

La mujer como eje de una experiencia comunitaria de educación nutricional

Gisela Pita¹

Consuelo Macías²

Annia Pérez³

Isabel Martín
González⁴

Graciela Serrano

Sintes⁵

Denia Reyes⁶

¹Doctora en Medicina
Especialista de II
Grado en Bioquímica
Clínica
Investigador Auxiliar
Instituto de Nutrición
e Higiene
de los Alimentos

²Doctora en Ciencias
Investigador Titular

³Doctora en Medicina
Especialista en I
Grado en Medicina
General Integral

⁴Licenciado Alimentos
Investigador Agregado

⁵Licenciado Alimentos
Especialista

⁶Técnico Laboratorio

Correspondencia:

Gisela Pita Rodríguez

E-mail:

gmpita@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: El médico de la familia, por constituir el eslabón primario de nuestro sistema de salud, debe jugar un papel importante en la educación de aspectos alimentario-nutricionales de la población que atiende. El objetivo de este trabajo es evaluar los logros alcanzados por un programa de educación nutricional con personas responsables de la alimentación familiar, puesto en marcha desde un consultorio del médico de la familia.

Materiales y métodos: Se ha diseñado un programa de educación nutricional dirigido a las personas responsables de la alimentación familiar. El programa se diseñó y se implementó desde un consultorio del médico de familia con el objetivo de incrementar los conocimientos generales para mejorar la alimentación, con énfasis en frutas y vegetales como fuentes de vitaminas.

Previamente se aplicaron encuestas para recoger en todos los participantes datos generales, fuentes de información sobre alimentación y conocimientos de alimentación y nutrición con énfasis en frutas y vegetales. Se recogió información cualitativa sobre conocimientos de alimentación del niño y el anciano por medio de grupos focales. Se diseñó el programa de actividades de educación a aplicar en la comunidad por los resultados obtenidos de las encuestas y los grupos focales, el tiempo propuesto fue de cuatro meses en el primer semestre del año 2000.

Resultados: La mitad de la población tenían menos de 44 años y el 79,2% un nivel de escolaridad medio o más, por lo que hizo factible el desarrollo del programa diseñado. En la primera encuesta prevaleció la transmisión familiar y ya en la encuesta final resultó ser el médico de la familia la principal fuente de información, manteniéndose en segundo lugar la transmisión familiar y en tercer lugar los medios masivos de comunicación. La identificación del nutriente principal con el alimento estuvo afectada por la falta de identificación de las leguminosas como fuente de proteína vegetal y los cereales como fuente de carbohidratos. Se logró un incremento significativo de los conocimientos con respecto a la proporción en la cual deben estar los alimentos en cada comida y la distribución de las comidas durante el día. Con relación particular de las frutas y los vegetales se incrementó significativamente el conocimiento de su aporte de fibra dietética y de manera no significativa su aporte de vitaminas y minerales. El porcentaje de respuestas calificadas

como bueno y excelente en la evaluación de los conocimientos aumentó significativamente al final de las actividades educativas. Se recomienda el desarrollo de programas académicos, dirigidos a la capacitación del personal de la salud (médicos y enfermeras) y trabajadores sociales, que puedan transmitir la información y cumplir la función educativa a los diferentes grupos vulnerables y particularmente a las personas responsables de la alimentación de la familia.

Palabras clave: Educación nutricional. Frutas y verduras. Atención primaria. Información nutricional.

Summary

Introduction: Family doctors as a first step in the Health Care System, should play an important role in the nutrition education of the public under their care. The objective of this paper is to evaluate the results achieved by a nutrition education programme addressed to persons responsible for family feeding implemented in a Primary Health Care setting.

Methods: A nutrition education programme addressed to people responsible for family feeding was designed. The program was designed and implemented in a Primary Health Care setting with the aim of increasing overall knowledge for a better nutrition. Fruits and vegetables as sources of vitamins in the diet was emphasized.

A previous survey was carried out, collecting data on sources of information about food and nutrition as well as knowledge in this field, with especial emphasis on fruits and vegetables. Qualitative information on knowledge about children and elderly nutrition by means of focus groups. On the basis of the results from this survey, the education program was designed to be implemented in the community. The program was implemented during four months in the first semester in 2000.

