

Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa

ESTADO DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS MENORES DE DOS AÑOS EN LA COMUNIDAD ARTEMISEÑA DE SAN CRISTÓBAL

Susan Belkis Ajete Careaga^{1¶}, Santa Magaly Jiménez Acosta^{2§}.

RESUMEN

Introducción: La alimentación adecuada de los menores de 2 años de edad es esencial para la supervivencia infantil y el fomento de crecimiento y desarrollo saludables. Una nutrición óptima durante este ciclo vital reduce tanto la morbi-mortalidad como el riesgo de aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en edades posteriores. **Objetivo:** Evaluar las prácticas alimentarias de los menores de dos años de edad que viven sin restricciones en la localidad de San Cristóbal (Artemisa, Cuba). **Diseño del estudio:** Descriptivo, transversal. **Serie de estudio:** Ciento cincuenta niños de uno u otro sexo, con edades comprendidas entre 0 y 23 meses y 29 días de edad, dispensarizados en los 13 consultorios atendidos por el Policlínico Docente “Camilo Cienfuegos”(San Cristóbal, Artemisa), entre Noviembre del 2014 y Marzo del 2015. **Material y método:** Se administró el cuestionario empleado en el “Estudio Nacional sobre Hábitos y Prácticas Alimentarias de los lactantes y niños pequeños” (Cuba, 2008). Se obtuvieron los indicadores definidos globalmente para evaluar las prácticas alimentarias de los menores de dos años. **Resultados:** La prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida fue del 27.3%. Esta cifra aumentó hasta ser del 34.5% cuando se consideró el suministro de vitaminas, minerales y sueros de rehidratación oral junto con la LME. El 88% de los niños fueron amamantados durante la primera hora de vida. En el 30.9% de los menores de 5 meses de vida predominó la lactancia materna acompañada de lactancia artificial. La lactancia materna continuada al año y a los dos años de edad fue del 25.0% y el 11.0%, respectivamente. En el 54.6% de los niños menores de 6 meses se introdujo algún alimento de diversa textura (incluyendo leche artificial) antes de la edad óptima para ello. El 71.6% de los niños con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días siempre consumió algún alimento con ayuda del biberón. Los cereales y las frutas (64.2% de los niños incluidos en este grupo etario), las carnes, el huevo y las leguminosas (77.3%), la leche (77.9%), y los aceites y las grasas (81.1%) fueron consumidos entre 6 – 7 veces a la semana por más del 60% de los niños examinados. Por el contrario, las frutas (49.5%), los vegetales (30.5%), y los azúcares y los dulces (53.7%) no fueron consumidos nunca por los niños en estas edades. **Conclusiones:** Se encontró una baja prevalencia de la LME hasta el sexto mes. La alimentación complementaria de los niños con edades entre 6 y 23 meses y 29 días se conduce inadecuadamente, es poco variada y además (probablemente) nutricionalmente insuficiente. **Ajete Careaga SB, Jiménez Acosta SM.** Estado de las prácticas alimentarias de los menores de 2 años de edad en la comunidad artemiseña de San Cristóbal. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2017;27(1):112-130. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Palabras claves: *Lactancia materna / Prácticas alimentarias / Hábitos alimentarios / Lactante.*

¹ Licenciada en Ciencias Alimentarias. Máster en Nutrición en Salud Pública. ² Doctora en Ciencias Médicas. Investigadora Titular. Profesora Titular.

¶ Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa. § Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología de La Habana.

Recibido: 24 de Abril del 2017. Aceptado: 13 de Mayo del 2017.

Susan Belkis Ajete Careaga. Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa.

Correo electrónico: susanb@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La alimentación adecuada es fundamental para la supervivencia del lactante y el niño pequeño y el sostenimiento de un crecimiento y desarrollo saludables.¹⁻⁴ Los primeros dos años de vida son especialmente importantes para la salud del niño, puesto que una nutrición óptima durante este ciclo vital contribuye no solo a reducir la morbi-mortalidad general, sino también el riesgo de aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez.⁵⁻⁸ Además, los dos primeros años de vida del niño son fundamentales en la inculcación y arraigo de los hábitos alimentarios del adulto futuro.⁹⁻¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, y su mantenimiento como la única forma de alimentación durante los 6 meses siguientes de vida.¹²⁻¹⁴ Una vez cumplida esta edad, se ha recomendado que la lactancia materna prosiga hasta los dos años de edad del niño (como mínimo) complementada adecuadamente con otros alimentos de los cuales se asegure su inocuidad.¹⁵⁻¹⁷

Sin embargo, y a pesar de lo anteriormente dicho, muchos lactantes y niños menores de 2 años de edad no reciben una alimentación óptima. A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de 6 meses reciben leche materna como forma exclusiva de alimentación.¹⁸⁻¹⁹ En muchos países, solo un tercio de los niños con edades entre 6 a 23 meses que son alimentados con leche materna cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas que se han avanzado como apropiadas para la edad.²⁰⁻²³

La adherencia de la madre a la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida en Cuba se había mantenido en ascenso entre los años 2000 – 2014.²⁴⁻²⁵ No obstante, todavía lo alcanzado dista mucho de lo deseado. En una

encuesta completada en el año 2010 en el municipio cabecera de la provincia cubana de Santiago se comprobó una adherencia del 62.0% a la lactancia materna exclusiva.²⁶ Otra investigación realizada en el municipio cabecera de la provincia de Camagüey mostró que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida fue practicada por apenas la mitad de las madres encuestadas.²⁷

Se hace necesario fomentar los principios básicos de una alimentación saludable desde los primeros años de vida. En Cuba las primeras causas de muerte se relacionan directamente con la alimentación y la nutrición.²⁸⁻³⁰ La incidencia de la obesidad se ha incrementado aceleradamente desde las más tempranas edades.³¹ El exceso de peso afecta actualmente a la quinta parte de los menores de 5 años en el país. La anemia por deficiencia de hierro es el trastorno nutricional más extendido en Cuba.³²⁻³³

En Cuba se han creado condiciones para la promoción y el fomento de la lactancia materna. Existe un cuerpo legislativo que ampara a la mujer trabajadora durante el primer año de vida del niño a fin de favorecer la práctica de la lactancia materna.³⁴ Asimismo, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de la República de Cuba sostiene el Programa Nacional de Atención Materno-Infantil (PAMI) que, entre otras cuestiones, se (pre)ocupa de la divulgación de los beneficios de la lactancia materna para la salud el binomio madre-hijo, y la promoción de esta práctica dentro de los centros de salud y en las comunidades.³⁵

A los esfuerzos anteriores se le ha sumado el Programa Nacional de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna,³⁶ que tiene entre sus líneas de acción el establecimiento de los “Hospitales amigos de la Madre y el Niño” a fin de crear un ambiente favorable al inicio temprano y el sostenimiento ulterior de la lactancia materna.³⁷ Se hace notar que a partir de las

directrices de este Programa se elaboraron en el año 2010 las “Guías Alimentarias para las niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad”.³⁸ Se espera de la implementación de estas guías que se facilite la adecuada educación alimentaria y nutricional de la madre 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 sanas que repercutirán luego en una vida adulta más saludable.

