la cercanía y transmisión de afecto de la madre en el momento de la lactancia. El hecho de brindar una leche con la temperatura siempre adecuada, en contacto directo con la madre, mejora notablemente el desarrollo del niño y la seguridad que adquirirá para toda la vida.

En relación con los niños de 6 a 12 meses, se encontró que el 36,7% recibió alimentación complementaria, que va desde las papillas hasta los alimentos enteros al cumplir los 12 meses. Frente a esto es necesario resaltar que muchas madres refirieron que a algunos niños todavía les dan la lactancia materna hasta 24 meses.

Cabe destacar que los(as) niños(as), a partir del año de edad hasta los 5 años, el 40,0% come todo lo de la olla familiar; solo evita los condimentos, el exceso de sal y los alimentos grasosos. En esta etapa, el niño presenta el crecimiento dentario y con ello mejora notablemente la masticación. Debido al crecimiento de su cuerpo, el desarrollo que va en curso y la actividad en que se encuentra, el niño ve incrementados sus requerimientos nutricionales. Las deficiencias que se instalen en este período pueden afectar tanto el crecimiento como su desarrollo posterior.

El primer indicador de déficit nutricional calórico proteico es el peso; luego de la disminución o no progreso de la curva ponderal se produce la detención del crecimiento. Este hecho no se recupera aunque la ingesta de alimentos mejore. Pero, los efectos más

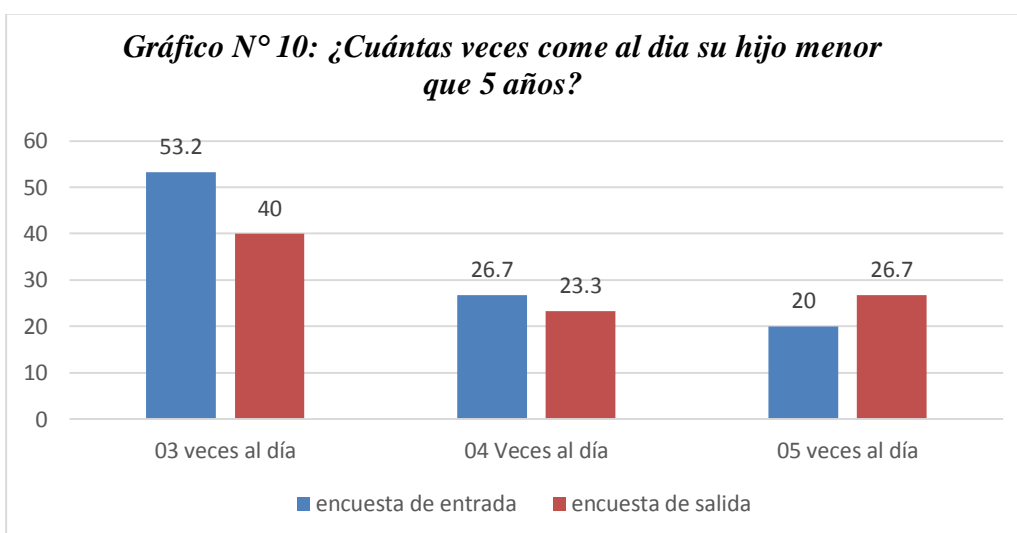
graves se observan en las limitaciones del desarrollo neuronal, donde el potencial de sinapsis no se logra por completo; lo que se traduce en un nivel de aprendizaje menor que el potencial biológico con que el niño nació. Respecto del componente de desarrollo que tiene el inicio de la alimentación, el niño aprende a comer, a adoptar el comportamiento que tienen las otras personas que viven con él, a utilizar los utensilios y también adquiere los hábitos alimentarios que tiene la familia.

Tabla N° 11:

¿Cuántas veces come al día su hijo menor que 5 años?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	f	%	F	%
03 veces al día.	16	53,3	12	40,0
04 Veces al día.	08	26,7	10	33,3
05 veces al día.	06	20,0	08	26,7
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente: Tabla N° 11.

En relación con el número de veces que come al día el niño menor que 5, se encontró en la encuesta de entrada que el 53,2% de las madres le da de comer 3 veces al día, y el 20,0% le da 5 veces al día. Según la encuesta de salida, se encontró que el 40,0% le da tres veces al día y el 26,7%, cinco veces al día. Tal como se observa, este resultado ha aumentado en 6 puntos, pero a pesar de ello todavía las madres dan de comer a sus hijos 3 veces al día; lo cual es una desventaja, tanto para su crecimiento como para su desarrollo.

Según Williams S. R., el crecimiento y desarrollo constituyen dos aspectos complementarios que reflejan la magnitud y calidad de los cambios de maduración de un organismo, y que un adecuado aporte de nutrientes constituyen los pilares para lograr un patrón de crecimiento óptimo. Sin embargo, distintos factores de origen social, psicológico y cultural afectan el potencial de crecimiento fisiológico.

De otra parte, lo importante es cumplir los requerimientos que necesita el organismo diariamente. Estos contienen porciones adecuadas de carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales, micronutrientes, pero todo en una justa proporción. En las pirámides alimentarias se establece que el 60,0% de lo que debemos consumir diariamente son carbohidratos, porque son fuente de energía; sin embargo, el exceso puede llevar a la obesidad.

Betit Salva (2013) señala que el organismo también requiere grasa en un porcentaje aproximado de 30%. Obviamente, hay tipos de grasa, el consumo de la saturada no debe exceder el 6%, y, finalmente, consumir 12% de proteínas. Lo último en la pirámide alimentaria son los azúcares simples como caramelos y tortas. Además, para complementar una vida sana uno tiene que realizar ejercicio físico y por lo menos una caminata diaria de 30' como mínimo.

Tabla N° 12:

¿Cuántas veces al día comen las mujeres gestantes y qué dan de lactar?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	F	%	F	%
Tres veces al día.	06	20,0	04	13,3
Cuatro veces al día (3 principales y un refrigerio).	10	33,3	08	26,7
Cinco veces al día (3 principales y 2 refrigerios).	04	13,3	10	33,3
Consume alimentos de origen animal	f	%	F	%
5 veces por semana.	08	26,6	05	16,7
4 veces por semana.	06	20,0	04	13,3
3 veces por semana.	11	36,6	21	70,0
Ninguna	05	16,8	00	00,0
Consume frutas y verduras	F	%	F	%
1 vez por semana.	14	46,6	05	16,8
3 veces por semana.	10	33,3	06	20,0
Todos los días.	06	20,1	19	63,2
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.

En la Tabla anterior se encontró en la encuesta de salida que el 33,3% de gestantes y madres lactantes ingiere 5 comidas por día (3 comidas principales y 2 refrigerios); el 70,0% consume carne de pollo tres veces por semana, y el 63,2% consume cinco frutas por semana. Estos resultados son los obtenidos después de realizado el Programa de Educación Nutricional; entonces los podemos comparar con lo que señala Mamjarres. L. et, al. (2014), quien refiere que los factores que facilitan el acceso de los alimentos a la población son la producción agropecuaria local, el comercio de alimentos, la capacidad adquisitiva de la población y la cultura alimentaria. Por tales razones, es importante

incluir este tópico en todo estudio de corte alimentario nutricional, para tener una idea completa de los problemas asociados a la nutrición de las poblaciones y, principalmente, para implementar los correspondientes programas de intervención.

El problema nutricional de la gestante y de las mujeres que dan de lactar guarda relación, de un lado, con la cultura alimentaria que tienen los grupos sociales, y de otro, con la accesibilidad geográfica, económica y cultural a los alimentos. No tendría mayor impacto la educación alimentaria brindada, si la población no dispusiese de los alimentos necesarios y aceptados culturalmente para mejorar su nutrición.

Por tanto, durante el embarazo, la madre requiere una mayor cantidad de nutrientes para satisfacer las necesidades básicas tanto de ella como del bebé que se está formando. Aquellas mujeres que se alimentan de una forma deficiente durante este período pueden presentar mayores complicaciones que las que están bien nutridas.

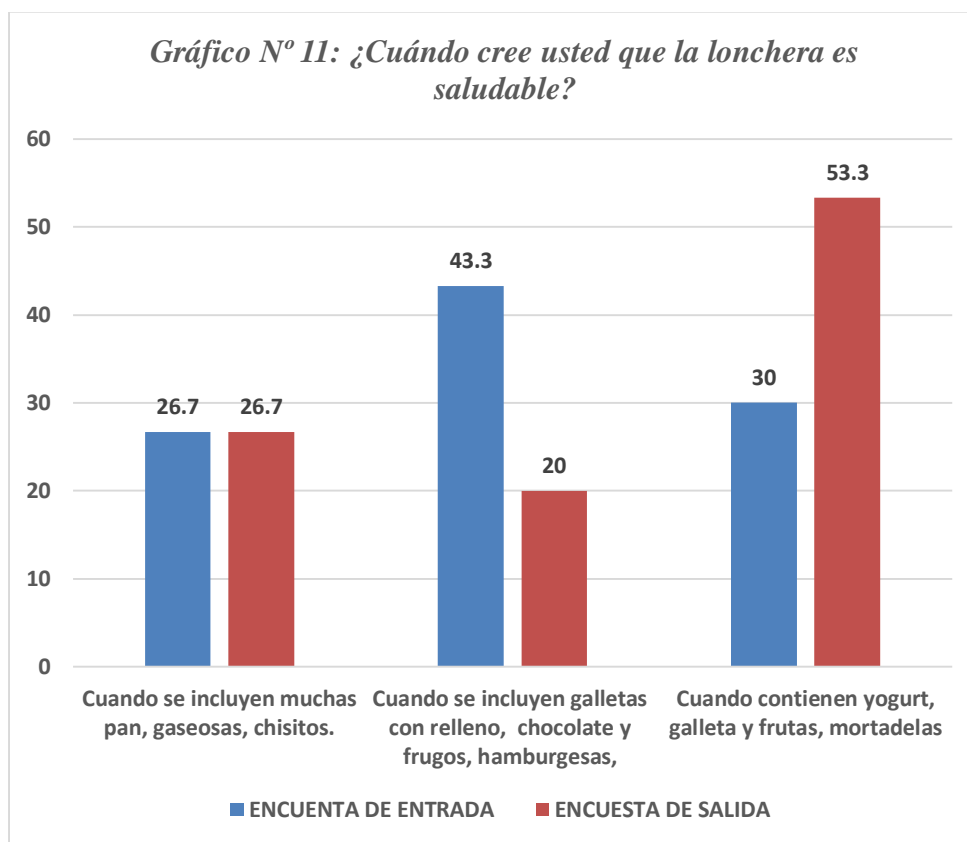
Entre los cuidados que se tienen que tener las mujeres durante el embarazo, uno de los prioritarios y quizá el más importante es el de la alimentación. Comer en exceso y comer en forma deficiente durante este período pueden ocasionar muchos riesgos y mayores complicaciones.