Results: Half the population was less than 44 years and 79,2% had achieved at least an intermediate level of education. This helped the implementation of the program. Results of the first survey showed that the family was the main source of nutrition information. After the intervention, the main source of information was the family physician. The family was the second main source followed by mass media. Poor knowledge of the content of vegetal protein in legumes and cereals as a source of carbohydrates affected

overall identification of main nutrients supplied by foods. Results showed a significant increase in knowledge about the proportion of foods in each meal and distribution of these during the day. Knowledge about the food value of fruits and vegetables regarding dietary fiber increased significantly, but not regarding the vitamin and mineral content. The proportion of answers classified as good or excellent for the overall evaluation of knowledge increased significantly.

Conclusion: Continuing education programs on nutrition education addressed to Primary Health Care workers (physicians, nurses) as well as social workers should be implemented. Primary Health Care people should be competent to undertake nutrition education responsibilities for vulnerable groups, and particularly for people responsible for the family feeding.

Key words: Nutrition education. Fruit and vegetables. Primary Health Care. Nutrition information.

Introducción

En los documentos de la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) organizada por la FAO y la OMS (Roma 1992), se reconoce la importancia de la comunicación y la educación en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de las enfermedades producidas por una ingestión insuficiente, excesiva o desequilibrada de alimentos¹.

Sobre la base de la CIN y como política nacional, en Cuba se desarrolla un Plan de Acción para la Nutrición que ha sido formulado de acuerdo a las condiciones económicas del país, con el objetivo global de elevar la producción de alimentos y lograr una distribución lo más equitativamente posible, garantizando una atención preferente a los grupos poblacionales más vulnerables. Este programa requiere de una sistemática y eficiente labor educativa dirigida a toda la población y ejecutada intersectorialmente por todos los miembros del equipo de salud, educadores y productores².

El médico de la familia, por constituir el eslabón primario de nuestro sistema de salud, debe jugar un papel importante en este tipo de actividades, orientando aspectos alimentario-nutricionales de la población que atiende. Dentro de sus actividades para la educación y promoción de la salud está la de llevar a cabo la vigilancia nutricional y garantizar la educación para la salud de su población³.

Por otra parte es bien reconocido el rol fundamental que tienen las mujeres en la alimentación de la familia y la creación de hábitos adecuados de alimentación. La mujer produce más del 50% de los alimentos del mundo y es la responsable de práctica-

mente todo el trabajo de preparación de los alimentos, sobre todo en los países en desarrollo. El procesamiento de los alimentos (almacenamiento adecuado, cocción, métodos de conservación para periodos largos de tiempo) contribuye a la seguridad alimentaria disminuyendo sus pérdidas, contribuyendo a la diversidad de la dieta y suministrando importantes vitaminas y minerales y por lo tanto asegura la buena nutrición y salud de su familia y transmite esos conocimientos a su descendencia^{4,5}.

El objetivo de este trabajo fue el incremento de los conocimientos generales de nutrición mediante educación alimentario-nutricional a las personas responsables de la alimentación familiar en un consultorio del médico de la familia.

Materiales y métodos

Se realizó la caracterización del grupo de estudio, perteneciente al consultorio médico N° 12 del Policlínico "Marcio Manduley", Centro Habana en el segundo semestre del año 1999. El programa se enfocó en el desarrollo de actividades de educación alimentario-nutricional a las mujeres responsables de la alimentación de los grupos vulnerables de niños pequeños y adultos mayores, pero al cual se invitó toda la comunidad a participar. El universo estaba compuesto por 131 familias, 36 de ellas tenían niños menores de 5 años, 23 con ancianos mayores de 65 años y 6 atendían ambos grupos, conformando un total de 65 familias sobre las cuales se comenzaría el trabajo.

Antes de desarrollar el trabajo se capacitó al médico de la familia de la comunidad en los aspectos de evaluación nutricional y educación para la salud.

