

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CUBA

Ajete Careaga Susan Belkis*

*Universidad de Ciencias Médicas Artemisa, Cuba

Citation: Ajete Careaga SB. (2017) Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de las madres con niños de 6 a 24 meses en San Cristóbal, Artemisa, Cuba. Revista de Salud Pública y Nutrición, 16(4), 10-19.

Editor: Esteban G. Ramos Peña, Dr. CS., Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública, Monterrey Nuevo León, México.

Copyright: ©2017 Ajete Careaga SB. This is an open-access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution License [CC BY-ND 4.0], which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Email: susanb@infomed.sld.cu

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CUBA

Ajete Careaga Susan Belkis*

*Universidad de Ciencias Médicas Artemisa, Cuba

RESUMEN

Introducción: Los cuidados de nutrición durante los primeros años de vida son fundamentales para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad en San Cristóbal, Artemisa, 2015. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con 95 madres de niños entre 6 y 24 meses de edad, pertenecientes a las 13 áreas de salud de la localidad de San Cristóbal. Se aplicó el cuestionario diseñado y validado por el Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos para el Estudio Nacional sobre Hábitos y Prácticas Alimentarias de los niños menores de dos años. **Resultados:** Se encontró desconocimiento del valor nutritivo de las grasas (53,7%), y de los riesgos del consumo de gelatina (88,4%). El 80% de las madres utilizaba el biberón para alimentar a sus hijos, y el 71,6% ofrecía los alimentos mezclados. **Conclusiones:** No todas las madres tenían conocimientos adecuados sobre los alimentos que debían dar al niño a partir del primer año de vida. La mayoría mantuvo actitudes favorables y buenas prácticas durante la alimentación de sus hijos, con excepción del uso de biberón.

Palabras Clave: Conocimientos, actitudes, prácticas alimentarias

ABSTRACT

Introduction: The cares of nutrition during the first years of life are critical for optimal growth and development of the child. **Objective:** To evaluate the knowledge, attitudes and practices of mothers with children from 6 to 23 months of age in San Cristobal, Artemisa, 2015. **Methods:** A descriptive and transversal investigation was done with 95 mothers of children between 6 and 24 months of age, belonging to the 13 health areas of the town of San Cristobal. Questionnaire was designed and validated by the National Institute of Nutrition and Food Hygiene to the National Survey on Dietary Habits and Practices of children under the age of two years. **Results** There was a lack of knowledge of the nutritional value of fats (53.7%) and of the risks of gelatin consumption (88.4%). 80% of mothers used the bottle to feed their children, and 71.6% offered mixed foods. **Conclusions:** Not all mothers had adequate knowledge about foods that should give the child from the first year of life. The majority maintained favorable attitudes and good practices during the feeding of their children, except for the use of bottle.

Key Words: Knowledge, attitudes, feeding practices

Introducción

Los adultos son los responsables de alimentar y de enseñar a los menores hábitos y prácticas adecuadas de alimentación, siendo la madre en particular y los cuidadores en general, quienes determinan las pautas conductuales que más tarde adoptará el infante en relación a su alimentación.

Los hábitos y prácticas relacionadas con la alimentación dependen de las creencias, conocimientos, valores y costumbres de las familias, transmitidos a través de generaciones; y del contexto en el que se desarrollan las actividades relacionadas con el consumo de alimentos.

Numerosas investigaciones han demostrado que existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de las madres y cuidadores de los niños pequeños (Alvarado, Tabares, Delisle y Zunzunegui, 2005) (Scaglioni, Salvioni y Galimberti, 2008), (Macias, Rodríguez y Ronayne, 2013). La falta de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas llevan a que al menos 50% de las madres tengan prácticas de alimentación inadecuadas (Alarcón, García, Romero, y Cortés, 2008).

Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna y alimentación complementaria óptimas. Entre las medidas que ayudan a proteger, fomentar y apoyar buenas prácticas de alimentación destaca el apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

El Plan de Acción Mundial para la Nutrición, adoptado por los países en la I Conferencia Internacional sobre Nutrición, organizada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Mundial de la Salud en Roma en 1992, incluyó una sección titulada "Fomento de dietas y modos de vida sanos" en la cual los gobiernos fueron instados a proveer orientación al público elaborando guías alimentarias para diferentes grupos de edad y estilos de vida de las poblaciones de cada país

(Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 1992).

En el año 2010 se inició en Cuba la implementación de las Guías Alimentarias para niñas y niños cubanos hasta dos años edad. Las Guías Alimentarias facilitan una adecuada educación alimentaria y nutricional, permiten una mejor utilización de los alimentos y contribuyen al establecimiento de hábitos y preferencias alimentarias que tendrán repercusión en una vida adulta más saludable (Jiménez, Pineda, Sánchez, Rodríguez y Domínguez, 2009).

Para difundir los mensajes de las guías alimentarias se han distribuido materiales de estudio y promoción, entre los que se encuentran afiches, plegables, folletos para las madres y un documento técnico para los Grupos Básicos de Trabajo GBT de la Atención Primaria de Salud APS.