Tabla N° 13:

¿Cuándo cree usted que la lonchera es saludable?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	F	%	F	%
Cuando se incluye mucho pan, gaseosas, chizitos.	08	26,6	08	26,7
Cuando se incluyen galletas con relleno, chocolate y frugos, hamburguesas.	13	43,4	10	33,3
Cuando contienen yogurt, galleta y frutas, mortadelas.	09	30,0	12	40,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente: Tabla N° 13

En la presente Tabla y Gráfico N° 11 se encontró que, en la encuesta de entrada, la lonchera que contiene galletas con relleno, chocolate frugos y hamburguesas, prevaleció con el 43,3%; en cambio, después de la encuesta de salida, el 53,3% de madres indicaron que la lonchera debe contener yogurt, galleta, frutas y mortadela. Este es el resultado que se considera como correcto.

Frente a esta realidad, los expertos coinciden en que los alimentos que los niños consumen entre clases son muy importantes para su crecimiento y desarrollo. John Jairo Bejarano, Director del Departamento de Nutrición y Dietética de la Universidad Nacional de Colombia, indica que es importante que los niños coman en sus descansos en el colegio porque gastan mucha energía. “La lonchera cubre del 10 al 20 por ciento del requerimiento diario de energía y nutrientes en los niños”, explica Sanabria C., que los padres e instituciones educativas deberían cuidar qué le ofrecen de comer a los jóvenes después de las clases en la mañana y a la hora del almuerzo.

Sanabria afirma que las necesidades nutricionales de cada niño dependen de aspectos como su estado de salud, la actividad física que tenga y hasta el tipo de jornada escolar al que tenga que asistir. Pero, así como se recomienda a los adultos, dice que los niños deberían consumir dos refrigerios: “uno en la mañana después del desayuno y otro en horas de la tarde después del almuerzo.”

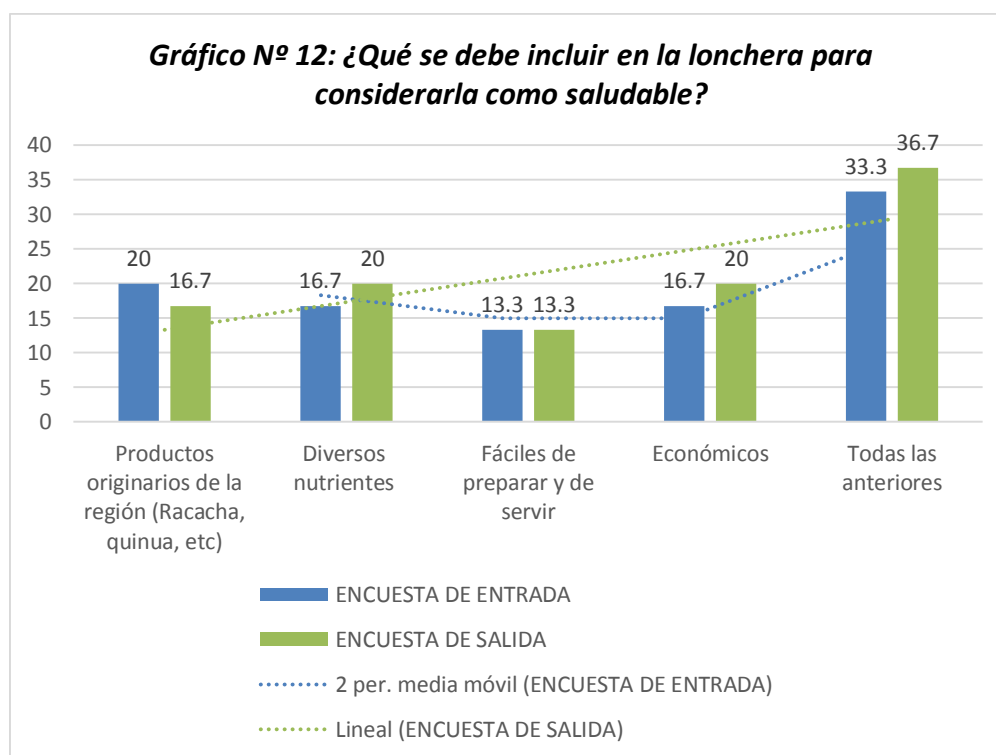
Cabe destacar que durante la etapa escolar se reconoce que las necesidades de aprendizaje tienen una mayor relevancia, dado que se consolidan las capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales adquiridas en la primera infancia del estudiante. Por lo tanto, es necesario acotar que una alimentación inadecuada limita la capacidad de aprendizaje del escolar y genera dificultades en el uso del lenguaje, la memoria, la concentración y la participación en clase; lo que afecta de manera negativa su desempeño escolar.

Tabla N° 14:

¿Qué se debe incluir la lonchera para considerarla como saludable?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	f	%	F	%
Productos originarios de la región (racacha, quinua, etc.).	06	20,0	05	16,7
Diversos nutrientes.	05	16,7	06	20,0
Alimentos fáciles de preparar y servir.	04	13,3	04	13,3
Alimentos económicos.	05	16,7	06	16,7
Todas las anteriores.	10	33,3	11	36,7
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente. Tabla 14

En la Tabla y Gráfico N° 12 se obtuvo en la encuesta de salida que el 36,6% de las madres participantes refirió que incluyen en las loncheras “todas las anteriores”, o sea, “productos originarios de la zona, racacha, quinua, etc., diversos nutrientes, alimentos fáciles de preparar y servir, y que sean económicos; lo cual consideramos que es lo correcto; pero este resultados se obtuvo después de desarrollado el Programa de Educación Nutricional.

Para reforzar estos resultados se hace la siguiente pregunta: ¿Por qué es importante una lonchera saludable? “Los niños pasan la mayor parte del día en la escuela y es aquí donde consumen aproximadamente un 20% de las calorías diarias. La alimentación de sus hijos durante esta etapa va a influir en el estado de salud de ellos cuando sean adultos”, señaló Alvarado A.

Por tanto, la lonchera debe incluir productos que sean bajos en carbohidratos, azúcar, sodio y libres de grasas. El exceso de estos nutrientes puede impedir un crecimiento y desarrollo normales. Los alimentos altos en azúcares simples y harinas refinadas producen cansancio mental; lo que afectaría el rendimiento académico y de energía de los(as) niños(as). Asimismo, aportan muchas calorías, por lo que si no se consumen con moderación, pueden llevar al sobrepeso.

“Los recreos son tiempos de comida que complementan la alimentación de los(as) niños(as) y esta es necesaria porque aporta energía y nutrientes importantes”, comentó la nutricionista Alvarado A. (2012).

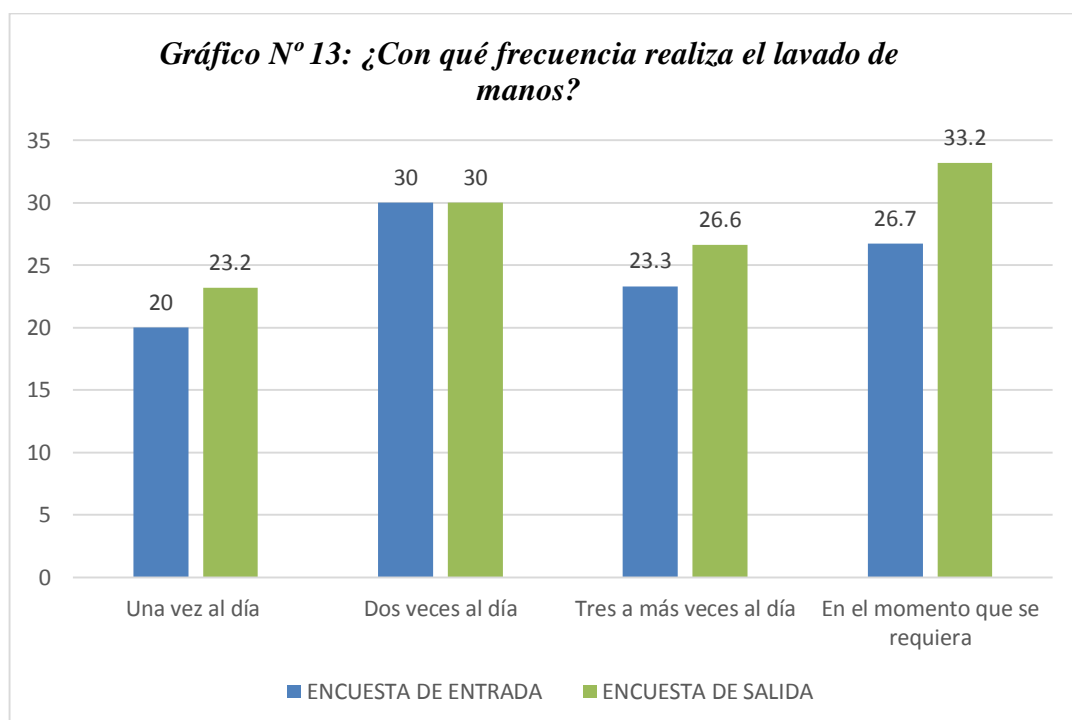
C. HIGIENE PERSONAL Y DE LA FAMILIA

Tabla N° 15:

¿Con qué frecuencia realiza el lavado de manos?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	f	%	f	%
Una vez al día.	08	26,7	07	23,3
Dos veces al día.	07	23,3	05	16,6
Tres o más veces al día.	06	20,0	06	20,0
En el momento que se requiera.	09	30,0	12	40,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem



Fuente: Tabla N° 15

La Tabla y Gráfico N° 15 arrojó los siguientes resultados sobre el lavado de manos: se encontró que en todo los rubros cambió la opinión de las madres, en la encuesta de entrada dieron prioridad al lavado de manos dos veces por día (30,0%); sin embargo,

después del desarrollo del programa de educación nutricional, la prioridad fue, en el momento que se requiera 33,2%; lo que significa: después de ir al baño, de coger animales, de cambiar el pañal, antes de cocinar los alimentos, etc.