Se aplicaron a todas las personas responsables de la alimentación de la familia de la comunidad, encuestas donde se recogieron datos generales de edad y nivel de escolaridad, fuentes de adquisición de la información sobre alimentación y conocimientos de alimentación y nutrición. En el nivel de escolaridad se tuvo en cuenta nivel terminado, excepto en el primario donde se consideró el hecho de no ser analfabeto y haber cursado algún grado aunque no hubiera concluido nivel.

La encuesta incluyó preguntas informativas y de conocimientos con énfasis en frutas y vegetales. Las preguntas de conocimientos se refirieron a los grupos básicos de alimentos, importancia de los diferentes nutrientes, proporción en la cual deben encontrarse diferentes alimentos en la dieta (alta o baja),

distribución de los alimentos durante el día (desayuno, almuerzo, comida y meriendas), identificación de nutrientes con los alimentos; importancia de las frutas y los vegetales, forma y frecuencia de consumo.

Las encuestas se evaluaron cuantitativamente en correspondencia con la cantidad de respuestas correctas: excelente (igual o más de 90% de las respuestas correctas), bueno (del 70 al 89% de las respuestas correctas), regular (del 50 al 69% de las respuestas correctas) y deficiente (menos del 50% de las respuestas correctas).

Se recogió información cualitativa sobre conocimientos de alimentación del niño y el anciano por medio de grupos focales. Se conformaron cuatro grupos: dos grupos de amas de casa, a cargo de niños menores de 5 años y de ancianos respectivamente; otros dos grupos de trabajadoras; a cargo también de niños pequeños y de ancianos.

Se diseñó el programa de actividades de educación a aplicar en la comunidad por los resultados obtenidos de las encuestas y los grupos focales. El tiempo propuesto fue de cuatro meses en el primer semestre del año 1997, con una frecuencia semanal presencial en grupo y continuado individualmente durante la semana por el médico. Se utilizaron las técnicas de:

1. Charlas participativas dirigidas por personal del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos y continuadas por el médico de la familia, acompañadas de demostraciones de alimentos preparados.
2. Propaganda escrita (plegables y folletos) distribuida a la comunidad y carteles colocados en sitios visibles (policlínico, centros de expendio de comestibles y medicamentos, consultorio médico) que fueron rotados semanalmente.

Ambas actividades abarcaron los temas:

- Conceptos básicos de nutrición
- Importancia de las frutas y los vegetales
- Alimentación del niño
- Alimentación del anciano.

Para el desarrollo de todas las actividades fueron incorporados líderes no formales de la comunidad (activistas de la Federación de Mujeres Cubanas y vecinos) y líderes formales (personal del Policlínico y centros de trabajo aledaños a la comunidad para reuniones y preparación de alimentos).

Al finalizar las actividades programadas se realizó de nuevo una encuesta de conocimientos que, en comparación con la inicial, sirvió para medir el cambio.

Para el análisis comparativo de los resultados se utilizó el programa de comparación de proporciones en *epitable*.

Resultados

El grupo inicial estuvo compuesto por 126 personas, la mayoría mujeres (96%). La media de la edad fue de 46,9 años con un intervalo de 16 a 86 años y el 44,3% eran trabajadoras. El 38% de estas personas atendían niños menores de 5 años y el 44,4% adultos mayores de 65 años.

La mitad de la población refirió un nivel de escolaridad nivel medio (23,2% secundaria, 20,8% técnico medio, 14,4% preuniversitario), la cuarta parte entre nivel primario y obrero calificado (primaria 20,0% y obrero calificado 14,4%) y el 16% tenía nivel universitario. La población que no culminó la enseñanza primaria fue de sólo del 0,8%.

La mitad de la población tenía menos de 44 años y el 79,2% un nivel de escolaridad medio o más, por lo que hizo factible el desarrollo del programa diseñado.

En la Tabla 1 se observan los porcentajes de personas que refieren las diferentes fuentes de adquisición de conocimientos de alimentación y nutrición (no excluyentes entre sí). En la primera encuesta prevaleció la transmisión familiar y ya en la encuesta final resultó ser el médico de la familia la principal fuente de información, manteniéndose en segundo lugar la transmisión familiar y en tercer lugar los medios masivos de comunicación.