Se espera de la implementación de estas guías que se facilite la adecuada educación alimentaria y nutricional de las madres y sus familiares, sobre todo en lo concerniente a los niños menores de 2 años de edad, y que contribuyan a la formación de hábitos dietéticos correctos y preferencias alimentarias saludables.

En Cuba son escasos los reportes sobre el estado de cocimientos y las prácticas relacionadas con la alimentación de las madres y cuidadores de lactantes y niños pequeños. La evaluación de las guías alimentarias ha estado orientada más al proceso que a su impacto en la población objetivo.

Teniendo en cuenta estos aspectos unidos a que el sistema de salud cubano cuenta con las estructuras, instituciones, los especialistas capacitados y, por otra parte, la red de APS dispone de los folletos que brindan la información necesaria sobre el tema a los médicos y enfermeras de familia, y los medios de comunicación social permiten que estos mensajes lleguen a todos los niveles de la población, se considera necesario y oportuno evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad en la comunidad artemiseña de San Cristóbal durante el período 2014–2015.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, transversal realizado en la localidad de San Cristóbal, provincia Artemisa. La localidad de San Cristóbal es la cabecera del municipio homónimo, y reúne a 71,186 habitantes en un área geográfica de 934 kilómetros cuadrados. Fueron elegibles para ser incluidos en el presente estudio todas las madres con niños de 6 a 23 meses y 29 días pertenecientes a los 13 consultorios del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia atendidos por el Policlínico Docente “Camilo Cienfuegos” de la localidad de San Cristóbal. Entre los criterios de inclusión se tomó en cuenta asistencia a las consultas establecidas dentro del Programa de Atención Materno Infantil PAMI, entre los meses de noviembre de 2014 a marzo de 2015, madres con niños de edades entre 6 y 23 meses y 29 días (de uno u otro sexo), que estaban dispensarizados en cualquiera de los 13 consultorios de la localidad de análisis. Se excluyeron a las madres con niños que presentaron alguna condición que les impidiera una alimentación complementaria adecuada.

Evaluación nutricional: De cada niño de las madres encuestadas se obtuvieron los valores actuales de la talla y el peso corporal mediante procedimientos antropométricos estandarizados. El estado nutricional se calificó a partir de los indicadores antropométricos de Peso para la Edad, Talla para la Edad, y Peso para la Talla, utilizando los puntos de corte establecidos según las Referencias Cubanas de la Población Infantil (Esquivel y Rubí, 1989).

Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres: El estado de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias se registró mediante el cuestionario diseñado para el “Estudio Nacional sobre Hábitos y Prácticas Alimentarias de los lactantes y niños pequeños” (Rodríguez, Jiménez, Pineda, Quintana y Mustelier, 2011) que fue conducido y dirigido por el Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) en el año 2009. El cuestionario recogió datos relacionados con el conocimiento de las madres sobre los alimentos nutritivos para el niño, y los hábitos y costumbres alimentarias con relación a la preparación, higiene y conservación de los alimentos, así como la forma de ofrecérselos al niño. También se recogió información sobre la implementación de las guías alimentarias y la continuidad de la lactancia materna.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los datos sociodemográficos y los referentes a conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres encuestadas se asentaron en los formularios correspondientes, y se ingresaron en un contenedor digital creado con Excel para Office de Windows (Redmon, Virginia, Estados Unidos).

Se empleó el paquete de gestión estadística SPSS versión 11.0 (SPSS Inc., New York) para el tratamiento estadístico de los resultados. Los datos se redujeron hasta estadígrafos de locación (media), dispersión (desviación estándar) y agregación (frecuencias absolutas | relativas, porcentajes), según el tipo de la variable.

El conocimiento de las madres sobre los alimentos nutritivos para el niño se determinó según la distribución de los alimentos por categorías: nutritivo, no nutritivo y no sabe. Se obtuvo la proporción de madres según las categorías antes mencionadas para cada tipo de alimento.

La actitud de las madres con relación a la alimentación de sus hijos se describió a través de la forma de ofrecer los alimentos a los niños teniendo en cuenta el uso del biberón, la presentación de los alimentos en el plato, el reforzamiento positivo a través de la conversación, y la participación activa del niño en su propia alimentación. También se obtuvo la distribución de madres según la frecuencia con que premiaban, castigaban u obligaban al niño a comer.

Las prácticas alimentarias relacionadas con la preparación, higiene y conservación de los alimentos se caracterizaron según las frecuencias con que realizaban el lavado de las manos y de los alimentos antes de prepararlos o consumirlos, la conservación y protección de los alimentos listos para el consumo, el modo de cocción, y la calidad del agua de consumo y de elaboración de los alimentos. Para cada tipo de práctica se obtuvo la proporción de madres distribuidas según las frecuencias: siempre, nunca, en ocasiones.