La provincia cubana de Artemisa es de reciente creación, como resultado de la actualización de la división político-administrativa del país.³⁹⁻⁴⁰ Por lo tanto, son escasos los reportes sobre el estado nutricional materno-infantil de las comunidades que la integran. Se tiene como antecedente de esta investigación un estudio realizado en el 2012 en el policlínico artemiseño “Dr. Tomás Romay” que encontró que la mitad de las madres abandonó la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida de la criatura.⁴¹

Consecuente con la remodelación y puesta al día de las políticas de salud pública en la provincia, a la vez que se persigue el propósito de redactar un programa local de acciones en apoyo de la implementación de las “Guías Alimentarias para los menores de dos años de edad” en las principales comunidades de Artemisa, se ha conducido este trabajo con el que se evaluaron las prácticas alimentarias en las niñas y niños menores de 2 años de edad en la localidad de San Cristóbal, utilizando para ello los indicadores definidos por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y otras instituciones globales rectoras.⁴²

MATERIAL Y MÉTODO

Locación del estudio: Localidad de San Cristóbal, provincia Artemisa. La localidad de San Cristóbal es la cabecera del

municipio homónimo. El municipio de San Cristóbal reúne a +70,000 habitantes en un área geográfica de 934 kilómetros cuadrados. La ciudad cabecera municipal cuenta con 27,000 habitantes.

Diseño del estudio: Descriptivo, transversal.

Serie de estudio: Fueron elegibles para ser incluidos en el presente estudio los niños con edades entre 0 y 23 meses y 29 días dispensarizados en 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. Los niños fueron seleccionados para la inclusión en este estudio mientras asistían a las consultas establecidas dentro del PAMI entre los meses de noviembre de 2014 a marzo de 2015.

Criterios de inclusión: Todos los niños con edades entre 0 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.

Criterios de exclusión: Niños aquejados de enfermedades (agudas | crónicas), o que presentaron alguna condición que les impidiera una lactancia y alimentación complementaria adecuadas. También se excluyeron de la investigación aquellas madres con una contraindicación médica para amamantar.

Evaluación nutricional: De cada niño se obtuvieron los valores actuales de la talla y el peso corporal mediante procedimientos antropométricos estandarizados. El estado nutricional se calificó de la talla: *Talla disminuida para la Edad:* Talla <percentil 10 para el sexo y la edad vs. *Talla preservada para la Edad:* Talla ≥ percentil 10; y el peso corporal: *Peso disminuido para la Edad:* IMC <percentil 10 para el sexo y la edad; *Peso preservado para la Edad:* IMC entre los percentiles 10 – 90; y *Peso excesivo para la Edad:* IMC >percentil 90 para el sexo y la edad; respectivamente.⁴³⁻⁴⁴

Encuesta de las prácticas alimentarias: El estado corriente de las prácticas alimentarias se registró mediante el cuestionario diseñado para el “Estudio Nacional sobre Hábitos y Prácticas Alimentarias de los lactantes y niños pequeños”,⁴⁵ que fue conducido y dirigido por el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) en el año 2009. El cuestionario recogió datos relacionados con las prácticas de la lactancia materna y la alimentación complementaria; y las características de los hábitos y costumbres alimentarias del niño.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los datos sociodemográficos, nutricionales y antropométricos de los niños encuestados 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.

Dada la naturaleza descriptiva del presente trabajo, no fue del interés de los autores evaluar la naturaleza ni la fuerza de la asociación entre parejas de variables. No obstante, en aquellos casos especificados en que se requirió de este análisis, se utilizó el test de independencia basado en la distribución ji-cuadrado para determinar si la duración de la lactancia materna exclusiva se asoció con el sexo del menor, y la edad y el nivel escolar de la madre.

El estado de las prácticas alimentarias de los niños menores de 2 años, se describió mediante los indicadores definidos por la OMS, UNICEF y otras instituciones globales, a saber:⁴² Inicio temprano de la

lactancia materna, Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, Introducción de los alimentos sólidos, semisólidos, o de suave textura; Lactancia materna continuada al año de vida; Lactancia materna continuada a los dos años de edad; Frecuencia mínima de comidas; y Alimentación con biberón.

La alimentación complementaria de los niños a partir de los 6 meses de vida se caracterizó según la frecuencia semanal de consumo de los alimentos más implicados en la alimentación infantil. Se estimó la frecuencia diaria de consumo de cada grupo de alimentos por separado, teniendo en cuenta los 7 grupos básicos de alimentos consumidos en Cuba.

El consumo de cada grupo de alimentos se calificó mediante la siguiente escala de puntuación: *Consumo posiblemente excesivo*: Frecuencia diaria > 1.10; *Consumo suficiente*: Frecuencia diaria entre 0.85 – 1.10; *Consumo posiblemente insuficiente*: Frecuencia diaria entre 0.71 – 0.85; y *Consumo insuficiente*: Frecuencia diaria < 0.71; respectivamente.

Asimismo, los niños encuestados fueron distribuidos en distintos estratos (léase también categorías) según fuera la frecuencia semanal de consumo del grupo de alimento: *Alimentación variada y suficiente*: Consumo de todos los grupos de alimentos entre 6 – 7 días a la semana; *Alimentación poco variada y posiblemente insuficiente*: Consumo de hasta 3 de los grupos de alimentos entre 4 y 5 días a la semana; y *Alimentación no variada e insuficiente*: Consumo de 4 o más grupos de alimentos entre 2 y 3 días a la semana.

A los fines de esta clasificación, las carnes, las aves, los pescados, las leguminosas y el huevo se consideraron como parte de un único grupo de alimentos.