La encuesta de conocimientos (Tabla 2) reflejó que el porcentaje de respuestas correctas sobre los grupos básicos de alimentos, la importancia de los diferentes nutrientes en la dieta y la identificación de los nutrientes con los alimentos al inicio y final de las actividades de educación no resultó diferente significativamente. La identificación del nutriente principal con el alimento estuvo afectada por la falta de identificación de las leguminosas como fuente de proteína vegetal y los cereales como fuente de carbohidratos.

Se logró un incremento significativo de los conocimientos con respecto a la proporción en la cual deben estar los alimentos en cada comida y la distribución de las comidas durante el día. En la primera encuesta el conocimiento que más se evidenció fue el consumo bajo de sal y las respuestas más desafortunadas estuvieron en relación con el consumo elevado de alimentos fritos, azúcar, aceite y alcohol.

Con relación particular de las frutas y los vegetales se incrementó significativamente el conocimiento de su aporte de fibra dietética y de manera no significativa su aporte de vitaminas y minerales.

En los grupos focales que se realizaron antes de comenzar las actividades educativas, se encontró el criterio generalizado en la población que el nutriente más importante era la proteína y se priorizaba su consumo, pero dentro de la proteína se le daba menos valor a la proveniente del huevo, pescado y pollo respecto a la de las carnes rojas y la leche. La distribución de los alimentos durante el día sólo se cumplía en las trabajadoras con niños pequeños y la comida ocupaba el lugar más importante. A pesar de que la población refirió que consume frutas y vegetales y que la ofrecen a su familia, no consideraron que eran alimentos tan importantes como las carnes y no priorizaban su consumo. Las frutas y vegetales principalmente consumidos por los niños eran los plátanos (vianda y fruta) el tomate y la naranja; los ancianos consumían principalmente el plátano vianda y el tomate.

El porcentaje de respuestas calificadas como bueno y excelente en la evaluación de los conocimientos aumentó significativamente (Tabla 3) al final de las actividades educativas.

Discusión

La evaluación nutricional de cualquier grupo de riesgo debe ser el paso inicial para poder conocer los

problemas de alimentación o socio-ambientales que pueden afectar la salud de la población⁶⁻⁸. A partir de estos resultados debe continuarse con la toma de medidas encaminadas a tratar de solucionar los problemas encontrados con los medios propios de la comunidad y con la dirección de personas responsables del sistema de salud. Por consiguiente, es lógico tratar de buscar estrategias para lograr que la población modifique las conductas no saludables y adopte aquellas que sean favorecedoras, con responsabilidad sobre su salud⁹.

La alta cantidad de respuestas correctas encontradas en las encuestas sobre la baja cantidad de sal que se debe consumir con los alimentos pudiera estar dada por las actividades educativas y de propaganda desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública con su relación a la hipertensión arterial, ya que este es uno de los factores sobre los cuales más insisten los médicos cuando tratan a sus pacientes hipertensos. Este resultado indica que cuando se aúnan esfuerzos y se desarrollan programas educativos donde estén involucrados diversos sectores inte-

Fuentes de información	Encuesta inicial % referido	Encuesta final % referido
Transmisión familiar	54	62
Medios masivos de comunicación	45	60
Revistas y libros	42	52
Médico de la familia	33	65
Ninguno	9	7

Tabla 1. Fuentes a partir de las cuales se obtuvo información de alimentación y nutrición en las personas responsables de la alimentación de la familia. Consultorio 12, Policlínico "Marcio Manduley" Centro Habana 2000

Preguntas generales de conocimiento	Porcentaje de respuestas correctas	
	Encuesta inicial n=126	Encuesta final n=70
Grupos básicos	47	47
Importancia de los diferentes nutrientes	67	67
Proporción de los alimentos en la comida	66	81*
Distribución de las comidas durante el día	52	70*
Identificación nutriente principal-alimento	40	51
Preguntas de frutas y vegetales		
- Importancia		
Aportan vitaminas y minerales	87	94
Suministran fibra dietética	33	57**
Adelgazan	26	19
- Oferta frecuente a la familia		
Frutas	76	80
Vegetales	65	71