La implementación de las guías alimentarias para el menor de dos años fue evaluada mediante la proporción de madres que conocían los mensajes de las guías. Para comprobar la veracidad de las

respuestas se preguntó a las madres sobre la edad de introducción de alimentos como frutas, pollo, hígado, pescado y frijoles, y sobre la continuidad de la lactancia materna después de iniciada la alimentación complementaria.

Resultados

Fueron elegibles para ser admitidas en esta investigación 115 madres con niños entre 6 y 23 meses y 29 días atendidos en las 13 áreas de salud identificadas en la localidad de San Cristóbal. De ellas, 95 (82,6%) quedaron incluidas finalmente en la serie de estudio.

Según la edad, las madres se distribuyeron de la manera siguiente: menores de 20: 6 (6,3%); entre 20 – 35: 76 (80%); mayores de 35: 6 (6,3%), según el nivel de escolaridad: Primaria: 1 (1.05%); Secundaria: 7 (7,4%); Medio superior: 54 (56,8%); Superior: 34 (35,8%), según la ocupación: Trabajadoras: 58 (61,1%); Ama de casa: 33 (34,7%); Estudiantes: 4 (4,2%).

El 16,3% de los niños presentó valores de la talla para edad menores del percentil 10, 79,3% talla normal ($\geq 10 < 90$ p) y el 4,3% talla elevada (≥ 90 p) según el sexo y la edad. Por otro lado, solo el 27,2% de los niños mostró valores del peso corporal apropiados, mientras que los valores del peso eran menores del percentil 10 en el 1,1% de ellos, en otro 76,1% el peso superó el percentil 90. La obesidad (dada por un valor del peso corporal $>$ percentil 97) afectó a más de la mitad de los niños de las madres participantes del estudio.

Los conocimientos que poseen las madres sobre los alimentos nutritivamente adecuados para ofrecerle al niño a partir del primer año de edad se muestran en la Tabla 1. La gran mayoría de las madres encuestadas coinciden en que las frutas, vegetales, carnes, leche y frijoles constituyen alimentos nutritivos para brindar a sus hijos a partir del primer año de edad. Sin embargo, más de la mitad de las participantes en el estudio coinciden en que la gelatina es nutritiva, y un porcentaje considerable ubicó también a los refrescos dentro de esta categoría.

Tabla 1. Distribución de las madres (porcentajes) según los conocimientos sobre los alimentos nutritivos

| Alimentos | Nutritivo | No nutritivo | No sabe |
|-----------|-----------|--------------|---------|
| Frutas | 100.0 | 0.0 | 0.0 |
| Leche | 100.0 | 0.0 | 0.0 |
| Viandas | 97.9 | 1.1 | 1.1 |
| Carnes | 97.9 | 2.1 | 0.0 |
| Vegetales | 94.7 | 2.1 | 3.2 |
| Frijoles | 90.5 | 5.3 | 4.2 |
| Cereales | 87.4 | 4.2 | 8.4 |
| Huevo | 87.4 | 12.6 | 0.0 |
| Gelatina | 86.3 | 11.6 | 2.1 |
| Pescado | 75.8 | 18.9 | 5.3 |
| Hígado | 67.4 | 22.1 | 10.5 |
| Grasas | 46.3 | 47.4 | 6.3 |
| Refrescos | 36.8 | 55.8 | 7.4 |
| Embutido | 22.1 | 65.3 | 12.6 |
| Golosinas | 12.6 | 76.8 | 10.5 |

Fuente: Encuesta. N=115

La Tabla 2 muestra las actitudes y prácticas de las madres relacionadas con la forma de ofrecer los alimentos a sus hijos. La práctica del biberón continúa siendo relevante en este grupo de edad, así como el ofrecer los alimentos de una misma comida mezclados en un solo plato. Las medidas higiénicas practicadas por las madres para garantizar la higiene en la preparación de los alimentos, con excepción del lavado de las manos, fueron aplicadas por la gran mayoría según las normas establecidas internacionalmente en lo referente a la inocuidad de los alimentos. Solo el 76% de las madres refieren tener disponibilidad continua de agua potable.

Tabla 2. Distribución* de las madres según frecuencia de actitudes y prácticas en relación a la alimentación de sus hijos

| | Siempre | Nunca | Ocasional |
|--|---------|-------|-----------|
| Actitudes | | | |
| Conversa con el niño | 89.5 | 3.2 | 7.4 |
| Uso del biberón | 71.6 | 23 | 8.4 |
| Lo deja que participe | 64.2 | 14.7 | 21.1 |
| Alimentos mezclados | 17.9 | 28.4 | 53.7 |
| Lo premia con golosinas | 8.4 | 84.2 | 7.4 |
| Lo obliga a comer | 3.2 | 88.4 | 8.4 |
| Lo castiga si no come | 1.1 | 97.9 | 1.1 |
| Prácticas higiénicas | | | |
| Lava los alimentos | 98.9 | 0 | 1.1 |
| Tapa los alimentos cocinados | 97.9 | 0 | 2.1 |
| Conerva los alimentos en refrigeración | 96.8 | 1.1 | 2.1 |
| Se lava las manos | 92.6 | 0 | 7.4 |
| Hierve el agua de tomar | 91.6 | 4.2 | 4.2 |
| Lava las manos del niño | 67.4 | 8.4 | 24.2 |
| Ofrece alimentos crudos | 8.4 | 81.1 | 10.5 |
| Disponibilidad de agua potable y continua | 77.6 | 1.1 | 21.3 |