Figura 1. Estado nutricional de los niños menores de 2 años de edad encuestados en las áreas de salud de la localidad de San Cristóbal (Artemisa). *Izquierda*: Estado de la Talla para la edad. *Derecha*: Estado del peso corporal para la edad.



Tamaño de la serie: 150.

Fuente: Registros del estudio.

RESULTADOS

Fueron elegibles para ser admitidos en esta investigación 186 niños atendidos en las 13 áreas de salud identificadas en la localidad de San Cristóbal. De ellos, 150 (80.6%) quedaron incluidos finalmente en la serie de estudio.

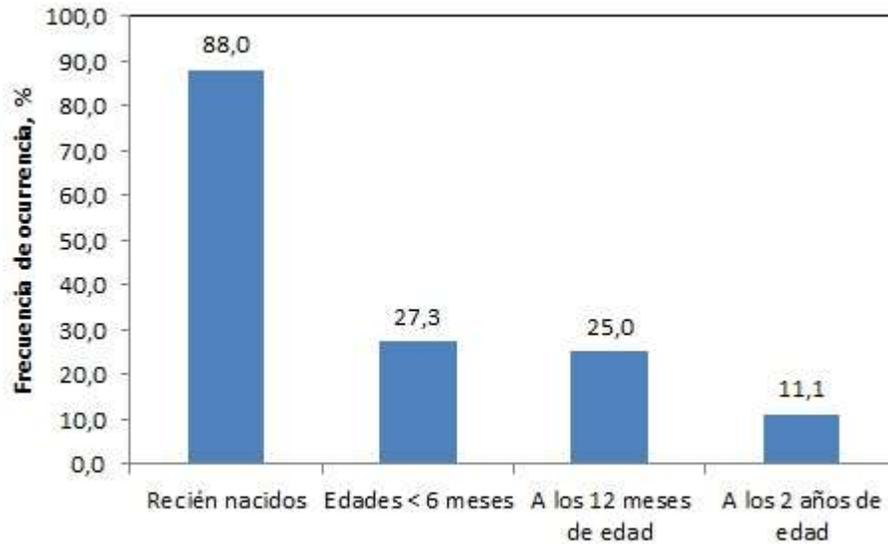
Según el sexo, la serie de estudio se comportó como se muestra a continuación: *Varones*: 51.3 % vs. *Hembras*: 48.6 %. Según la edad, los niños se distribuyeron de la manera siguiente: *Entre 0 – 5 meses y 29 días de nacido*: 36.7% vs. *Entre 6 meses – 23 meses y 29 días*: 63.3%.

La Figura 1 muestra el estado nutricional de los niños encuestados. La décima parte de los niños presentó valores de la Talla menores del percentil 10 para el sexo y la edad. Por otro lado, solo el 40.0% de los niños mostró valores del peso corporal apropiados para el sexo y la edad. Mientras que los valores del peso eran menores del percentil 10 en el 3.0% de ellos, en otro

57.0% el peso superó el percentil 90. La obesidad (dada por un valor del peso corporal > percentil 97) afectó al 19.3% de la serie de estudio.

La lactancia materna se inició tempranamente en el 88.0% de los niños encuestados. En el momento de la investigación, la tasa de lactancia materna fue del 34.5% entre los niños con edades entre 0 – 5 meses y 29 días. Sin embargo, esta cifra incluyó a aquellos niños que, junto con la leche materna, recibían otros líquidos como suspensiones de vitaminas y minerales, y sueros de rehidratación oral. La LME se define como la provisión de leche materna a libre demanda y de forma exclusiva, sin que se acompañe de otros líquidos. Si se acepta esta definición, entonces la lactancia materna se ofreció exclusivamente a solo el 27.3% de los niños con edades menores de 6 meses.

Figura 2. Comportamiento de la práctica de la lactancia materna según la edad del niño. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.



Tamaño de la serie: 150.

Fuente: Registros del estudio.

Adicionalmente, la lactancia artificial se practicó en el 38.1% de los niños con edades menores de 6 meses: *Como complemento de la lactancia materna*: 30.9%; *Combinada con alimentos de diversa textura*: 3.6%; y *Como forma exclusiva de alimentación*: 3.6%; respectivamente.

La Figura 2 muestra el comportamiento de la práctica de la lactancia materna según la edad del niño. Esta práctica alimentaria disminuyó progresivamente con la edad del niño. Solo el 25.0% de los niños con 12 meses de edad, y el 11.1% de aquellos con 2 años de edad eran amamantados con leche materna en el momento de la encuesta.

No obstante las recomendaciones tanto nacionales como internacionales acerca de no introducir alimentos diferentes de la leche materna antes de los 6 meses de vida, esta investigación reveló que el 20.0% de los niños de entre 0 – 5 meses 29 días incorporó algún alimento no lácteo antes de esa edad, mientras que otro 16.4% lo hizo entre los 4 – 5 meses de vida. La introducción de alimentos de diversa textura (entre sólidos, semisólidos o suaves) en la dieta del niño examinado se inició precozmente, y se hizo altamente prevalente antes de la edad óptima para ello.

Tabla 1. Consumo diario de los grupos básicos de alimentos en los niños con edades entre 6 meses y 23 meses y 29 días. Se presentan la media \pm desviación estándar de las veces en que un alimento incluido del grupo correspondiente fue consumido en un día en la vida del niño. Dentro del grupo de las frutas se incluyen tanto las frutas frescas como los purés de frutas en conserva.

Grupo de alimentos	Consumo diario
Cereales y viandas	1.53 \pm 0.44
Frutas	1.02 \pm 0.40
Vegetales	0.53 \pm 0.36
Carnes, aves, pescado, huevos y leguminosas	2.37 \pm 0.69
Leche	0.73 \pm 0.24
Aceites y grasas	0.72 \pm 0.27
Azúcar y dulces	0.67 \pm 0.44

Tamaño de la serie: 150.

Fuente: Registros del estudio.

El 85.0% de los niños con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días fue alimentado en 5 – 6 frecuencias diarias, mientras que en otro 11.7% se hizo con 7 – 8 comidas durante el día. La frecuencia mínima de comidas fue cumplida en el 3.3% de los niños. No se encontraron niños en este grupo etario con menos de 3 eventos alimentarios diarios.