*p<0,05; **p<0,01

Tabla 2. Resultados de las encuestas de conocimientos en las personas responsables de la alimentación de la familia. Consultorio 12, Policlínico "Marcio Manduley" Centro Habana 2000

Tabla 3.
Clasificación de acuerdo a la proporción de respuesta correctas de las encuestas realizadas a las personas responsables de la alimentación de la familia. Consultorio 12, Policlínico "Marcio Manduley" Centro Habana 2000

Calificación	Encuesta inicial %	Encuesta final %
Excelente (>90%)	1,6	6,0
Bueno (70-89%)	37,3	50,7
Regular (50-69%)	34,9	26,9
Mal (<50%)	26,2	16,4

resados, se obtienen logros que pueden ser medidos, en sus inicios como incremento de los conocimientos y finalmente en cambios de actitud y hábitos más saludables.

Diversos aspectos de la alimentación muy arraigados en la población, reflejados tanto en las encuestas como en los grupos focales, indican que hay que dedicar más tiempo a la educación nutricional, particularizando en este caso en la identificación adecuada de los nutrientes fundamentales que componen la leguminosas y los cereales.

La comida de la noche ocupa el lugar más importante en la distribución de los alimentos durante el día por ser el momento donde se puede reunir mayormente a la familia.

La información aportada por los grupos focales pone en evidencia que la población no lleva una dieta balanceada y no combina los grupos de alimentos. Existen limitaciones en cuanto a la variedad y cantidad del consumo de frutas y vegetales dadas por la preferencia, distribución y los costos lo que conduce a la selección de un pequeño número de frutas y vegetales.

Las estrategias de prevención y control de la malnutrición de micronutrientes se deben diseñar teniendo en cuenta la interacción del micronutriente, con el individuo o población y el entorno social, económico y cultural, de ahí que las estrategias de prevención y promoción de la salud se orienten a fortalecer hábitos y estilos de vida saludable, incluyendo mejores prácticas alimentarias y un comportamiento preventivo nutricional de la población¹⁰.

El trabajo de educación nutricional es difícil, arduo y requiere tiempo y dedicación. Para que se obtengan éxitos es necesario tener en cuenta múltiples aspectos, ya que si bien es conocido el papel de la dieta en la salud, el conocimiento por sí sólo no resulta suficiente para conseguir hábitos alimentarios adecuados, debido entre otros aspectos a la complejidad que supone la selección de los alimentos y al hecho de que la información por sí sola no conduce a cambios en la conducta^{9,11}.

Este trabajo realizado en tan corto período de tiempo evidenció la falta de conocimientos alimentarios nutricionales existentes en la población, el interés de

la comunidad por buscar soluciones alimentarias factibles que les permita mejorar su estado de salud y la falta de orientación por parte del personal de salud. Con estos resultados quedó demostrado que el médico de la familia y la enfermera constituyen buenos promotores de la educación para la salud de su comunidad, particularmente de la educación alimentaria y nutricional, por ser una figura con conocimientos y autoridad para ejercerla, que al interactuar con la mujer como pilar de la alimentación de la familia, promueve en su población estilos de vida saludables. En un trabajo realizado en las Islas Canarias se encontró que las fuentes de información más confiables eran los profesionales del sector de la salud como los médicos, los farmacéuticos y las enfermeras; y entre los medios de comunicación la televisión era la más valorada⁹.

En Cuba se han realizado diversos trabajos de educación nutricional a finales de la década del 80 y principios de los años 90, dirigidos al personal de la salud, embarazadas y escolares, en todos los casos sólo se tenía como objetivo incrementar los conocimientos de educación para ser aplicados y no se evaluaron cambios de conducta¹²⁻¹⁶.

Un trabajo de educación desarrollado en Estados Unidos por la fundación federal The Expanded Food and Nutrition Education Program (EFNEP) demostró el costo-beneficio que resulta la educación de la población en la selección de los alimentos y como con estas actividades se mejora la ingesta de nutrientes y por lo tanto el estado nutricional de las personas involucradas en el estudio¹⁷.