Fuente: Encuesta. N=95

* En porcentaje

El 82,11 % de las madres encuestadas no conocían los mensajes de las Guías Alimentarias para las niñas y niños cubanos hasta dos años de edad, aunque todas conocían el esquema de alimentación complementaria, a partir de la visualización en el Carnet de Salud Infantil. Sin embargo, todas las participantes en el estudio presentaron dificultades cuando se les preguntó sobre la edad de introducción de determinados alimentos y sobre la continuidad de la lactancia materna. La mediana de duración de la lactancia materna, en este caso, fue de 10 meses.

Discusión

Los resultados obtenidos mostraron que no todas las madres tenían el conocimiento adecuado sobre el tipo de alimentos que debían dar al niño a partir del primer año de vida.

El 32,6% y el 24,2% de las madres, respectivamente, desconocían el valor nutritivo de alimentos como el hígado y el pescado. Mientras que un 34,7% mostró desconocimiento sobre los riesgos que conlleva el consumo de embutidos en los niños pequeños.

El hígado y el pescado constituyen una fuente importante de hierro hemático, de fácil asimilación, que se deben introducir en la alimentación infantil a partir de los 8 meses de vida, para ayudar a prevenir la anemia por deficiencia de hierro (Jiménez, Pita, Padrón, 2009). El pescado contiene, además, los ácidos grasos eicosapentaenoico (EPA) y docosahexaenoico (DHA), ácidos grasos esenciales con funciones específicas en el desarrollo del Sistema Nervioso Central y para la prevención de enfermedades cardiovasculares (Gill, 1997) (García y García, 2011).

Por otra parte, el consumo frecuente de productos cárnicos curados, en este caso de embutidos, no solo es inconveniente desde el punto de vista nutricional debido a la alta ingestión de grasas y especialmente de sal que facilitan la hiperlipidemia y la hipertensión arterial sino también por el peligro toxicológico que representa la ingestión excesiva de nitrito y con ello la potencial formación de compuestos con propiedades carcinogénicas como las nitrosaminas y nitrosamidas, tanto en los productos cárnicos ahumados y embutidos, como dentro de tracto gastrointestinal (García y García, 2011).

Más de la mitad de las madres, 53,7 %, desconocía el valor nutritivo de las grasas en general. Si bien es cierto que es el nutriente para el cual resulta más evidente la necesidad de mantener un estricto equilibrio entre sus requerimientos orgánicos y su ingesta, es de señalar que posee numerosas funciones relevantes. Los lípidos provenientes de la dieta constituyen la principal forma de almacenamiento de energía en el organismo, mantienen la estructura y funcionalidad de las membranas celulares, preservan la temperatura corporal evitando la pérdida de calor hacia el medio, contribuyen al sostén y protección de órganos ante traumas físicos y ejercen acciones específicas (hormonas, vitaminas, ácidos biliares, eicosanoides). Desde el punto de vista energético son los nutrientes más específicos. Por tanto el consumo de grasas alimenticias debe contribuir a satisfacer las necesidades energéticas, así como ser suficiente para dar respuesta a los requerimientos de ácidos grasos esenciales y de vitaminas liposolubles (Food Agricultural Organization (FAO), 1994).

Alimentos como la gelatina y el refresco causan especial preocupación debido al elevado porcentaje de madres que los consideran como nutritivos para ofrecérselos a sus hijos, 86,3% y 36,8%, respectivamente. Ambos productos representan un consumo importante de azúcar de forma indirecta. El azúcar se considera un producto "psicoactivo" que puede crear toxicidad-dependencia alimentaria. También se ha asociado con hiperactividad, falta de concentración y hasta con agresividad. Propicia el agotamiento de las vitaminas del complejo B y de minerales como el magnesio y el cromo. Al producir una mayor demanda de insulina y favorecer además la producción de colesterol "malo" y triglicéridos, y mayores depósitos de grasa en hígado y otros órganos, se ha asociado clásicamente a la diabetes mellitus, la obesidad y las enfermedades cardio y cerebrovasculares. La acidificación metabólica que provoca se relaciona con la osteoporosis y algunos tipos de cáncer (Porras, 2011).

Además de la inconveniencia nutricional del consumo frecuente de refrescos y gelatinas saborizadas, por la alta ingestión de azúcar y su carencia de nutrientes beneficiosos a la salud, se ha considerado la posibilidad de un peligro toxicológico potencial debido al uso de benzoato de sodio como aditivo conservador, el cual en presencia de ácido ascórbico y en determinadas condiciones favorece la

formación de benceno, un conocido cancerígeno (Porrata, 2011) (García y García, 2011).