Los gérmenes existen en todas partes; pueden llegar a concentrarse más de 3 000 en cada centímetro cúbico de nuestros escritorios, sobre los teclados de las computadoras y en los picaportes". "Ciertos virus pueden sobrevivir hasta más de veinte minutos en la superficie de los objetos", y, a medida que entramos en contacto con muchas cosas diferentes todos los días, transportamos gérmenes en nuestras manos. Por eso, según los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS - 2012), el lavado con agua y jabón puede prevenirnos de muchas enfermedades respiratorias, digestivas y parasitarias.

Serafín refiere que, desde el punto de vista estadístico, una persona se toca la nariz, aproximadamente, seis veces cada hora, por no hablar del resto de la cara donde el porcentaje es aún mayor. Las manos de una persona ya son por sí mismas un oasis de microorganismos. En un centímetro cuadrado de piel viven alrededor de 10 millones de bacterias, la mayoría de las cuales, afortunadamente, son inofensivas.

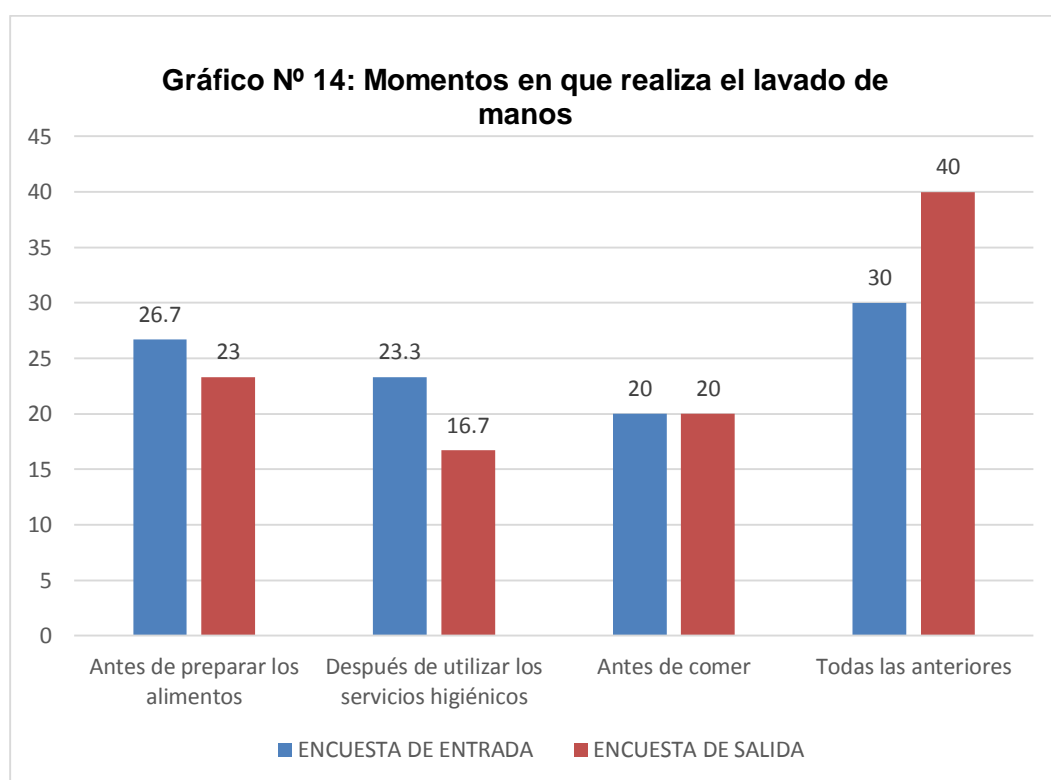
Muchas enfermedades se propagan porque las manos no se lavan con agua y jabón de forma correcta y varias veces repartidas a lo largo de un día. Otro error común es que el lavado de manos es demasiado corto. No son pocos los que se lavan las manos durante un lapso no mayor de cinco segundos antes de enjuagarse con el agua. Y este tiempo no es suficiente para eliminar todos los gérmenes de la superficie de las manos, porque es a partir de los 30 segundos de lavado de las manos cuando se consigue reducir el número de gérmenes entre un 90% y un 99%. Por este motivo, para prevenir enfermedades infecciosas con el lavado de manos es importante hacerlo de forma correcta y durante el tiempo suficiente.

Tabla N° 16:

Momento en que realiza el lavado de manos

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	f	%	F	%
Antes de preparar los alimentos.	08	26,7	07	23,3
Después de utilizar los servicios higiénicos.	07	23,3	05	16,7
Antes de comer.	06	20,0	06	20,0
Todas las anteriores.	09	30,0	12	40,0
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente: Tabla N° 16.

En esta Tabla y Gráfico 14, respectivamente, se encontró que de acuerdo con la encuesta de entrada, el 30,0% de las entrevistadas respondió: “Todas las anteriores”, el 26,7%, “antes de preparar los alimentos”, el 23,3% después de utilizar los servicios

higiénicos, y el 20,0%, antes de comer; sin embargo, después de desarrollado el programa y aplicada la encuesta de salida, el 40% respondió: “Todas las anteriores”. Estos resultados nos indican que las madres pusieron mucha atención e interés en entender los momentos en que deben lavarse las manos para evitar las enfermedades infectocontagiosas, sobre todo en los(as) niños(as) menores que 5 años.

La Organización Mundial de la Salud (2012), en su artículo “Higiene de las Manos: ¿por qué, cómo, cuándo?”, refiere que miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria, que las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes; por lo tanto, la higiene de las manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

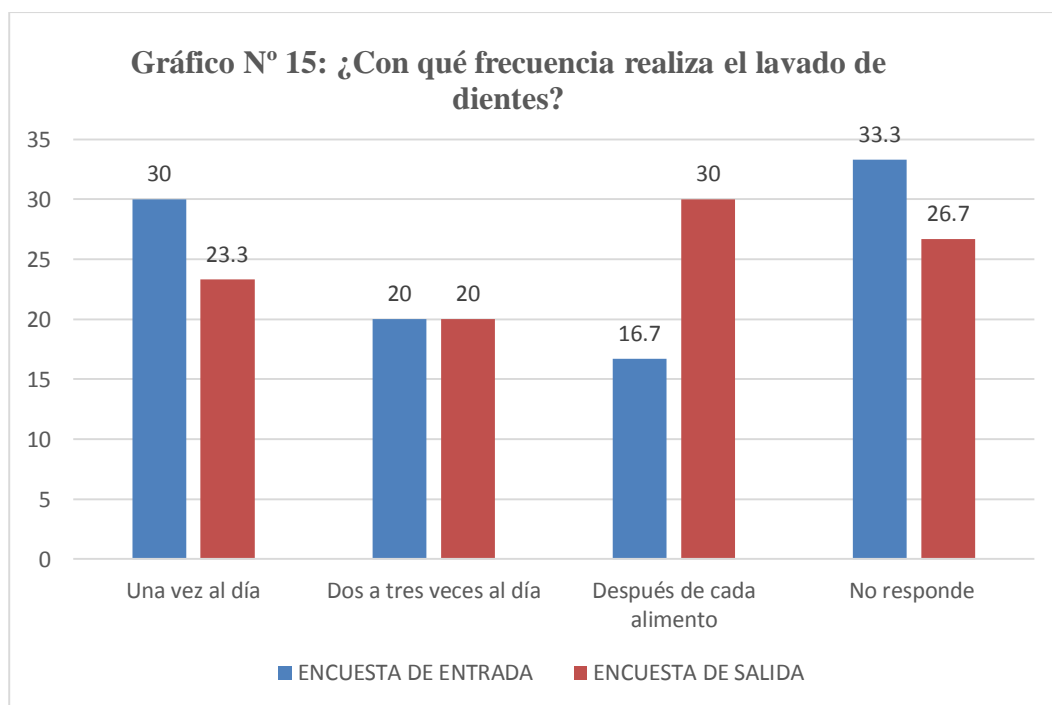
Asimismo, con ocasión del Día Mundial de la Higiene de Manos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que más de 15 000 centros de atención de salud de 156 países están participando en la iniciativa de la “Salve Vidas: Límpiense las manos”, y en ese contexto se han comprometido en mejorar la seguridad de los pacientes observando prácticas mejoradas de higiene de las manos. Este compromiso significa que casi 10 millones de trabajadores del sector de la salud aplicarán las prácticas óptimas relativas a la higiene de las manos, como la de limpiarse las manos en momentos específicos de la atención al paciente. Esas medidas ayudarán a contrarrestar el riesgo para la salud pública, a menudo encubierto pero persistente, de las infecciones relacionadas con la atención de salud.

Tabla N° 17:

¿Con qué frecuencia realiza el lavado de los dientes?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	F	%	f	%
Una vez al día.	09	30,0	07	23,3
Dos a tres veces al día.	06	20,0	06	20,0
Después de cada alimento.	05	16,7	09	30,0
No responde.	10	33,3	08	26,7
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente: Tabla N° 17

Referente a la frecuencia con que los(as) niños(as) realizan el lavado de dientes se encontró que, de acuerdo con la encuesta de entrada, el 30,0% respondió: “una vez al día”, y en la encuesta de salida se encontró que el 30,0% respondió que lo realizan después de cada alimento. Estos resultados coinciden con lo referido por Serafín P. (2012), quien habló con la Asociación de Dentistas del Reino Unido, y después de contrastar opiniones

con varios expertos y de revisar estudios científicos, llegó a esta conclusión: "Si tienes un buen cepillo de dientes manual, una pasta con fluoruro y te lavas los dientes durante dos minutos, cubriendo bien toda la superficie de tus dientes y encías, estás haciendo todo lo necesario y que lo ideal es hacerlo después de cada comida pero dejando pasar un tiempo, aproximadamente 40 minutos".

El cepillado de los dientes es una de las partes de mayor importancia dentro de la higiene y el cuidado personal. Existen tres razones de la importancia de cepillarse los dientes. En primer lugar es por mejorar el aliento, ya que las bacterias de la boca descomponen los restos de comida igual que la que se almacena en un cubo de basura y comienza a oler mal. En segundo lugar, evita las caries y que los dientes se pudran, lo que ocasiona la pérdida de piezas y el dolor intenso que impide llevar una vida agradable.