La Tabla 1 muestra el estado del consumo diario de los distintos grupos básicos de alimentos entre los niños encuestados. De acuerdo con la frecuencia estimada, el consumo diario de los alimentos se repartió de la manera siguiente: *Consumo posiblemente excesivo*: Carnes, aves, pescados, huevo y leguminosas; Cereales y viandas; *Consumo suficiente*: Frutas; *Consumo posiblemente insuficiente*: Leche; y Aceites y grasas; y *Consumo insuficiente*: Azúcar y dulces; y Vegetales; respectivamente.

Por su parte, la Tabla 2 muestra la frecuencia semanal de consumo de los distintos grupos de alimentos encuestados. En orden descendente, el consumo semanal de los diferentes grupos de alimentos se comportó como sigue: *Aceites y grasas*: 81.1%; *Leche y otros lácteos*: 77.9%; *Cereales y viandas*: 64.2%; *Carnes, aves, pescado, huevos y leguminosas*: 37.3%; *Frutas*: 25.3%; *Azúcar y dulces*: 20.0%; y *Vegetales*: 12.6%; respectivamente.

Entre las proteínas de origen animal, el pollo fue el que se ofreció con mayor frecuencia en una semana de vida del niño (en el 62.1% de las instancias). Por su parte, el hígado y el pescado mostraron las frecuencias más bajas de consumo semanal, con el 19.5% y el 36.6% de las veces, respectivamente. Por su parte, las leguminosas solo fueron consumidas en algún momento de la semana por el 30.0% de los niños encuestados. Las carnes rojas y el huevo ocuparon posiciones intermedias en cuanto al consumo semanal.

Según los criterios definidos, la alimentación del niño con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días fue calificada como: *Alimentación poco variada y posiblemente insuficiente*: Consumo de hasta 3 de los grupos de alimentos entre 4 y 5 días a la semana: 86.3%; y *Alimentación no variada e insuficiente*: Consumo de 4 o más grupos de alimentos entre 2 y 3 días a la semana: 13.7%. No se observaron niños en este grupo etario que consumieron todos los grupos de alimentos entre 6 – 7 días a la semana.

La Figura 3 muestra el estado del consumo semanal de los distintos grupos de alimentos por los niños con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días. Se observó que los cereales y las frutas (64.2% de los niños incluidos en este grupo etario), las carnes, el huevo y las leguminosas (77.3%), la leche (77.9%), y los aceites y las grasas (81.1%) fueron consumidos entre 6 – 7 veces a la semana por más del 60% de los niños

examinados. En contraste con estos hallazgos, las frutas (49.5%), los vegetales (30.5%), y los azúcares y los dulces (53.7%) no fueron consumidos nunca por los niños.

Finalmente, la Figura 4 muestra el estado del uso del biberón en la alimentación del niño con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días. El 71.6% de los niños en este grupo etario siempre consumió algún alimento con ayuda del biberón.

DISCUSIÓN

Este trabajo ha revelado las prácticas alimentarias que se conducen en niños menores de 2 años de edad en la localidad de San Cristóbal: la segunda en importancia de la provincia Artemisa. En calidad de tal, éste es un estudio pionero de las prácticas alimentarias de este estrato etario en el territorio.

El revelamiento del estado nutricional de los niños encuestados en la localidad es uno de los resultados de este trabajo. La décima parte de los niños mostró valores de la Talla menores del percentil 10 de las tablas de referencia, indicando con ello un retraso importante en el crecimiento y desarrollo esperados. Por otro lado, más de la mitad de los niños tenía un peso corporal excesivo para la edad.

Un crecimiento longitudinal disminuido unido al exceso de peso, pudieran ser la consecuencia de la desnutrición intrauterina, y a la vez, apuntar a un riesgo incrementado de desarrollar en la adultez alguna de las denominadas hoy enfermedades crónicas no transmisibles,⁴⁶⁻⁴⁸ si tal situación nutricional no se expone y se corrige de inmediato.

El estado de la práctica de la lactancia materna es otro de los resultados de este trabajo. Apenas la tercera parte de los niños con edades menores de 6 meses fue amamantada según indicación de la lactancia materna exclusiva (LME).

Tabla 2. Estado del consumo semanal de los distintos grupos de alimentos por los niños con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días. Se muestran las veces en la semana en que el niño consumió algún alimento incluido dentro del grupo correspondiente.

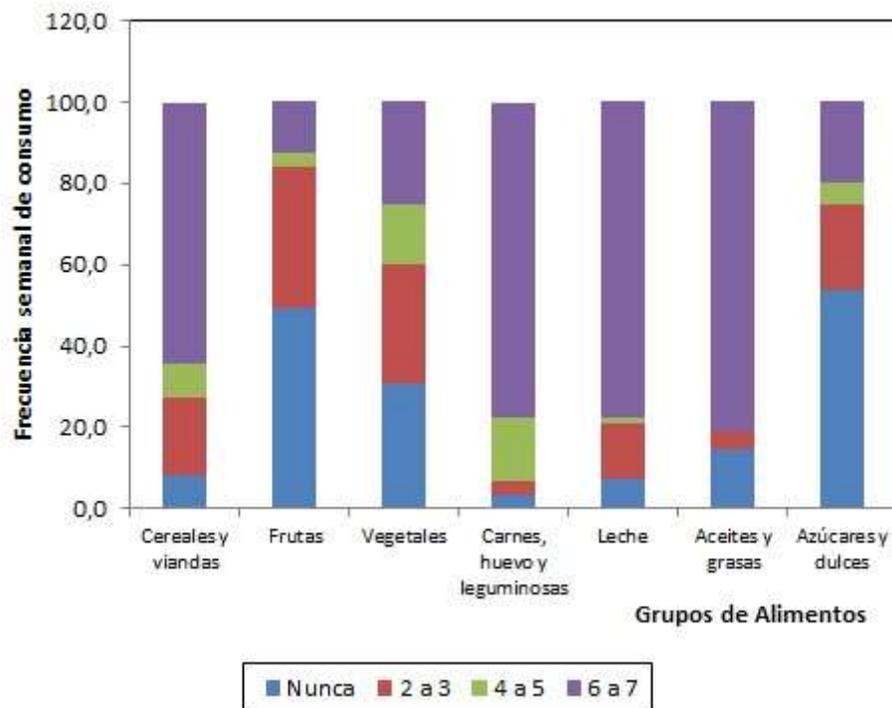
Grupo de alimentos	Consumo semanal
Cereales y viandas	64.2
Frutas	25.3
Vegetales	12.6
• Vegetales de hojas	6.3
Carnes, aves, pescado, huevos y leguminosas	37.3
• Carnes rojas	38.4
• Pollo	62.1
• Huevo	37.3
• Pescado	36.6
• Hígado	19.5
• Leguminosas	30.0
Leche y otros lácteos	77.9
Aceites y grasas	81.1
Azúcar y dulces	20.0

Tamaño de la serie: 150.