Lo encontrado hasta aquí refleja que hay que continuar en la búsqueda de planes y estrategias de comunicación más efectivas que integren a los distintos sectores relacionados con la alimentación y la nutrición, con el fin de aumentar los conocimientos de las madres y cuidadores en general y lograr de esta manera una mejor adhesión a los mensajes de las guías alimentarias para el menor de dos años.

Está demostrado que la difusión de información por sí misma no conlleva al cambio de comportamiento. Para lograr la adopción de conductas alimentarias saludables se requieren estrategias integrales de implementación que contemplen la reproducción de materiales educativos como uno de sus componentes, pero no como el único.

La alimentación complementaria óptima está relacionada no solo con el que se come sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño. Las prácticas de los adultos responsables de la preparación de los alimentos son esenciales para contribuir no sólo a un estado nutricional favorable en los niños pequeños sino también a la formación de hábitos correctos de alimentación desde la más temprana edad (Sánchez, 2004).

Es importante que se le facilite al niño la posibilidad de poder experimentar con diversas combinaciones de sabores y texturas. La mayoría de las madres encuestadas, 71,6 %, ofrecía alimentos mezclados a sus hijos. Se debe introducir un alimento a la vez con el fin de que el niño identifique su sabor, olor, color y consistencia particular. Para que el niño acepte el nuevo alimento, no se deben mezclar los sabores. El niño debe aprender a identificar el sabor real de los alimentos ofrecidos (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2003).

El 89,5 % de las madres encuestadas conversa siempre con el niño durante su alimentación. Sin embargo, algunas madres refirieron que tenían que entretener mucho a sus hijos para lograr alimentarlos. Las aventuras y el entretenimiento en el tiempo propician y empeoran la inapetencia. Durante la alimentación del niño se deben realizar valoraciones positivas de los alimentos que lo estimulen a comer (Scaglioni et al., 2008).

Un ambiente agradable estimula en el niño una actitud favorable hacia la alimentación. La mayoría de las madres encuestadas no castigaban ni obligaban al niño a comer, 97,9 % y 88,4 %, respectivamente. Aunque el 11,6 % sí ejercían cierta presión durante la alimentación de sus hijos, lo cual con el tiempo puede favorecer el desarrollo de conductas inapropiadas en relación a los alimentos. El ambiente en la mesa debe ser tranquilo y libre de prisa, ansiedad o disgustos. Si el niño no quiere comer, el resto de la familia debe seguir comiendo sin darle mayor importancia. Un niño sano come sin forzarlo cuando tiene hambre y no debe ser motivo de preocupación si en un momento dado no quiere comer.

Comer es un proceso natural y no debe ser asociado con otro sentimiento. El 84,2 % de las madres no utilizaba golosinas como premio para estimular a sus hijos a comer. Sin embargo, se encontró una baja proporción de madres, 15,8 %, que sí ejercían presión sobre la alimentación de sus hijos utilizando esta alternativa poco saludable. Nunca deben utilizarse los alimentos como premio o castigo (Scaglioni et al., 2008) (OPS, 2003).

Se recomienda que cuando el niño sea capaz de comer solo, se le dé su propio plato. Se encontró que el 35,8 % de las madres encuestadas limitaba la participación del niño en su propia alimentación afectando así el proceso normal de aprendizaje y familiarización con el acto de comer. Al inicio es lógico que derrame parte de la comida o se manche la ropa, pero no debe reprimírselle ni impedirle hacerlo pues le quita la iniciativa de comer solo.

En la alimentación del niño siempre se debe usar vaso o taza y cuchara y no el biberón, el cual debe ser eliminado totalmente (Victora, Tomasi, Olinto y Barros, 1993). La alimentación con biberón es aún prevalente en Cuba. El 71,6 % de las madres encuestadas utilizaban siempre el biberón para ofrecer líquidos y papillas suaves a sus hijos. La Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2010-2011, conocida por sus siglas en inglés como MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) y realizada en Cuba por la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública mostró que el 70 % de los niños en Cuba eran alimentados con el biberón (Dirección Nacional de Registros Médicos y

Estadísticas de Salud DNRMES y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2012). Sin embargo, según datos publicados de la última MICS, realizada en Cuba en 2014, la proporción de niñas y niños alimentados con un biberón aumentó con la edad hasta alcanzar 83 % entre los 12 y 23 meses de vida (DNRMES, 2015).

Estudios en países de Latinoamérica como Perú (Carrasco, Villena, Pachas y Sánchez, 2009), Colombia (Alvarado et al. 2005), y Argentina (Macias, et al. 2013) mostraron que al menos el 50% de las madres usó alguna vez el biberón para alimentar a sus hijos, siendo la edad de 12 a 23 meses la más frecuente para esta práctica en la Región.