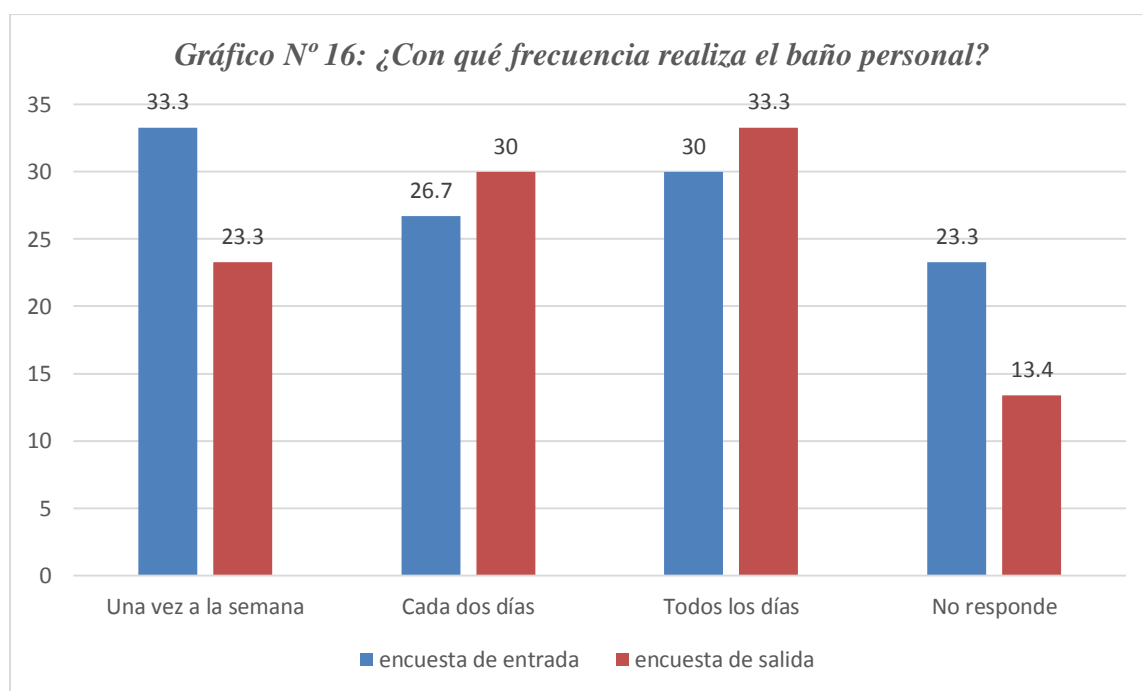
La tercera recomendación es acudir al dentista una vez al año, a fin de que pueda aconsejarnos oportunamente. Muchas veces no somos conscientes de que necesitamos una limpieza para eliminar placa acumulada en zonas que no llegamos con el cepillado. Cepillarse es lo más barato y eficaz y debe realizarse cada día. Por lo tanto, estos tres consejos son suficientes para tomar consciencia de la importancia del cepillado. No cuesta dinero, mejora la salud y la imagen, y cuando se hace por un tiempo, la rutina hace que cueste menos y se haga de manera habitual casi sin darnos cuenta.

Tabla N° 18:

¿Con qué frecuencia realiza el baño personal?

ENUNCIADOS	ENCUESTA DE ENTRADA		ENCUESTA DE SALIDA	
	F	%	F	%
Una vez a la semana.	10	33,3	07	23,3
Cada dos días.	08	26,7	09	30,0
Todos los días.	09	30,0	10	33,3
No responde.	07	23,3	04	13,4
TOTAL	30	100,0	30	100,0

Fuente: Ídem.



Fuente: Tabla N° 18.

Con relación a la higiene personal se encontró que, de acuerdo con la encuesta de entrada, el 33,3% respondió que baña a sus hijos una vez a la semana y el 30,0%, todos los días; mientras que de acuerdo con la encuesta de salida, el 33,3% refirió que baña a sus hijos todos los días. Estos resultados coinciden con lo reportado por la Organización Mundial de la Salud –OMS– donde refiere que el 50% de los niños se ducha una o más

veces al día, y pasa una media de 12 minutos bajo el agua cada vez que lo hace. Asimismo, la misma Organización Mundial de la Salud –OMS– ha fijado la duración de la ducha ideal en 5 minutos, a fin de conseguir un uso sostenible de agua y energía. Sin embargo, solo el 9% de los españoles sigue esta indicación. En el caso de las mujeres, el 13% se ellas sobrepasa los 20 minutos bajo el agua, y hay un 10% de españoles que se ducha dos o más veces al día; pero, más allá del ahorro energético, hay que tener en cuenta otros factores que desaconsejan el abuso de higiene.

Cabe destacar que la higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. Aunque debería ser parte de nuestra vida cotidiana en la casa, la higiene personal no es solamente mantener el cabello bien peinado y cepillarse los dientes, sino que es importante para la salud y la seguridad de las familias, en nuestro lugar de trabajo, la escuela y en el lugar donde nos encontremos.

Asimismo, el Ministerio de Salud –MINSA– (2014) da a conocer que la higiene personal es el acto básico del cuidado del cuerpo para el mantenimiento de la salud, y consiste en el baño diario, lavado de cabello, lavado de manos, limpieza y corte de uñas y cepillado de dientes. Por lo tanto, en la adquisición de los hábitos de higiene juega un papel importante la familia, puesto que el niño tiende a hacer aquello que ve, aunque en el colegio se hable sobre higiene y se tenga establecida una serie de hábitos, difícilmente llegarán a formar parte de su estilo de vida si sus padres, con su actitud y comportamiento, no contribuyen a ello.

Tabla N° 19:

Evaluación del Proyecto Educativo Nutricional

CRITERIOS	ESTANDAR	LOGROS
PARTICIPACIÓN	100%	100%
ACCIONES EDUCATIVAS	100%	100%
DISEÑO DE MATERIAL EDUCATIVO	80%	100%
INFORME	80%	100%

Tabla N° 20:

Resultados comparativos sobre efectividad del Programa Educativo en Salud Nutricional antes y después de la intervención con las madres atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla, Distrito de Jesús, Cajamarca – 2016.

CONTENIDOS	ANTES DE LA CAPACITACIÓN	DESPUES DE LA CAPACITACIÓN	DIFERENCIA
Los alimentos son sustancias que nutren.	30,0%	60,0%	30,0 %
La alimentación saludable contiene los tres grupos de alimentos.	33,3%	50,0%	16,7%
Los que se alimentan saludablemente tienen opción de ser profesionales y tener mejores trabajos.	40,0%	53,0%	13,0
Los alimentos se clasifican en energéticos, crecimiento y protectores.	33,3%	43,3%	10,0%
¿Qué oportunidades tiene una persona que consume alimentación saludable?	16,6%	33,3%	6,7%
Los hijos en el primer año de vida y los 5 años comen 5 veces al día.	33,3%	83,3%	50,0%
¿Cuántas veces al día come su hijo menor que 5 años?	13,3%	33,3%	20,0%
Las mujeres gestantes y las que dan de lactar comen 5 veces al día.	36,6%	70,0%	33,4%
¿Cuándo cree usted que la lonchera es saludable?	30,0%	40,0%	10,0%
¿Qué se debe incluir en la lonchera para considerarla como saludable?	33,3%	36,7%	2,4%
¿Con qué frecuencia realiza el lavado de manos?	30,0%	40,0%	10,0%
Momentos en que realiza el lavado de manos.	30,0%	40,0%	10,0%
¿Con qué frecuencia realiza el lavado de dientes?	16,70%	30,0%	13,3.%
¿Con qué frecuencia se realiza el baño personal?	30,00%	33,3%	3,3%

Fuente: Encuesta aplicada antes y después de talleres de capacitación del Programa Educativo Nutricional Interactivo.

CONCLUSIONES

Luego del estudio de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- El desarrollo del Programa Educativo Nutricional Interactivo permitió que las madres participantes se mantengan activas y se logre mayor concentración y comprensión de los contenidos temáticos.
- Al evaluar la salud nutricional de las madres gestantes y de las que dan de lactar se encontró que la mayoría tenían bajo peso, y, asimismo, la mayoría de los niños menores que 5 años atendidos en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaracalla tenían desnutrición crónica.
- Antes de desarrollar el Programa Educativo se aplicó el pretest, donde la mayoría de madres gestantes, de las que dan de lactar y de las que tienen hijos menores que 5 años tuvieron respuestas incorrectas respecto de los contenidos sobre alimentación y loncheras saludables e higiene personal y de la familia.
- Después de la ejecución del Programa Educativo se aplicó el postest, donde se encontró que la mayoría de madres gestantes, de las que dan de lactar y de las que tienen hijos menores que 5 años mejoró sus respuestas acerca de los contenidos referidos a alimentación y loncheras saludables e higiene personal y de la familia.
- Por lo tanto, el Programa Educativo Nutricional Interactivo fue efectivo porque mejoró las respuestas de las participantes; lo que fue demostrado con los resultados del postest (Tabla N° 20). Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se concluye que el Programa Educativo Nutricional Interactivo fue efectivo.

RECOMENDACIONES

A la Escuela de Posgrado:

Realizar estudios de investigación similares de tipo comparativo en diferentes instituciones educativas, que permitan establecer diferencias y semejanzas del nivel de conocimientos de temas relacionados con alimentación saludable en los adolescentes.

Al personal de Salud del Centro Piloto de Atención Integral de Salud la Huaraclla:

Realizar trabajos similares teniendo en cuenta a los profesores y/o padres de familia como el principal grupo objetivo, puesto que son los encargados de la formación de los niños en la escuela y el hogar.

A los(as) profesionales de Enfermería que laboran en el primer nivel de atención:

Incluyan en su plan de intervención actividades preventivo–promocionales intramurales y extramurales, utilizando la metodología de la educación interactiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaraz, E. (2000). *La alimentación y el sueño: Bases para un buen desarrollo de los hijos*. Editorial EOS. Madrid.
- Alvarado A. (2012). *Promoviendo Loncheras Saludables*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la American*.
- Banco Mundial (2013). *Red de asistencia Social en el Perú: Hallazgos y Recomendaciones*. Encontrado en:
http://siteresources.worldbank.org/interperuinspanish/resours/protección_social-pdf.
- Basulto, J & Caorsi, L. (2013). *Alimentación Saludable ¿Qué es?* Encontrado en:
http://www.Consumer.es/web/es/alimentación/aprender.a_comer_bien/23/04/26/216.544.php#thash.NU12h2yp.dpuf.
- Beltrán Arlette y Seinfeld Janice (2009). *Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima – Perú.
- Calero, M. (2004). *Metodología Activa para aprender y enseñar mejor*. Lima – Perú.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. (2010). *El Progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Desafíos para lograrlos con igualdad*. Estados Unidos.
- Cortez, R. (2012). *La nutrición de los niños en edad preescolar*. Centro de investigación de la Universidad del Pacífico: Lima.
- De Castro J. (2011). *Estimaciones y tendencias de la desnutrición*. Instituto de Nutrición Crónica en América Latina y el Caribe. Brasil.