Fuente: Registros del estudio.

La cifra encontrada en la comunidad de prevalencia de la LME fue inferior a la meta propuesta para el 2025 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de aumentar al 50% (como mínimo) la adherencia a la LME hasta el sexto mes.⁴⁹ No solo eso: la lactancia materna declinó de forma importante hasta los 2 años de vida, y en más de la mitad de los niños se introdujo un alimento diferente de la leche materna antes de que cumplieran los 6 meses de vida. Estos hallazgos complementan y extienden otras observaciones hechas en distintas localidades de Cuba que señalan la pobre adherencia de la madre a la lactancia en los primeros 6 meses de edad del niño, y de forma continuada hasta los 2 años.

Figura 3. Estado de la frecuencia semanal de consumo de los distintos grupos de alimentos por los niños con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días. Para más detalles: Consulte el texto de este artículo.



Tamaño de la serie: 150.

Fuente: Registros del estudio.

En Cuba se había constatado un aumento sostenido de la práctica de la LME entre los años 2002 – 2010. De acuerdo con los resultados de las Encuestas MICS de Indicadores Múltiples por Conglomerados, la adherencia de la madre a la LME fue del 28.7% en el 2002, del 26.4% en el 2006, y del 48.7% en el 2010.²⁴⁻²⁵ Sin embargo, la última Encuesta MICS, completada en el 2014, demostró que sólo el 33.2% de los niños encuestados era amamantado de forma exclusiva hasta el sexto mes (datos inéditos).

Igualmente, el Estudio Nacional sobre Hábitos y Prácticas Alimentarias de los lactantes y niños pequeños,⁴⁵ que fue dirigido en el año 2008 por el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, reportó una prevalencia de la LME del 39.1%. Otros estudios locales también muestran cifras de prevalencia de LME menores de la meta global del 50%.²⁶⁻²⁷

Figura 4. Uso del biberón en la alimentación de los niños con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días. Para más detalles: Consulte el texto del presente artículo.



Tamaño de la serie: 150.

Fuente: Registros del estudio.

A pesar de los innumerables beneficios que tal práctica significa para los niños de esta edad, la lactancia materna continúa siendo escasa e inadecuada en muchos países. En el Brasil⁵⁰ y la Argentina⁵¹ la LME dura como promedio 2 meses, y la introducción de alimentos diferentes de la leche materna ocurre precozmente. La tasa de la LME en Colombia suele ser del 24.0%.⁵² En México se ha constatado un franco deterioro de la LME, con cifras de prevalencia de un 14.4% tras la conducción de la Encuesta ENSANUT Nacional de Nutrición y Salud.⁵³ En el Perú la tasa nacional de la adherencia a la LME es del 34.0%,⁵⁴ pero un estudio realizado en una comunidad de la Amazonia encontró que la mediana de la duración de la LME fue de 19 días.⁵⁵

Si bien no constituyó un objetivo de la presente encuesta indagar en las causas del estado actual de la práctica de la LME, es obligado hacer algunas consideraciones. Se han citado varios determinantes demográficos y culturales del abandono de la LME, como la edad de la madre menor de 20 años, o mayor de 35 años; la escolaridad, y las presiones sociales y familiares por reintegrarse al estudio y el trabajo.⁵⁶⁻⁵⁸ Otras causas se pueden superponer sobre este estado de cosas, entre ellas, la percepción de la madre de que la leche que produce es escasa para satisfacer el hambre del niño, la falta de sueño del niño durante la noche, el cansancio de la madre, y hasta el rechazo del niño al pecho materno.⁵⁹⁻⁶⁰ El entrenamiento de la madre en las técnicas correctas de amamantamiento (incluso antes de que ocurra el parto), la educación en los beneficios que le reporta la LME para el binomio madre-niño, y la participación activa de la familia junto con la supervisión y el acompañamiento del personal médico y paramédico de la atención primaria de salud (APS), podrían dar un vuelco a esta situación.⁶¹⁻⁶⁴

Los mismos determinantes expuestos más arriba pudieran explicar también la baja prevalencia observada en la continuidad de la lactancia materna al año y los dos años de edad del niño, coincidiendo con estudios hechos en otros países del mundo.⁶⁵⁻⁶⁸ La reanudación de los compromisos sociales y laborales de la madre una vez que el niño cumple el primer año de vida se erige en el obstáculo más formidable para la continuidad de la lactancia materna.

En Cuba, si bien las regulaciones sobre la protección de la maternidad se extienden por todo el primer año de vida del niño, lo que facilitaría la práctica de la lactancia materna durante esta etapa vital, no se prevé la continuidad de la misma en el ámbito laboral, lo que contribuiría a desestimularla. Se deben introducir previsiones en la legislación laboral actual para facilitar a la

madre trabajadora y/o estudiante la continuidad de la lactancia materna hasta que el niño arribe a los 2 años de edad.

El estudio presente reveló además la introducción precoz de las leches artificiales en los niños encuestados. La lactancia materna puede ser complementada, pero nunca sustituida por una fórmula láctea artificial, no importa las propiedades nutrimentales que se le adjudiquen a la misma. Muchas madres han revelado que la lactancia artificial le facilita la alimentación del niño, pero la adherencia acrítica y no supervisada de tal práctica alimentaria puede debilitar la confianza de la madre sobre su capacidad para amamantar exitosamente al niño.⁶⁹ Otras madres justifican la lactancia artificial precoz como forma de evitar el rechazo del niño a alimentos diferentes de la leche materna, y con ello, la implementación de la alimentación complementaria llegada la edad para ello.⁷⁰ Tales creencias deben ser desestimadas mediante actividades de educación continuada de la madre y los familiares cercanos que sean brindadas en la comunidad por personal de salud competente y debidamente capacitado.