El uso del biberón no es una práctica segura ni higiénica, ya que atenta contra la salud de los niños al aumentar el riesgo de enfermedades. También puede deformarle el paladar y desarrollar dientes más salientes (Montaldo, Montaldo, Cuccaro, Caramico y Minervini, 2011). Además, daña la práctica de la lactancia materna ya que ofrece una relativa facilidad para la alimentación. El uso de la taza o vaso contribuyen al aprendizaje y desarrollo del niño, son de más fácil limpieza, por lo que no permiten que crezcan o se reproduzcan bacterias, no interfieren con la succión del bebé, permiten que el bebé tome sólo lo que él demanda, favorece un contacto más afectivo con el cuidador que lo alimenta y le ayuda a aprender a controlar la muñeca de la mano ya que debe llevar la taza a la boca en posición horizontal y luego inclinarla (Jiménez, 2014).

La alimentación tiene como propósito el aporte de los nutrientes en alimentos, que no contengan agentes físicos, químicos o biológicos en cantidades tales que puedan causar enfermedades. Estos alimentos son calificados como inocuos y para obtenerlos se deben cumplir las 5 Reglas de Oro de la Higiene de los Alimentos recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (Caballero, 2004).

La falta de higiene personal se asocia a una serie de enfermedades trasmisibles, como las diarreicas, las respiratorias agudas y la poliomielitis, y son factores determinantes del retraso del crecimiento. El lavado de manos con agua y jabón es la intervención de salud más eficaz, en función de los costos y la efectividad, para reducir la incidencia de la diarrea

aguda, así como de la neumonía en niños y niñas menores de cinco años (Cairncross y Valdmanis, 2006).

La mayoría de las madres encuestadas, 92,6 %, lavaba siempre sus manos antes de preparar los alimentos, mientras que el 7,4 % lo hacía sólo en ocasiones. Los agentes etiológicos responsables de las enfermedades transmitidas por los alimentos son llevados de una parte a otra por las manos, utensilios, recipientes, ropa, paños de limpieza, agarraderas y cualquier otro elemento sin la higiene adecuada. Las manos y las superficies que contactan con los alimentos deben mantenerse siempre limpias ya que un simple contacto puede contaminarlos (Morejón y Cardona, 2011).

Se encontró, además, que al 32,6 % de los niños no siempre se les lavaba las manos antes de comer. Durante la entrevista algunas madres refirieron no lavarles las manos a sus niños antes de comer porque todavía no caminaban y no se ensuciaban las manos o porque todavía no comían solos. Los bebés, aunque no caminen, tocan objetos y juguetes que pueden no estar lo suficientemente limpios y llevarse las manos a la boca o tocar los alimentos mientras comen. Es por ello que siempre se deben lavar las manos con agua y jabón antes y después de comer, y después de ir al baño (OMS, 2009).

Esta práctica puede verse afectada por el hecho de que el 22,4 % de los hogares de las madres encuestadas no dispone siempre de agua potable de manera continua, lo que complejiza el lavado de las manos frecuentemente. La disponibilidad de agua en la vivienda facilita su mayor uso, mejor higiene y mejores condiciones de salud.

Los microorganismos patógenos pueden estar presentes en los alimentos crudos sin signo alguno de deterioro. Según los resultados de la encuesta la mayoría de las madres tapaba los alimentos una vez cocidos y los conservaba en refrigeración. Sin embargo, el 8,4 % siempre ofrecía algún alimento crudo (por ejemplo, yema de huevo blanda) a sus hijos, y el 10,5 % en ocasiones. Esto significa que el 18,9 % de las madres exponían a sus hijos a la posible presencia de agentes etiológicos causantes de enfermedades transmitidas por los alimentos. Es necesario, por ello, cocinar de forma total los alimentos, especialmente carnes, pollo, huevos y

pescado. La correcta cocción destruye casi todos los organismos patógenos (Caballero, 2004) (OMS, 2009).

La calidad del agua es otro aspecto que hay que vigilar con especial cuidado. La gran mayoría de las madres, 91,6 %, hervía siempre el agua de tomar. El 8,4 % restante utilizaba hipoclorito de sodio al 1 % o compraba agua embotellada destilada. Sin embargo, ninguna de estas prácticas es completamente eficaz ni segura, ya que en ambas, pueden permanecer bacterias, virus y parásitos resistentes a estos tipos de tratamientos. Lo ideal es hervir el agua de consumo durante 10 minutos (Morejón, 2011) (OMS, 2009). Es fundamental que el equipo de salud promueva los mensajes de las Guías Alimentarias para las niñas y niños hasta 2 años de edad desde el primer contacto con las embarazadas. Los materiales de apoyo como folletos, plegables, afiches y demás, son esenciales para aumentar los conocimientos de las madres y cuidadores en general sobre la alimentación adecuada de los lactantes y niños pequeños y lograr una mejor adhesión a los mensajes ofrecidos en las guías alimentarias.