- Díaz, Frida., Barriga, A., Hernández, Gerardo (2009). *Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo: Una interpretación constructiva*. McGRAW – HIL: México.
- Hernández, P. & García, L. (1997) *Enseñar a pensar, un reto para los profesores*. N.O.T.I.C.E. (Normas Orientadoras para el trabajo intelectual dentro del currículo escolar) *Universidad de La Laguna. Canarias*.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES. (2012). *Evaluación del estado de nutrición*. Perú.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. (2011). *La desnutrición: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. España.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. (2013). *Mejorando la nutrición infantil: el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. Estados Unidos.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores. 5ª Edición.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. (2007). *Análisis de los factores subyacentes asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú*. Centro de Investigación y Desarrollo. Lima.
- (2012). *Encuesta demográfica y de salud familiar nacional y departamental*. Perú.
- (2015). *Estimaciones y proyecciones de población y vivienda*. Perú.

- . (2017). *Cajamarca tiene a más de 20% de su población de niños con desnutrición crónica*. Encontrado en:
<https://almanoticias.com/2017/03/05/inei-cajamarca-tiene-a-mas-de-20-de-su-poblacion-de-ninos-con-desnutricion-cronica/>
- Lioquet P. (2007). *Importancia de la nutrición y su influencia en el desarrollo del capital humano*. Canadá.
- Manjarrés L., Parra B., Restrepo S., Zapata N. (2014). *Nutrición de la gestante: conceptos para profesionales de la Salud*. Colombia.
- Merino Valles, Brigitte Sandra Lizbeth (2016). *Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre alimentación saludable y estado nutricional de preescolares*. Tesis de posgrado Universidad nacional de Trujillo.
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/3178>
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS. (2008). *Estrategia nacional de desarrollo e inclusión social: incluir para crecer*. Perú.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS. (2010). *Creación de programas sociales en el Perú*. Perú.
- Ministerio de Salud – MINSA. (2016). *Guía Técnica de Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil*. Perú. Encontrado en:
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/consejeria.nutricional.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevalencia de anemia en el Perú 2014 – 2016*. Perú.
- Moreno, R. (2000). *Nutrición y dietética para tecnólogos de alimentos*. Madrid. España: Días Santos S.A.
- Repullo, Picasso (2014). *Nutrición humana y Dietética. La alimentación en la salud y en la enfermedad, cátedra de medicina legal*. Universidad de Madrid. España.

- Restrepo L., Mancilla L., Parra B., Manjarrés, L., Zapata N. Restrepo P., Martínez, M. (2010). *Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición*. Colombia.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación – FAO. (2006). *Estado de inseguridad alimentaria en el mundo*. Encontrado en: <http://www.fao.org/docrep/009/a0750s/a0750s00.htm>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2009). *Tablas Estadísticas del estado mundial de la infancia*. España.
- – OMS. (2010). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Argentina.
- – OMS. (2012). *Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo?* encontrado en: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es_psp_gpssc1_higiene-de-las-manos_brochure_june-2012.pdf
- – OMS. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Encontrado en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/
- Programa Mundial de Alimentos. (2013). *Desnutrición infantil en América Latina y El Caribe. Desafíos*. Boletín de la infancia y adolescencia sobre avances de los objetivos del milenio. Chile.
- Quiñones, S. (2004). *Área de programas educativos de Palencia*. Obtenido de <http://www.apepalen.cyl.com/descripcion.htm>
- Salva B. (2013). *Comer cinco veces al día es clave para una buena dieta*. La República. Perú. Encontrado en: <http://larepublica.pe/salud/731521-comer-cinco-veces-al-dia-es-clave-para-una-buena-dieta>

- Sanabria B. (2012). *Nutrición y salud durante la lactancia*. Colombia
- Sánchez Córdova Alma Cristal (2017). *Efectos de un Programa Educativo sobre el nivel de conocimientos y prácticas de alimentación saludable en madres de niños en etapa preescolar*. Centro de Salud Santa Rosa- Río Seco. 2017. Tesis para obtener el grado académico de: Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud. Universidad Cesar Vallejo.
- Sayuri. S & Fujimori, A. (2012). *Estado nutricional y aumento de peso en la mujer embarazada*. Encontrado en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a06v20n3.pdf
- Serafin. Patricia. (2012). *Hábitos saludables para crecer sanos y aprender con salud*. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición – MSP y BS.
- UNICEF (2016). *Primera infancia. Desde la concepción-5 años. Únete a la niñez*. Perú.
<https://www.unicef.org/peru/spanish/children.html>
- Victoria C. Adair I. (2008). *Relación entre la nutrición madre e infantil: consecuencias en la salud del adulto y capital humano*. México.
- Wardlaw, G., Hampl, J. & Disilvestro R. (2004). *Perspectivas en nutrición*. México.
- Wachs Theodore., Walker S., Meeks July. (2007). *El desarrollo del niño: factores de riesgo de resultados adversos en países en desarrollo*. México.
- William W. Hay, Myron J. Levin, Judith M. (2004). *Diagnóstico y tratamiento pediátricos, 19 ed.* España.

ANEXOS

ANEXO 01

ENCUESTA: SALUD NUTRICIONAL, ALIMENTACIÓN, LONCHERAS SALUDABLES E HIGIENE PERSONAL DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL “CENTRO PILOTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LA HURACLLA - DISTRITO DE JESÚS - PROVINCIA DE CAJAMARCA, 2016

Señoras madres de familia, tengan ustedes muy buenos días. Mi nombre es Bertha Ortiz Yupanqui. Soy Licenciada en Enfermería, graduada en la Universidad Nacional de Cajamarca. En esta oportunidad estoy desarrollando una tesis para obtener el Grado de Maestría en Dirección de Proyectos. En este sentido, la aplicación de esta encuesta tiene como objetivo saber cuánto conocen acerca de la preparación de alimentación, de loncheras saludables y de higiene personal; para luego desarrollar y ejecutar un programa educativo dirigido a ustedes. Por tal razón, les agradezco anticipadamente por su colaboración. Antes quiero decirles que la información recabada será de uso exclusivo para la investigación y de completa confidencialidad.

Indicaciones. Escriba usted en los casilleros **SÍ** o **NO**, según considere si la respuesta sea correcta o incorrecta:

a. Salud nutricional

1. Peso de la madre gestante (Cm.)
2. Talla de la Madre (Kg.)
3. Edad del niño (años)
4. Peso del niño/a (Kg)
5. Talla (Cm)

b. Alimentación Saludable

Los alimentos son sustancias que:

- a. solo dan energía ()
- b. reparan los tejidos ()
- c. para obtener energía reparar tejido, regular algunas funciones ()
- d. Ninguna de las anteriores ()
6. Dé su opinión acerca de la alimentación saludable por las madres atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral La Huaraclla.

- a. Aportan solo calorías ()
 - b. Regeneran los tejidos ()
 - c. Aportan todos los nutrientes esenciales ()
 - d. Todas las anteriores ()
7. ¿Cuáles son los aspectos necesarios para alimentarse saludablemente?
- a. Comer porciones moderadas y repartidas a lo largo del día ()
 - b. Comer distintos grupos de alimentos con moderación ()
 - c. No comer demasiado ninguno de los nutrientes necesarios ()
 - d. Todas las anteriores ()
8. ¿Cómo se clasifican los diferentes tipos de alimentos?
- a. Calóricos o energéticos ()
 - b. Energéticos, constructores y reguladores ()
 - c. Solo reguladores ()
 - d. Ninguna de las anteriores ()
9. ¿Qué oportunidades tiene una persona que consume alimentación saludable?
- a. Desarrollarse plenamente ()
 - b. Vivir con salud ()
 - c. Protegerse de enfermedades ()
 - d. Todas las anteriores ()
10. ¿Cómo alimenta a su hijo en el primer año de vida y hasta los 5 años?
- **Hasta los 6 meses**
 - a. Lactancia mixta ()
 - b. Lactancia materna exclusiva ()
 - c. Lactancia artificial ()
 - **De 6 a 12 meses**
 - a. Papillas ()
 - b. Caldos ()
 - c. Alimentación Completa ()
 - d. Todas las anteriores ()

- De 1 año hasta los 5 años

- a. Dieta especial (mayormente hidratos de carbono) ()
- b. Solo algunos alimentos ()
- c. Todo lo de la olla familiar ()
- d. Otros (sin menestras) ()

11. ¿Cuántas veces come al día su hijo menor de 5 años?

- a. 03 veces al día ()
- b. 04 veces al día ()
- c. 05 veces al día ()

12. ¿Cuántas veces y que comen las mujeres gestantes y madres que dan de lactar?

- Número de veces

- a. Tres veces al día ()
- b. Cuatro veces al día (3 principales y un refrigerio) ()
- c. Cinco veces al día (3 principales y 2 refrigerios) ()

- Consume alimentos de origen animal

- a. Cinco veces por semana ()
- b. 4 veces por semana ()
- c. 3 veces por semana ()
- d. Ninguna ()

- Consume frutas y verduras

- a. Cinco veces por semana ()
- b. 4 veces por semana ()
- c. 3 veces por semana ()
- d. Todos los días ()

13. ¿Cuándo cree Ud. que es lonchera saludable?