La lactancia artificial *per se* no es dañina, pero se convierte en una práctica de alto riesgo para la salud y el estado nutricional del niño si no se observa el momento más adecuado para la implementación de la misma, y si no se observan normas estrictas de selección de la fórmula, la preparación de la misma, las cantidades del producto a emplear en cada toma, el horario de administración, y la esterilización de biberones y chupetes.⁷¹ La violación de tales normas puede resultar en la contaminación microbiana de la fórmula preparada y el aporte de cantidades excesivas | insuficientes de leche, con riesgo incrementado de diarreas, deshidratación y desnutrición.

El estado de la alimentación complementaria en las edades comprendidas entre 6 meses y 23 meses y 29 días de nacido fue otro de los aspectos revelados en este estudio. La introducción de los alimentos diferentes de la leche materna | artificial ocurrió precozmente, antes de los 6 meses de edad. Además, la encuesta completada constató que la alimentación del niño con edades entre 6 meses y 23 meses y 29 días se organiza alrededor de la leche, las carnes, y las viandas y los cereales, con poca participación de las frutas, los vegetales y las leguminosas. Otras investigaciones locales | regionales han devuelto resultados similares a los descritos aquí.⁷²⁻⁷⁴

La introducción de alimentos antes de los 6 meses se asocia a un incremento de la incidencia de atopia y alergia alimentarias en las edades posteriores.⁷⁵⁻⁷⁶ Asimismo, una alimentación complementaria precoz e inadecuada puede incrementar el riesgo de obesidad en edades posteriores.⁷⁷⁻⁷⁸ Por otro lado, la desproporcionada presencia de un alimento sobre otro en la dieta del niño puede descuidar la introducción oportuna de otros alimentos que son imprescindibles para el óptimo crecimiento y desarrollo infantiles, y propicia con el tiempo un desbalance energético-nutricional que acarrea repercusiones importantes para la salud presente y futura del pequeño.⁷⁹

En la encuesta reseñada en este artículo, el consumo de carnes durante el primer año de vida del niño fue excesivo, y duplicó las recomendaciones previstas para esta edad. El pollo fue el cárnico más ofrecido, tal vez por la disponibilidad y las facilidades existentes para la adquisición del mismo. El exceso de proteínas en la dieta regular del niño se puede asociar a una elevada carga renal de solutos (colocando estrés considerable sobre la funcionalidad renal), un aumento de los requerimientos de zinc en estas edades, y la aparición de anemia.^{71,79-81}

La encuesta completada en la comunidad mostró un pobre consumo de leguminosas por los niños mayores de 6 meses de edad. Las leguminosas son relevantes para la nutrición infantil puesto que aportan aminoácidos esenciales dentro de una mejor relación costo-efectividad respecto de otras fuentes de proteínas; son ricas en ácido fólico, y contienen fibra dietética que es determinante en el crecimiento y expansión de la biota intestinal.⁸² Asimismo, cuando se consumen en combinación con los cereales (como el arroz) en las proporciones adecuadas, las leguminosas incrementan el valor nutrimental de la dieta.⁸²

La leche y las grasas también mostraron en estas edades un consumo insuficiente. El aporte de vitaminas liposolubles puede afectarse, al ser la leche entera rica en vitaminas A y D, mientras que las grasas de origen vegetal son buenas fuentes de vitamina E.⁸³ La madre del niño, y demás familiares, junto con los equipos básicos de salud, deben ser educados en las mejores formas de satisfacer los requerimientos de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles mediante las acciones alimentarias contempladas en las guías avanzadas para este grupo etario.³⁸

Los tabúes alimentarios que se transmiten de generación en generación constituyen un obstáculo importante para el desarrollo de buenos hábitos alimentarios desde etapas tempranas de la vida.⁸⁴⁻⁸⁵ Los gustos y preferencias que adquieren los niños, así como la escasa educación alimentaria y nutricional de las madres o cuidadores de los niños pequeños, interfieren con una adecuada alimentación y la apropiación de hábitos saludables desde etapas tempranas de la vida, con consecuencias desfavorables para la salud en edades posteriores.⁸⁴⁻⁸⁵

La investigación concluida también comprendió el uso del biberón en la alimentación del niño. El empleo del biberón está extendido entre los niños encuestados. Estudios completados previamente en Cuba y otros países también han revelado resultados similares.⁸⁶⁻⁸⁷ El uso de tetetas, chupetes y biberones afecta la lactancia materna,⁸⁸ y retrasa el desarrollo de las habilidades psicomotrices del niño requeridas para alimentarse por sí mismo, sin ayuda. Igualmente, el uso de estos accesorios puede afectar el desarrollo dentario del niño y favorecer la aparición de la mala oclusión dental que obligaría después a la corrección estomatológica.⁸⁹ El uso de biberones, chupetes y tetetas debe desaconsejarse, y los cuidadores del niño entrenados en las técnicas de alimentación que privilegien la vía oral sin asistencias, así como la capacidad del niño de alimentarse por sí mismo en el momento que sea adecuado.

CONCLUSIONES

La décima parte de los niños encuestados mostraba una talla inferior para el sexo y la edad. La prevalencia de la LME hasta el sexto mes de vida fue baja. La lactancia materna continuada al año y a los dos años de edad también mostró cifras disminuidas de prevalencia. Las fórmulas lácteas se introdujeron precozmente en la alimentación del niño. En la quinta parte de los niños menores de 6 meses se habían introducido alimentos diferentes de la leche. Los vegetales, el hígado y el pescado fueron los alimentos que se consumieron con menor frecuencia a partir de los 6 meses de vida. El consumo de frutas frescas también fue escaso. La alimentación complementaria de los niños de 6 a 23 meses fue poco variada y posiblemente insuficiente nutricionalmente.