Las madres encuestadas amamantaron a sus hijos como media hasta los 10 meses de edad. Este resultado se corresponde con el encontrado en la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados realizada en Cuba en 2014, la cual mostró que la mediana de duración de la lactancia materna en los niños menores de tres años fue de 10,5 meses (DNRMES, 2015).

Los factores que se han asociado con el abandono de la lactancia materna son diversos y difieren de acuerdo con el sitio de residencia y las características socioeconómicas y culturales de la madre (Calvo, 2009). Este descenso de la proporción de niños amamantados a medida que avanza la edad puede deberse a la incorporación de la madre al trabajo, al mantenerse alejadas de sus pequeños por tiempos prolongados y carecer de facilidades laborales que les permitan compaginar la lactancia con el trabajo.

En Cuba las regulaciones sobre licencia de maternidad protegen a la mujer durante el primer año de vida, después de ese tiempo debe incorporarse al trabajo (Consejo de Estado de la República de Cuba, 2003). Sin embargo, muchas mujeres desconocen que durante la jornada laboral pueden ir a lactar a sus

hijos, y no hacen valer por tanto este derecho. Aunque, a pesar de las reglamentaciones establecidas, no se puede obviar que en muchos casos se complejiza este hecho debido a la lejanía del centro de trabajo y las dificultades para trasladarse de un lugar a otro.

Los resultados de la encuesta mostraron que sólo el 18 % de las madres conocían los mensajes de las Guías Alimentarias para el menor de 2 años, el resto conocía sólo el esquema de alimentación complementaria. Sin embargo, todas mostraron dificultades cuando se les comprobó la edad de introducción de alimentos como frutas, vegetales, pollo, hígado, pescado y frijoles.

Estos resultados ponen en evidencia las deficiencias tanto en los servicios de salud como en el programa de implementación de las Guías Alimentarias para el menor de 2 años en la localidad.

Conclusiones

No todas las madres tenían los conocimientos adecuados sobre los alimentos que debían dar al niño a partir del primer año de vida. Más de la mitad desconocía el valor nutritivo de las grasas y los riesgos que ocasiona el consumo de productos altos en azúcar. La mayoría mantuvo actitudes favorables y buenas prácticas durante la preparación y conservación de los alimentos. El uso del biberón y los alimentos mezclados mostraron los mayores porcentajes. Estos hallazgos demuestran que es necesario fortalecer el Programa de Implementación de las Guías Alimentarias para los niños menores de dos años en la localidad artemiseña de San Cristóbal.

Bibliografía

Alarcón, M., García, J., Romero, P., y Cortés, A. (2008). Prácticas alimentarias: relación con el consumo y estado nutricio infantil. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 9(2). Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/iew/212/194>

Alvarado, B.E., Tabares, R.E., Delisle, H., Zunzunegui, M.V. (2005). Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. *ALAN*, 55(1), 55-63. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853511.pdf>

Bruckner, H. (2002). *Lactar es amar*. La Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica

Butte, N.F., López, M.G., Garza, C. (2002). *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Geneva: World Health Organization (WHO). Recuperado de <http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/42519/1/9241562110.pdf>

Caballero, A. (2004). Guía didáctica para impartir educación sanitaria en higiene de los alimentos. En: R. Sánchez Ed., *Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos: manual de capacitación* (pp. 99- 101). La Habana, Cuba: INHA. Recuperado de <https://issuu.com/cuba.nutrinet.org/docs/manualnutricion>

Cairncross, S.y Valdmanis, V. (2006). Water supply, sanitation and hygiene promotion. In Jameson et al. (Eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd Edition Chapter 41*. The World Bank: World Health Organization. Recuperado de www.who.int/surgery/challenges/disease-control-priorities.pdf

Calvo, C. (2009). Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 8(15). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745766.pdf>

Carrasco, M.L., Villena, R.S., Pachas, F.M., y Sánchez Y.D. (2009). Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. *Rev Estomatol Herediana*, 19(2), 83-90. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1826>

Consejo de Estado de República de Cuba. (2003). Decreto Ley número 234 “De la Maternidad de la Trabajadora”, La Habana: Cuba. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/dl-234-2003.pdf>

Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (DNRMES). (2015). *Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados Cuba 2014*. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Recuperado de <https://www.unicef.org/cuba/mics5-2014-cuba.pdf>

Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. (2012). *Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados Cuba 2010/11*. La Habana, Cuba: MINSAP. Recuperado de

<http://www.files.sld.cu/dne/files/2012/05/encuesta-de-indicadores-multiples-e.pdf>

Esquivel M, Rubí A. Valores de peso para la talla en niños y adolescentes de 0 a 19 años. Cuba, 1982. Rev Cubana Pediatr 1989;61:833-48.