- a. Cuando se incluye mucho pan, gaseosas, chisitos. ()
- b. Cuando se incluyen galletas con relleno, chocolates, frugos, Hamburguesas ()
- c. Cuando contienen yogurt, galletas, frutas y mortadela ()
- d. Otros. ()

14. ¿Qué debe incluir la lonchera para considerarla saludable?
- a. Productos originarios de la región (racacha, quinua) ()
 - b. Diversos nutrientes ()
 - c. Fáciles de preparar y servir ()
 - d. Económicos ()
 - e. Todas las anteriores ()

- Higiene personal y lavado de manos

15. ¿Con qué frecuencia realiza el lavado de manos?
- a. Una vez al día ()
 - b. Dos veces al día ()
 - c. Tres o más veces al día ()
 - d. En el momento que se requiera ()
16. ¿En qué momento realiza el lavado de manos?
- a. Antes de preparar los alimentos ()
 - b. Después de utilizar los servicios higiénicos ()
 - c. Antes de comer ()
 - d. Todas las anteriores ()
17. ¿Con qué frecuencia realiza el lavado de dientes?
- a. Una vez al día ()
 - b. Dos o tres veces al día ()
 - c. Después de cada comida ()
 - d. No responde ()
18. ¿Con qué frecuencia realiza el baño personal?
- a. Una vez a la semana ()
 - b. Cada dos días ()
 - c. Todos los días ()
 - d. No responde ()

¡Muy agradecida!

ANEXO 02

PROPUESTA DE PROGRAMA EDUCATIVO

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE DIRIGIDO A LAS MUJERES GESTANTES, MUJERES QUE ESTAN DANDO DE LACTAR Y QUE TIENEN HIJOS MENORES QUE 5 AÑOS, ATENDIDAS EN EL CENTRO PILOTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD LA HUARACLLA.

A. ANTECEDENTES

La Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca ha venido formando profesionales en diversas áreas, entre ellas la de Mención Dirección de Proyectos, en la cual tuve la oportunidad de formarme. En escuelas de posgrado de todas las universidades se debe realizar como último paso la tesis para la correspondiente graduación. Consecuentemente, en la cual, personalmente, me he propuesto implementar un Proyecto Educativo sobre Alimentación y Nutrición Saludable dirigido a mujeres con hijos menores que 5 años, madres que están dando de lactar, así como gestantes que son atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud La Huaraclla. Se propuso trabajar en este Centro de Salud ya que por simple observación se pudo advertir que las condiciones de nutrición e higiénicas de los niños y niñas atendidas en este Centro de Salud. No eran las mejores, puesto que a lo mejor las madres no contaban con un conocimiento adecuado y prácticas correctas; por esta razón, se propuso la aplicación del proyecto; dentro de la propuesta se planteó ceder un espacio para proceder a la implementación del indicado proyecto.

Antes de las capacitaciones se realizó un diagnóstico a 30 mujeres entre gestantes, madres que dan de lactar y madres con niños y niñas menores que 5 años. Este sondeo previo nos permitió medir los conocimientos y prácticas que a la fecha poseían. Para el efecto, se elaboró un instrumento (encuesta) que se aplicó antes de la intervención y después de ella. A la luz del análisis se pudo comprobar una deficiencia de conocimientos de las prácticas en cuanto al tema equivalente al 80%, aproximadamente. Durante las intervenciones se realizaron dinámicas de presentación, integración y participación; lo cual nos permitió crear un ambiente de confianza y lograr más fácilmente la información necesaria. Se comprobó también que la predisposición de las mujeres fue excelente.

B. OBJETIVOS EDUCATIVOS.

1. Objetivo general

Incrementar el nivel de conocimiento acerca de alimentación y nutrición saludables, con el objeto de disminuir la desnutrición en las mujeres, niños y niñas menores que 5 años atendidos en el CPAIS La Huaraclla.

2. Objetivos específicos

- Planificar acciones educativas en alimentación y nutrición saludables e higiene personal en el grupo de estudio.
- Ejecutar acciones educativas en alimentación y nutrición saludables e higiene personal.
- Evaluar las acciones educativas.

C. METAS

Se aspira tener la participación del 100% del grupo de intervención.

Se pretende alcanzar el 90% del nivel de conocimientos de niños y niñas.

Implementar en un 100% el proyecto educativo.

D. METODOLOGÍA

1. Ubicación y temporalización. El centro Piloto de Atención Integral de Salud está ubicado en la comunidad de La Huaraclla, distrito de Jesús, provincia y región Cajamarca.
2. Población de estudio. El grupo de estudio estuvo constituido por 30 mujeres con niños y niñas menores que 5 años, gestantes y madres que están dando de lactar.
3. Técnicas.
 - Lluvia de ideas acerca del tema que se iba a tratar en cada reunión.
 - Sesiones educativas.
 - Demostraciones sobre la base del tema tratado.
 - Presentación de materiales audiovisuales.
 - Juegos.

Para una mejor comprensión de los temas tratados se aplicaron varios métodos, en especial, los de participación. Con tal fin, se aplicaron dinámicas de presentación y

de integración, juegos participativos. La participación sirvió para alcanzar y mantener la confianza y la atención en cada uno de los encuentros.

E. FASES DEL PROGRAMA EDUCATIVO INTERACTIVO EN SALUD NUTRICIONAL

I Fase. Medición Inicial. Se realizó la medición de la variable efecto del Programa Educativo Nutricional, con la aplicación de un pretest (Anexo 1).

II Fase. Desarrollo del Programa Educativo Nutricional. Se efectuó en 9 sesiones, una por semana, con una duración de 60 minutos (45 de exposición y 15 de preguntas y resolución de inquietudes). Las sesiones tuvieron parte una teórica y otra demostrativa; los temas seleccionados fueron desarrollados en forma teórica y práctica, y estuvieron dirigidos a las participantes del Programa Educativo Nutricional en lo que respecta a alimentación saludable, loncheras saludables e higiene personal y familiar. Para ello, se consideraron los siguientes aspectos:

Sesión 1: Presentación del programa educativo y aplicación del pretest.

Sesión 2: Evaluación del estado nutricional de las mujeres gestantes que dan de lactar a niños menores que 5 años, según índice de masa corporal.

Sesión 3: Alimentos y nutrientes. Tipos de alimentos.

Sesión 4: Importancia de la alimentación y nutrición saludables.

Sesión 5: Higiene de los alimentos.

Sesión 6: Lonchera escolar saludable, contenido e importancia.

Sesión 7. Higiene personal de dientes y lavado de manos.

Sesión 8: Utilidad, métodos de purificación e importancia del cuidado del agua.

Sesión 9: Evaluación y clausura del Programa Educativo Nutricional.

III. Fase. Medición Final. Después de ejecutado el “Programa Educativo Interactivo Nutricional” a las mujeres gestantes, madres que dan de lactar y madres de niños menores que 5 años, se procedió a aplicar el postest para su evaluación correspondiente.

F. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE SESIONES EDUCATIVAS

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 1

Tema : Alimentos, nutrientes y tipos.

Objetivo : Socializar la importancia de los alimentos, nutrientes y tipos.

Población beneficiaría : Mujeres con hijos menores que 5 años.

Número de madres : 30.

Lugar : Sala de sesiones del CPAIS de La Huaraclla.

Fecha : 06 de setiembre del 2016

Duración : 60 min.

Responsable : Julia Bertha Ortiz Yupanqui.

CONTENIDOS	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Importancia de los alimentos y los nutrientes. Referencia de los diferentes tipos de nutrientes.	Inicio. Saludo y presentación de los temas que se van a tratar	Lluvia de ideas Sesión Educativa Interrogatorio	5 min.	Papelotes Marcadores Cinta <i>masking tape</i> Pirámide nutricional Alimentos Refrigerios
	Motivación. Se iniciará con una dinámica rompehielos; lo que nos permitirá crear un ambiente de confianza con las madres.		10. min.	
	Construcción. Se iniciará con un breve sondeo sobre los temas por tratar; se continuará luego con la charla educativa.		35 min.	
	Evaluación. Preguntas y respuestas de los temas tratados. Práctica del correcto lavado de las manos.		10 min.	

DESARROLLO DE LA SESIÓN EDUCATIVA N° 1

TEMA: Alimentos, nutrientes y tipos

Actividades Iniciales. El taller se inició a las 9.00 a.m., con la presencia de las mujeres gestantes, madres que dan de lactar y con hijos menores que 5 años. Se dividieron los grupos para una mejor ejecución del taller, los contenidos y las actividades, así como las técnicas utilizadas. Todas fueron las mismas. Se les dio la bienvenida y se les explicó la finalidad: compartir talleres acerca de los alimentos y nutrientes que les permitan mejorar e incrementar su nivel de conocimiento y, por ende, su calidad de vida.

Actividades de motivación. Después de la exposición del tema se realizó una dinámica denominada: “*Le vendo mi compañero*”, en la cual cada uno elige un compañero que menos conozca y ambos dialogarán acerca de: ¿cómo se llama?, ¿qué le gusta hacer?, ¿qué deporte le gusta practicar?, ¿se siente bien en el grupo?, ¿qué alimentos le gustan más?, ¿cuántas veces come al día? (duración 10 minutos).

Cada dúo elegirá a otro dúo y dialogarán sobre las mismas preguntas. Se elige a uno para que presente a sus compañeros y les venderá al grupo al que representa. Al final del taller, a la vez, que hubo diversión permitió crear un ambiente de confianza.

Construcción de Conocimientos. Se realizó una lluvia de ideas sobre el tema, por el que se pidió que cuenten una breve historia de sus vidas, claro está introduciendo en el relato cómo se cortaba las uñas de los pies y de las manos. Se deja en claro que no se podía calificar a la persona por sus religión y costumbres; luego de culminada se dio paso a la charla educativa contestando inquietudes que se presentaban. Finalmente, se tuvo una muy buena participación.

Evaluación. Para culminar las actividades planteadas se realizaron preguntas con una participación espontánea y positiva; lo que se pudo comprobar que comprendieron y se alcanzó el objetivo planteado; se realizó también una práctica del correcto corte de uñas de las manos y de los pies; se les corto a todos los participantes, y, finalmente, se les entregó un refrigerio y la presentación del próximo tema para el día siguiente.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 2

Tema	: Alimentación y nutrición saludable, su importancia.
Objetivo	: Identificar la importancia de la alimentación saludable.
Población Beneficiaria	: Mujeres gestantes y madres que están dando de lactar y con hijos menores que 5 años.
Número de madres	: 30.
Lugar	: Aula de la institución.
Fecha	: 13 de setiembre de 2016.
Duración	: 60 min.
Responsable	: Julia Bertha Ortiz Yupanqui.