Se recomienda el desarrollo de programas académicos, dirigidos a la capacitación del personal de la salud (médicos y enfermeras) y trabajadores sociales, que puedan transmitir la información y cumplan la función educativa a los diferentes grupos vulnerables y particularmente a las personas responsables de la alimentación de la familia.

Bibliografía

1. *Nutrición y desarrollo: una evaluación mundial*. Conferencia Internacional de Nutrición, FAO/OMS. Roma, 1992;91-5.
2. Jordán Morales A. *Municipios productivos y seguridad alimentaria a nivel local*. XII Reunión Interamericana a nivel ministerial en salud y agricultura, OPS/OMS. San Pablo, Brasil 2001 mayo.
3. Pérez P, Garrido E, Baly M, Alvarez ME, Ramil J, et al. *Programa de atención médica integral a la familia*. Dirección Nacional de atención ambulatoria. Ministerio de Salud Pública 1988;7.

4. *Enfocando los Programas de Micronutrientes hacia las mujeres*. Opportunities for Micronutrient Interventions. Micronutrient Update. 1997 Julio.
5. Overview. *Rural women and food security: current situation and perspectives*. FAO, Rome 1998;7.
6. Sedó Masis P. *La atención nutricional y la promoción del bienestar del adulto mayor*. Disponible en: [http://www.readultosmayores.com.ar/docsPDF/ Bibliografia/ Salud%20y%20AM/latencionanutricional.pdf](http://www.readultosmayores.com.ar/docsPDF/Bibliografia/Salud%20y%20AM/latencionanutricional.pdf). Consultado: 6 de agosto 2003.
7. Macías C, Pita G, Pérez A, Rebozo J, Serrano G. Evaluación nutricional de niños de 1 a 5 años de edad en un consultorio médico de familia. *Rev Cubana de Aliem Nutr* 1999;13:85-90.
8. Pita G, Macías C, Pérez A, Serrano S, Rebozo J. Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores en un consultorio médico de familia. *Rev Cubana de Aliem Nutr* 1999;13:91-7.
9. *Conocimientos, opiniones y actitudes en relación con la alimentación y la nutrición*. ENCA 1997-1998. Vol 5. Disponible en: <http://www.gobcan.es/psc/enca/tomo5>. Consultado: 6 de agosto 2003.
10. Hernán Daza C. Malnutrición de micronutrientes. Estrategias de prevención y control. *Colomb Med* 2001; 32:95-8.
11. Molina V. *La efectividad de las intervenciones de educación alimentario-nutricional*. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Disponible en: http://www.bvssan.incap.org.gt/bvs_incap/publica/notas/notatec15.pdf. Consultado: 6 de agosto 2003.
12. Suárez A. *Programa de educación nutricional y en efecto en dos comunidades: urbana y rural*. Resultados de las investigaciones del Plan quinquenal 1986-1990 de los problemas principales de medicina de primera prioridad. *La nutrición y su influencia sobre la salud de la población*. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990 junio;83.
13. Fuillerat R, Jiménez S, Fernández I, Casals A, Díaz B, Fernández R, de Castro C. *Efectos del métodos de educación nutricional en el nivel primario de atención*. Resultados de las investigaciones del Plan quinquenal 1986-1990 de los problemas principales de medicina de primera prioridad. *La nutrición y su influencia sobre la salud de la población*. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990 junio;83.
14. Suárez A. *Nivel de conocimientos de nutrición en un grupo de trabajadores de la salud y evaluación de los resultados de un programa de educación nutricional dirigido a este personal*. Resultados de las investigaciones del Plan quinquenal 1986-1990 de los problemas principales de medicina de primera prioridad. *La nutrición y su influencia sobre la salud de la población*. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990 junio;83.
15. Valdespino F, Suárez A, Alferova L, Zulueta D. Una experiencia en la educación nutricional como parte del programa docente de escolares primarios. *Rev Cubana Alim Nutr* 1993;7:42-7.
16. Zulueta D, Valdespino F, Alferova L, Iñigo ME. Resultados de un programa de educación nutricional dirigido al equipo de atención primaria de salud. *Rev Cubana Alim Nutr* 1993;7:107-12.
17. Burney J, Haughton B. EFNEP: A nutrition program that demonstrates cost-benefit. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:39-45.