Food Agricultural Organization (FAO). (1994). Fats and oils in human nutrition. Report of a joint expert consultation. *Food and Nutrition Paper 57*. Rome: FAO-OMS

García, M.O., y García, G. (2011). El consumo frecuente de productos cárnicos curados puede constituir un riesgo toxicológico. En: INH. (Ed.), *Alimentación, nutrición y salud* (pp.220). La Habana, Cuba: Cámara del Libro. doi: 10.13140/2.1.2186.7841

Gigato, E. (2015). La anemia ferropénica. Diagnóstico, tratamiento y prevención. *RCAN Rev Cubana AlimentNutr*, 25(2), 371-89. Recuperado de http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rCAN/articul_e/view/140/138

Gill HC. (1997). Childhood nutrition and adult cardiovascular disease. *Nut Reviews oxford journal*, 55(1), 2-11. Recuperado de <http://nutritionreviews.oxfordjournals.org/content/55/1/S2>

Jiménez, S. (2014). *SOS ¿Por qué llora el niño?: Guía de alimentación de 0 a 2 años*. Barcelona, España: Ediciones Selvi. Recuperado de <https://www.agapea.com/Santa-M-Jimenez-Acosta/SOS-Por-que-lloran-los-ninos-guia-de-nutricion-de-0-a-2-anos-9788494219405-i.htm>

Jiménez, S., Pita, G., Padrón, M. (2009). *La anemia por deficiencia de hierro: aspectos generales para su prevención y control*. La Habana, Cuba: PMA. Recuperado de <https://issuu.com/cuba.nutrinet.org/docs/manualequipo>

Jiménez, S.M., Pineda, S., Sánchez, R., Rodríguez, A., Domínguez, Y. (2009). *Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad*. Ciudad de La Habana, Cuba: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recuperado de www.fao.org/3/aa865s.pdf

Jiménez, S.M., Rodríguez, A., y Díaz M.E. (2013). La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr*, 23(2), 297-308. Recuperado de http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_23_2/RCA_N_Vol_23_2_Pages_297_308.htm

Macias, S.M., Rodríguez, S., Ronayne, P.A. (2013). Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. *Rev. chil. Nutr.*, 40(3), 235-242. Recuperado de www.scielo.cl/pdf/rchnut/v40n3/art04.pdf

Montaldo, L., Montaldo, P., Cuccaro, P., Caramico, N., Minervini, G. (2011). Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. *Int J Paediatric Dentistry*, 21, 68-73. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20659177>

Morejón, P., Cardona, M. (2011). Consejería sobre medidas higiénicas para garantizar la inocuidad de los alimentos en el entorno familiar. En: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos INHA (Ed.), *Consejería en alimentación y nutrición Manual de apoyo* (pp.119- 127). Ciudad de La Habana, Cuba: Molinos Trade SA. Recuperado de <http://files.sld.cu/higieneepidemiologia/files/.../consejeria-en-alimentacion-y-nutricion.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2014). *El estado de las guías alimentarias basadas en alimentos en América Latina y el Caribe*. Roma: FAO. Recuperado de www.fao.org/3/a-i3677s.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: Duración óptima de la lactancia*, (A54/INF.DOC./4). Recuperado de http://www.apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54_sa54id4.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*, nota descriptiva No. 342. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *10 datos sobre la inocuidad de los alimentos*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/food_safety/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Unidad de Nutrición, Salud de la familia y Comunidad*. Washington DC: OPS. Recuperado de www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf

Porrata, C. (2011). Principales grupos de alimentos para el ser humano: Azúcar. En: INH. (Ed.), *Alimentación, nutrición y salud* (pp.32-33). La Habana, Cuba: Cámara del Libro. doi: 10.13140/2.1.2186.7841

Rodríguez, A., Jiménez, S., Pineda, S., Quintana, I. y Mustelier, H. (2011). Lactancia materna y prácticas alimentarias en niñas y niños menores de dos años de edad en Cuba. *Rev Esp Nutr Comunitaria*; 17(1), 13-19. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/ibc-131406>

Sánchez, R. (2004). La cultura alimentaria y la formación de hábitos alimentarios saludables desde etapas tempranas de la vida. En: R. Sánchez. (Ed.), *Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos: Manual de capacitación* (pp. 119-127). La Habana, Cuba: PM.A. Recuperado de <https://issuu.com/cuba.nutrinet.org/docs/manualnutrion>

Scaglioni, S., Salvioni, M., Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British J Nutr.*, 99(1supl), 22-25. doi: 10.1017/S0007114508892471.

Tojo, R., Leis, R. (2013). Situaciones fisiológicas y etapas de la vida, edad infantil. En G. Varela Ed., *Libro blanco de la nutrición en España* (pp.55-63). España: Fundación Española de la Nutrición (FEN). Recuperado de <http://www.fen.org.es/index.php/actividades/publicacion/libro-blanco-de-la-nutricion-en-espana>

Victora, C.G., Tomasi, E., Olinto, M.T.A., Barros, F.C.D. (1993). Use of pacifiers and breastfeeding duration. *The Lancet*, 341(8842), 404-6.

WHO Working Group on Infant Growth. (1995). An evaluation of infant growth: The use and interpretation of anthropometry in infants. *Bulletin World Health Org.*, 73, 165-74.

World Health Organization Working Group. (1986). Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bulletin World Health Org.*, 64, 929-41.