CONTENIDOS	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Definición de la alimentación saludable.	Iniciales. Se saluda y presenta de los temas.	Expositiva. Grupales. Charla	5 min.	Papelotes Marcadores Cinta <i>masking tape</i> Historia Refrigerios
Importancia de la alimentación saludable	Motivación. Dinámica de iniciación para recordar el tema tratado el día anterior.		5 min.	
Recomendaciones para elegir alimentos saludables	Construcción. Se forman grupos de trabajo y de construcción. Se forman grupos de trabajo y se procede a elaborar papelotes con la temática del día y exposiciones reforzando los conocimientos o amplían en los casos que sean necesarios.		40 min.	
Efectos de la alimentación no saludable.	Evaluación. Lectura de una historia sobre el tema. Preguntas y respuestas.		10 min.	

DESARROLLO DE LA SESIÓN EDUCATIVA N° 2.

Tema: Alimentación y nutrición saludable, su importancia.

Actividades iniciales

El taller de capacitación se inició a las 9:00 a.m., con el saludo de bienvenida y la presentación de los temas que se van a tratarse.

Actividades de motivación

Luego se rememoró brevemente el tema tratado el día anterior; seguidamente se procedió a realizar una dinámica denominada: *El día y la noche*. Las madres forman dos grupos de igual número de integrantes. El grupo del día y el grupo de la noche. Se trazan en el suelo dos líneas de partida, separadas por 1,50 m. de distancia. Bien lejos de ellas se marcan los refugios. Por detrás de la primera línea permanecen las del día y detrás de la segunda forman filas las de la noche; todas vueltas hacia la misma dirección (o sea, los del día, a espaldas de los de la noche). El facilitador dice: día o noche. Si está diciendo día, esta fila sale corriendo hacia el refugio, perseguida inmediatamente por la noche. Quien sea alcanzada antes de entrar en el refugio, se transforma en noche. Vuelven todas a sus puestos iniciales. Los grupos serán diferentes, en este caso habrá más madres en la noche que en el día. A una señal del maestro, reinician el juego, hasta por un lapso de más o menos diez minutos.

Construcción del conocimiento

Se inició con la conformación de 4 grupos, a cada uno de los cuales se les entregó un papelote y marcadores y se les dio un tema para que lo trabajaran. Se explicó que tenían 15 min. para realizar el trabajo y 5 min. para exponerlo. A medida que exponían se iba ampliando los conocimientos. Se contó con la participación de todos y todas y se pudo ir reforzando los temas tratados.

Evaluación

Se pasó el texto de una historia referida a la importancia del corte de cabello y de la correcta higiene. Se realizó también un proceso de preguntas y respuestas. Luego de culminadas las actividades se les brindó el refrigerio y se las invitó para que acudan al próximo taller.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 3

Tema	: Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.
Objetivo	: Establecer la importancia de la lactancia materna y alimentación complementaria.
Población beneficiaria	: Niños y Niñas de la Escuela “Abdón Calderón”.
Número de alumnos	: 30
Lugar	: Aula de la Institución
Fecha	: 20 de setiembre de 2016.
Duración	: 60 min.
Responsable	: Julia Bertha Ortiz Yupanqui.

CONTENIDOS	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Lactancia materna y sus beneficios	Iníciales. Saludo y presentación de los temas.	Lluvia de ideas Charla educativa Interrogatorio	5 min.	Papelotes. Marcadores. Cinta <i>masking tape</i> . Refrigerios.
	Motivación. Dinámica participativa de introducción al Tema.		15 min.	
Importancia de la alimentación complementaria	Construcción. Se realizará una lluvia de ideas sobre los temas que se van a tratar. La sesión educativa se desarrolló conjuntamente con las madres participantes.		25 min.	
	Evaluación. Realización de mensajes educativos relacionados con el tema.		15 min.	

DESARROLLO DEL PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 3

Tema: Lactancia materna y alimentación complementaria.

Actividades Iniciales. El taller se inició a las 9:00 a.m., con el saludo de bienvenida y la presentación de los temas. Luego se realizaron preguntas de los temas anteriormente tratados. Se obtuvieron respuestas muy satisfactorias.

Actividades de motivación. Se realizó una dinámica denominada: *El guiño asesino*. Antes de iniciar el juego, se escogió a dos madres para que sean “el asesino”. Para ello, se mantuvo en secreto su identidad. Se explicó que una persona del grupo es el asesino y que esa persona puede matar a la gente sólo con un guiño. Entonces todos se pasean por el salón en diferentes direcciones, manteniendo contacto visual con cada persona que pasa por su lado. Si el asesino le guiña el ojo, tiene que pretender que está muerto. Todos tienen que tratar de adivinar quién es el asesino.

Construcción del conocimiento. Culminada la dinámica se regresa al salón de clase para continuar con las actividades planificadas. La dinámica permitió continuar con el taller ya que la interacción de las madres permitió ratificar conocimientos que tenían, así como concienciar acerca de la importancia que conlleva poner en práctica lo aprendido para evitar la desnutrición en los niños menores que 5 años. Esta puede ser prevenible si se tiene en cuenta la importancia de la lactancia materna y una alimentación complementaria adecuada y oportuna para que no pongan en riesgo la salud de sus hijos.

Evaluación. Se elaboraron carteles con frases educativas referentes a los temas tratados y se culminó con el refrigerio.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 4

Tema	: Higiene de los alimentos.
Objetivo	: Identificar la importancia de la higiene de los alimentos.
Población beneficiaría	: Madres atendidas en el CPAIS La Huaraclla.
Numero de madres	: 30
Lugar	: Sala de sesiones del CPAIS La Huaraclla.
Fecha	: 27 de setiembre de 2016.
Duración	: 60 min.
Responsable	: Julia Bertha Ortiz Yupanqui.

CONTENIDOS	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Higiene de los alimentos.	Iníciales. Saludo y presentación de los temas.	Lluvia de ideas Sesión educativa Interrogatorio	5 min.	Frutas Recipientes Franelas Agua clorada Mesas Papelotes Marcadores Cinta <i>masking tape</i> Refrigerios
Como conservar los alimentos.	Motivación. Dinámica participativa de introducción al tema.		15 min.	
Ventajas de comer alimentos bien lavados.	Construcción. Se realizará una lluvia de ideas referidas a los temas que se van a tratar, La sesión se desarrollará conjuntamente con las madres.		25 min.	
Enfermedades causadas por la mala higiene de los alimentos.	Evaluación. Realización de mensajes educativos.		15 min.	

DESARROLLO DEL PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 4

Tema: Higiene de los alimentos.

Actividades iniciales. El taller se inició a las 9:00 a.m., con el saludo de bienvenida y la presentación de los temas. Luego se realizaron preguntas de los temas anteriormente tratados, de las que se obtuvieron respuestas muy satisfactorias.

Actividades de motivación. Se realizó una dinámica motivacional introductoria al tema, caracterizada por ser de movimiento y de entretenimiento, titulada: *Carrera de Relevos*; la cual consistía en formar dos grupos, los que deberían formar dos columnas. Frente a ellos se colocaron dos mesas, cada una con diferentes artículos relacionados con el tema (medias, vestidos, pantalonetas, agua, jabón, detergente, etc.). La facilitadora indica que una vez mencionada la palabra salida las primeras madres deben dirigirse a las mesas respectivas y encontrar el artículo cuyo nombre haya mencionado la facilitadora. En este caso, la madre debe explicar para qué sirve el objeto y el beneficio de su empleo. Por ejemplo, *objetos que ayudan a quitar el sucio de la ropa*, las madres corren y toman el jabón de ropa u otro detergente, y explican la importancia de por qué usarlo. Así se procede hasta que todas las madres de la misma columna que hayan contestado y escogido el objeto serán las ganadoras de la competencia.

Construcción del conocimiento. Culminada la dinámica grupal, van al salón de clase para continuar con las actividades planificadas. La dinámica permitió continuar con el taller, puesto que, a través de la interacción de las madres, se pudieron reafirmar los conocimientos que ya tenían y concienciar sobre la importancia que conlleva el hecho de poner en práctica lo aprendido, a fin de evitar enfermedades que son prevenibles, si es que se tienen hábitos saludables, sin que pongan en peligro la salud de los presentes y la de sus familiares.

Evaluación. Se elaboraron carteles con frases educativas referentes a los temas tratados y se culminó entregándoles un refrigerio a cada una de las participantes.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 5 - A

- Tema** : Conceptos e importancia de la higiene personal.
- Objetivo** : Identificar los diferentes conceptos de higiene personal y su importancia.
- Población beneficiaría** : Madres atendidas en el CPAIS La Huaraclla.
- Número de mujeres** : 30.
- Lugar** : Sala de sesiones del CPAIS La Huaraclla.
- Fecha** : 4 de octubre de 2016.
- Duración** : 60 min.
- Responsable** : Julia Bertha Ortiz Yupanqui

CONTENIDOS	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Higiene, aseo y tipos	Iniciales. Saludo y presentación del grupo y temas que se van a tratar.	Lluvia de ideas	5 min.	Papelotes Plumones Cinta <i>masking tape</i> Refrigerios
	Motivación. Se iniciará con una dinámica rompehielos, la que permitirá crear un ambiente de confianza con las madres.		10 min.	
Importancia de la Higiene Personal	Construcción. Se inició con un breve sondeo sobre los temas que se van a tratar; se continuó con la sesión educativa sobre los conceptos básicos y necesarios para el desarrollo de los diferentes temas que se van a tratar.	Sesión educativa	35 min.	
	Evaluación. Preguntas y respuestas.	Interrogatorio	10 min.	

DESARROLLO DEL PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N°5 – A

Tema: Conceptos e importancia de la higiene personal.

Actividades iniciales. El taller de capacitación se inició a las 9:00 a.m., con la presencia de las madres. Se conformaron los grupos para una mejor comprensión del taller. Los contenidos y actividades como las técnicas utilizadas fueron las mismas; luego del saludo de bienvenida se dio paso a explicar el porqué de la presencia en ese día y durante la semana; se les explicó acerca de la finalidad de participar activamente en los talleres de higiene personal; lo que les ha de permitir mejorar su calidad de vida. Asimismo, se les habló de la tónica de cada uno de los encuentros.

Actividades de motivación. Luego de la exposición de los temas que se iban a tratar se realizó una dinámica rompehielos y de presentación denominada: *La pelota preguntona*. Esta consiste en pasar la pelota de una manera rápida por cada una de las participantes. Por turnos, la participante da su nombre el grado y pasa a la siguiente de forma imprevista. Quien deja caer la pelota cumple una penitencia. Al final del taller, a la vez que hubo diversión, permitió conocerse y crear un ambiente de confianza.