SUMMARY

Rationale: Adequate feeding of children under two years of age is essential for child survival and fostering of healthy growth and development. An optimal nutrition during this life cycle reduces child's morbidity and mortality as well as the onset of non-communicable chronic diseases at later ages. **Objective:** To assess the feeding practices conducted on children under two years of age living without restrictions in the community of San Cristóbal (Artemisa, Cuba). **Study design:** Descriptive, cross-sectional. **Study serie:** One hundred and fifty children of either sex, with ages ranging from 0 to 23 months and 29 days, assisted ambulatorily at 13 sanitary posts belonging to the "Camilo Cienfuegos" Community Teaching Polyclinic (San Cristóbal, Artemisa), between November 2014 and March 2015. **Material and method:** The questionnaire used in the "Estudio Nacional sobre Hábitos y Prácticas Alimentarias de los lactantes y niños pequeños" (Cuba, 2008) was administered. Globally defined indicators for assessing feeding practices of children under two years of age were estimated. **Results:** Exclusive breastfeeding prevalence up to the sixth month of life was 27.3%. This figure increased up to 34.5% when exclusive breastfeeding was conducted along with supply of vitamins, minerals, and oral rehydration salts. Eighty-eight percent of the children was breastfed during the first hour of life. In 30.9% of the children under 5 months of life breastfeeding along with artificial lactation prevailed. Continued breastfeeding at one and two years of age was 25.0% and 11.0%, respectively. In 54.6% of children under 6 months of life a food staple (including artificial milk) was introduced the optimal age for it. Seventy-one point six percent of children with ages ranging from 6 months to 23 months and 29 days was fed with the help of a bottle. Cereals and fruits (64.2% of children included in age group), meats, egg and legumes (77.3%), milk (77.9%), and oils and fats (81.1%) were consumed 6 – 7 times a week by more than 60% of surveyed children. On the other hand, fruits (49.5%), vegetables (30.5%), and sugars and sweets (53.7%) were not consumed by children in these ages. **Conclusions:** Low prevalence of

exclusive breastfeeding up until the six month of life was found. Complementary feeding of children with ages between 6 months and 23 months and 29 days is inadequately conducted, monotonous, and also (and most likely) nutritionally insufficient. **Ajete Careaga SB, Jiménez Acosta SM.** The state of feeding practices of children with ages under two years in the Artemisa community of San Cristóbal. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017; 27(1):112-130. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Breastfeeding / Feeding practices / Feeding habits / Infants.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butte NF, Wong WW, Hopkinson JM, Smith EB, Ellis KJ. Infant feeding mode affects early growth and body composition. *Pediatrics* 2000;106:1355-66.
2. Fu Z, He W, Chen C. Relationship between growth of young children and complementary feeding. *J Hyg Res* 2000;29:279-82.
3. Khadivzadeh T, Parsai S. Effect of exclusive breastfeeding and complementary feeding on infant growth and morbidity. *Eastern Mediterranean Health J* 2004;10:289-94.
4. Brown JL, Pollitt E. Malnutrition, poverty and intellectual development. *Scientific American* 1996;274:38-43.
5. Gurung K, Vaidya K, Bhambal S. Lower respiratory tract infection in infancy in relation to feeding pattern. *Nepal Med Coll J* 2003;5:37-40.
6. Darnton-Hill I, Nishida C, James WPT. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutr* 2004;7:101-22.
7. Uauy R, Kain J, Mericq V, Rojas J, Corvalán C. Nutrition, child growth, and chronic disease prevention. *Ann Med* 2008;40:11-20.

8. Gillman MW. Developmental origins of health and disease. *N Engl J Med* 2005; 353:1848-55.
9. Birch LL. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc* 1998;57:617-24.
10. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British J Nutr* 2008;99(1 Suppl):S22-S25.
11. Sánchez Ramos R. La cultura alimentaria y la formación de hábitos alimentarios saludables desde etapas tempranas de la vida. En: Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos: Manual de capacitación [Editor: Sánchez Ramos R]. Ministerio de Salud Pública. La Habana: 2004 .pp. 119-127.
12. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. En: Protecting infants through human milk Springer (USA). New York: 2004. pp. 63-77.
13. Butte NF, López Alarcón MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breast-feeding for the term infant during the first six months of life. WHO World Health Organization. Geneva: 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42519/1/9241562110.pdf>. Fecha de última visita: 23 de Noviembre del 2016.
14. Labbok MH, Clark D, Goldman AS. Breastfeeding: Maintaining an irreplaceable immunological resource. *Nature Reviews Immunology* 2004;4: 565-72.
15. Giugliani ER, Victora CG. Complementary feeding. *J Pediatr* 2000; 76:253-62.
16. Dewey KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatric Clinics North Am* 2001;48:87-104.
17. Lanigan JA, Bishop JA, Kimber AC, Morgan J. Systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to the healthy full-term infant. *Eur J Clin Nutr* 2001;55: 309-16.
18. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2012;7(1):12. Disponible en: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-7-12>. Fecha de última visita: 23 de Noviembre del 2016.
19. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J; *et al.* Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 2016;387(10017): 475-90.
20. Kumar D, Goel NK, Mittal PC, Misra P. Influence of infant-feeding practices on nutritional status of under-five children. *Indian J Pediatr* 2006;73:417-21.
21. Wang XL, Kang CY, Wang Y. Analysis of current situation of breast-feeding and complementary feeding of children aged under 2 years in 105 MCH Cooperative Project Countries. *Chinese J Child Health Care* 2000;3:0-0. Disponible en: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-ERTO200003001.htm. Fecha de última visita: 24 de Noviembre del 2016.
22. Onyango AW. Dietary diversity, child nutrition and health in contemporary African communities. *Comparative Biochem Physiol Part A: Mol Integrative Physiol* 2003;136:61-9.
23. Faber M, Schwabe C, Drimie S. Dietary diversity in relation to other household food security indicators. *Int J Food Safety Nutr Public Health* 2009;2(1): 1-15.
24. Dirección Nacional de Estadísticas. Cuba. Encuesta MICS de indicadores múltiples por conglomerados 2006. DNRMES/UNICEF. La Habana: 2007.