Construcción del conocimiento. Para esta etapa se empezó realizando una lluvia de ideas sobre los temas que se iban a tratar; previamente, se dejó en claro que no se podía calificar a la persona por sus costumbres; luego de culminado el proceso de adquisición del conocimiento, se dio paso a la charla educativa y a la solución de inquietudes que se presentaban. En este momento hubo una muy buena participación.

Evaluación. Para culminar las actividades planteadas se realizaron preguntas del tema. En esta etapa, las madres tuvieron una participación espontánea y muy positiva; lo que sirvió para comprobar que sí habían comprendido, y que sí se pudo alcanzar el objetivo planteado. Se culminó con el refrigerio y la presentación del tema del día siguiente.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 5 - B.

Tema : Higiene bucal y cambio de cepillo de dientes.

Objetivo : Dar a conocer sobre el correcto cepillado de los dientes.

Población Beneficiaria : Mujeres atendidas en el CPAIS La Huaraclla.

Número de mujeres : 30.

Lugar : Sala sesiones CPAIS La Huaraclla.

Fecha : 11 de octubre de 2016.

Duración : 60 min.

Responsable : Julia Bertha Ortiz Yupanqui.

CONTENIDOS	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
<p>Higiene bucal y su importancia.</p> <p>Enfermedades por falta de higiene.</p> <p>Cepillado correcto.</p> <p>Cambio de cepillo.</p> <p>Medidas preventivas.</p>	Iniciales. Saludo de bienvenida	<p>Expositiva</p> <p>Sesión Educativa</p> <p>Trabajos grupales</p> <p>Demostrativa.</p> <p>Prácticas de cepillado correcto.</p>	5 min.	<p>Marcadores</p> <p>Maquetas</p> <p>Papelotes</p> <p>Cepillo y pasta dentífrica</p> <p>Vaso</p> <p>Agua</p> <p>Tratada</p> <p>Hilo dental</p> <p>Enjuague bucal</p> <p>Refrigerios</p>
	Motivación. Dinámica rompehielos.		10 min.	
	Construcción. Se iniciará con una charla educativa con los temas que se van a tratar; para que luego se realicen las actividades grupales que, a su vez, han de permitir conocer si hubo comprensión del tema, o no. Asimismo, permitirá evaluar sus conocimientos.		30 min.	
	Evaluación Trabajo grupal		15 min.	

DESARROLLO DEL PLAN DE CLASE N° 5 - B.

Tema: Higiene bucal y cambio de cepillo de dientes.

Actividades iniciales. El tercer encuentro se inició a las 9:00 a.m., con el saludo de bienvenida y presentación de los temas.

Actividades de Motivación. Se dio paso a la realización de una dinámica de ambientación denominada: *Don Matías*; para lo cual se necesita que todos los participantes formen un círculo, donde la facilitadora pide a los/as niños/as que caminen imitando el ruido del tren: ¡Chiqui, chiqui, chiqui! ¡Chiqui, chiqui, chiqui! A medida que vayan caminando, la facilitadora empieza a dar consignas como la siguiente:

¿CONOCEN A DON MATÍAS, EL SEÑOR A QUIEN LO ATROPELLÓ EL TREN?

Todos contestan:

NO, SEÑOR, NO LO CONOZCO. QUIERO QUE ME DIGA USTED.

El facilitador responde:

EL POBRE DON MATÍAS SE QUEDÓ (la facilitadora indica posturas como la cabeza torcida, mano torcida, etc.), postura que el grupo debe imitar, mientras el grupo continúa imitando al tren: ¡Chiqui, chiqui, chiqui! ¡Chiqui, chiqui, chiqui!

Construcción del conocimiento. A continuación la facilitadora inició la exposición de los temas. Luego dio paso a la formulación de las preguntas e inquietudes de los participantes, y, finalmente, culminada ya la actividad, se pasó a la evaluación.

Evaluación. Esta fase del plan se realizó con prácticas referentes al tema, donde hubo una buena predisposición y participación de todos los presentes.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N°5 - C.

Tema	: Lavado de las manos.
Objetivo	: Demostrar el correcto lavado de las manos y su importancia.
Población beneficiaría	: Madres con hijos menores que 5 años.
Número de mujeres	: 30.
Lugar	: Sala de sesiones del CPAIS La Huaraclla.
Fecha	: 18 de octubre de 2016.
Duración	: 60 min.
Responsable	: Julia Bertha Ortiz Yupanqui

CONTENIDOS	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Conceptos acerca del correcto lavado de las manos. Importancia del lavado de las manos. Ventajas y desventajas del lavado de las manos	Iniciales. Saludo y presentación del tema que se va a tratar.	Lluvia de ideas	5 min.	Papelotes Marcadores Cinta <i>masking tape</i> Jabón Agua Toalla Refrigerios
	Motivación. Se iniciará con una dinámica rompehielos, la que permitirá crear un ambiente de confianza con las madres.		Sesión educativa	
	Construcción. Se iniciará con un breve sondeo acerca de los temas que se van a tratar; se continuará luego con la charla educativa	Interrogatorio	35 min	
	Evaluación. Preguntas y respuestas acerca de lo tratado. Práctica del correcto lavado de las manos.	Práctica del correcto lavado de manos	10 min	

DESARROLLO DEL PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 5 – C

Tema: Lavado de las manos.

Actividades iniciales. El taller se inició con la presencia de las madres, a las 9:00 a.m. Se dividió en grupos para una mejor comprensión del taller y de los contenidos y actividades. Las técnicas utilizadas fueron las mismas: se les dio la bienvenida; se les explicó que la finalidad es compartir talleres sobre higiene personal; lo que les permitirá mejorar e incrementar su nivel de conocimiento y, por ende, su calidad de vida.

Actividades de motivación. Se procedió a la realización de una dinámica grupal denominada: *La escritura con el cuerpo*. En este momento, se pide a los participantes que escriban sus nombres en el aire con una parte de sus cuerpos. Puede ser que escojan usar el codo o una pierna, por ejemplo. Se debe proceder así hasta que todos hayan escrito sus nombres con varias partes de sus cuerpos. Al final del taller, a la vez que hubo diversión, permitió crear un ambiente de confianza.

Construcción del conocimiento. Se realizó una lluvia de ideas acerca del tema; con lo que se dejó en claro que no se podía calificar a la persona por su religión y costumbres. Luego de culminada esta etapa, se pasó a la charla educativa y, de inmediato a la contestación de las preguntas e inquietudes pertinentes, donde hubo una muy buena participación.

Evaluación. Para culminar las actividades planteadas se plantearon preguntas en torno del tema; lo que se llevó a efecto con una participación espontánea y positiva. A través de este proceso se pudo comprobar que comprendieron y que se alcanzó el objetivo planteado. Se realizó también una práctica del correcto lavado de las manos, y, por último, se les entregó su respectivo refrigerio y la presentación del tema del día siguiente.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 6

Tema : Utilidades, métodos de purificación e importancia del cuidado del agua.

Objetivo : Dar a conocer la utilidad, métodos de purificación e importancia del agua.

Población beneficiaría : Madres atendidas en el CPAIS La Huaraclla.

Numero de madres : 30

Lugar : Sala de sesiones del CPAIS La Huaraclla

Fecha : 25 de octubre de 2016.

Duración : 60 min.

Responsable : Julia Bertha Ortiz Yupanqui.

CONTENIDOS	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
Utilidades del agua	Iníciales. Saludo de bienvenida.		5 min.	Papelotes Marcadores
Métodos de purificación del agua.	Motivación. Se realizará una lluvia de ideas con los temas que se van a tratar.	Lluvia de ideas	10 min.	Cinta <i>masking tape</i> Cloro
Importancia del cuidado del agua.	Construcción. Se continuará con la charla educativa.	Sesión educativa	30 min.	Recipientes de plástico Botellas
	Evaluación. Aplicación del test que se aplicó antes de las capacitaciones.	Prácticas	15 min.	Refrigerios

DESARROLLO DEL PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 8

Tema: Utilidades, métodos de purificación e importancia del cuidado del agua.

Actividades iniciales. El taller de capacitación se inició a las 9:00 a.m., con el saludo de bienvenida y la explicación del porqué del tema que se va a tratar y qué relación tienen con el tema.

Actividades de motivación. Todos los participantes se sientan formando un círculo, y solo uno de ellos se queda en el centro. Conviene que haya algún elemento señalizador del asiento para evitar confusiones (silla, cojín, folio). El participante que se encuentra en el centro dice: *"El correo del rey trae carta para todos aquellos que"* (en este momento dice cualquier característica o acción que pueda cumplir alguno o todos los participantes). El referido o los referidos debe(n) cumplir la orden; por tanto, debe levantarse y cambiar de sitio; en este momento aprovecha para sentarse el que estaba de pie. Seguidamente, habrá un nuevo correo del rey, y así sucesivamente. Al final de la dinámica se realiza la reflexión respectiva.

Construcción del conocimiento. La actividad anterior fue primordial, ya que se enfocó en los temas cuyos conocimientos eran escasos y erróneos; lo que permitió alcanzar los objetivos planteados. En seguida se procedió a dar por clausurada la jornada de talleres. En este momento se recordó que se reflexione acerca de la importancia que revestía el hecho de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos, a fin de poder mejorar la calidad de vida haciendo un buen uso de las cosas que se poseen en el medio. De esta manera se evitarán las enfermedades. Todas las actividades finalizaron con una evaluación general.

Evaluación. Consistió en la aplicación del test que se aplicó al inicio de las capacitaciones; luego que se entregaron los cuestionarios, los niños y niñas se sirvieron el refrigerio.

ANEXO N° 3

Confiabilidad de la prueba piloto mediante la Prueba de Alfa de Crombach.

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen de procesamiento de los casos

		N°	%
Casos	Válidos	15	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	15	100,0

- i. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	N° de elementos
0,824	15

Alta confiabilidad que puede ser aplicada a un estudio superior.

ANEXO 4

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., madre de familia, identificada con DNI N° autorizo mi participación en el desarrollo del proyecto de investigación titulado: “Efectividad de un programa educativo con metodología interactiva en la salud nutricional de las madres atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral La Huaraclla. He sido informada sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos que se van a utilizar en la investigación pondrá en riesgo mi salud y bienestar.

También he sido informada que mis datos personales serán protegidos con absoluta discreción. Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a ser parte de dicha investigación que tenga lugar y que sea utilizada para cubrir los objetivos propuestos en el presente estudio.

Cajamarca,... de agosto de 2016

.....

Firma