25. Dirección Nacional de Estadísticas. Cuba. Encuesta MICS de indicadores múltiples por conglomerados 2010/11. DNRMES/UNICEF. La Habana: 2012.
26. Puente Perpiñán M, Alvear Coquet N, de los Reyes Losada A, Ricardo Falcón TR. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2010;20:280-6.
27. Orozco Rodríguez S, Morales Medina M, Rodríguez González A. Determinantes de la desnutrición infantil en el municipio Camagüey. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2014;24:76-87.
28. Franco M, Kennely JF, Cooper RS, Ordúñez García P. La salud en Cuba y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rev Panamericana Salud Pública 2007; 21:239-51.
29. Sansó Soberats FJ. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2003;29:260-7.
30. Rodríguez-Ojea A, Jiménez S, Berdasco A, Esquivel M. The nutrition transition in Cuba in the nineties: An overview. Public Health Nutr 2002;5(1A):129-33.
31. Acosta Jiménez SM, Rodríguez Suárez A, Díaz Sánchez ME. La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2013;23: 297-308.
32. Gigato Mesa E. La anemia ferropénica. Diagnóstico, tratamiento y prevención. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2015; 25:371-89.
33. Alvear Coquet N, Puente Perpiñán M, de los Reyes Losada A, Ricardo Falcón TR. Anemia en niños lactados al pecho hasta los seis meses de edad. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2012;22:135-8.
34. Consejo de Estado. Decreto Ley número 234 “De la Maternidad de la Trabajadora”. República de Cuba. La Habana: 2003. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insa/dl-234-2003.pdf>. Fecha de última visita: 28 de Noviembre del 2016.
35. Programa Nacional de Atención Materno-Infantil. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. La Habana: 1989.
36. Reynoso IC, Parra AC, Ávila ML, Felina M, Cardoso H, Milián ML. Lactancia materna como un derecho del niño a la vida. Medisan 2006;10(1):0-0. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san05106r.htm. Fecha de última visita: 28 de Noviembre del 2016.
37. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno-infantil para el establecimiento del Programa “Hospital amigo del niño y de la madre”. La Habana: 1992.
38. Jiménez Acosta S, Pineda Pérez S, Sánchez Ramos R, Rodríguez Suárez A, Domínguez Ayllón Y. Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad. UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La Habana: 2009.
39. Ley No. 110/10 de la Asamblea Nacional del Poder Popular (ANPP) modificativa de la Ley No. 1304 del 3 de julio de 1976, de la División Político Administrativa. Gaceta Oficial República de Cuba Número 023 Extraordinaria del 2 de septiembre de 2010.
40. Cuba: Sus provincias y municipios en el tiempo. Granma. La Habana: 2011. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/2011/01/01/nacional/artic03.html>. Fecha de última visita: 29 de Noviembre del 2016.
41. Morales Valdés Y, Borges Damas L, Algozain Acosta Y. Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. Rev Cubana Enfermería 2015;31(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

- [03192015000200004](#). Fecha de última visita: 30 de Noviembre del 2016.
42. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 2: Measurement. WHO/UNICEF/USAID/AED/UCDAVIS/IFPRI. Washington, DC: 2010. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290eng.pdf>. Fecha de última visita: 30 de Noviembre del 2016.
43. WHO Working Group. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. Bulletin World Health Org 1986;64:929-41.
44. WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth: The use and interpretation of anthropometry in infants. Bulletin World Health Org 1995; 73:165-74.
45. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Encuesta sobre hábitos y costumbres en la alimentación de los niños hasta los dos años de edad. Ministerio de Salud Pública. La Habana: 2009.
46. De Onis M, Blössner M, Borghi E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020. Public Health Nutr 2012;15(1):142-8.
47. Dewey KG, Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. Maternal Child Nutr 2011;7(3 Suppl): S5-S18.
48. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: Stunting policy brief. Geneva: 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149019/1/WHO_NMH_NHD_14.3_eng.pdf. Fecha de última visita: 2 de Diciembre del 2016.
49. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief. Geneva: 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149022/1/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf. Fecha de última visita: 2 de Diciembre del 2016.
50. Lima DB, Fujimori E, Borges ALV, da Silva MMS. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. Rev Escola Enfermagem Univ Sao Paulo 2011; 45(2 Suppl):S1705-S1709. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40892>. Fecha de última visita: 3 de Diciembre del 2016.
51. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeyá Gilardon E. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Archivos Argentinos Pediatría 2009; 107(5):397-404.
52. Londoño Franco AL, Mejía López MS. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Rev Gerencia Políticas Salud 2010;9(19):0-0. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2624/12576>. Fecha de última visita: 3 de Diciembre del 2016.
53. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública México 2013;55(Supl):S170-S179. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800014. Fecha de última visita: 4 de Diciembre del 2016.
54. Cairo J. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y factores asociados en niños nacidos sanos. An Fac Med 2000; 61:193-200.
55. Lee G, Paredes Olortegui M, Rengifo Pinedo S, Ambikapathi R, Peñataro Yori,

- Kosek M; *et al.* Infant feeding practices in the Peruvian Amazon: Implications for programs to improve feeding. *Pan American J Public Health* 2014;36(3): 0-0. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n3/02.pdf>. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2016.
56. Rodríguez Suárez A, Jiménez Acosta S, Pineda Pérez S, Quintana Jardines I, Mustelier Ochoa H. Lactancia materna y prácticas alimentarias en niñas y niños menores de dos años de edad en Cuba. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2011; 17(1):13-19. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/ibc-131406>. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2016.
57. Prendes MC, Vivanco M, Gutiérrez RM, Guilbert W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Gen Integr* 1999;15(4):397-402. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15499/mgi09499.htm>. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2016.
58. Cáceres Fernández W, Reyes Santana MC, Malpica Alonso E, Álvarez Alonso L, Solís Molinet L. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2013;29(3):245-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300003&Ing=es. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2016.
59. Durán Menéndez R, Villegas Cruz D, Sobrado Rosales Z, Almanza Mas M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatría* 1999;71:72-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000200003&Ing=es. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2016.
60. Avalos González MM. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2011; 27(3):323-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300003&Ing=es. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2016.
61. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: A systematic review. *Paediatric Perinatal Epidemiol* 2003;17(4):407-17.
62. Kronborg H, Væth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: A cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatrica* 2007;96:1064-70.
63. Ingram J, Johnson D. Using community maternity care assistants to facilitate family-focused breastfeeding support. *Maternal Child Nutr* 2009;5:276-81.
64. Taddei JADAC, Westphal MF, Venancio S, Bogus C, Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Sao Paulo Medical J* 2000; 118:185-91.
65. Palmer G. The politics of breastfeeding: When breasts are bad for business. Pinter & Martin Publishers. New York: 2009.
66. Ryan AS, Zhou W, Arensberg MB. The effect of employment status on breastfeeding in the United States. *Women's Health Issues* 2006;16:243-51.
67. Haku M. Breastfeeding: Factors associated with the continuation of breastfeeding, the current situation in Japan, and recommendations for further research. *The J Medical Invest* 2007; 54:224-34.
68. Rivera-Pasquel M, Escobar-Zaragoza L, de Cosío TG. Breastfeeding and maternal employment: Results from three national nutritional surveys in Mexico. *Maternal Child Health J* 2015;19:1162-72.

69. Bulk-Bunschoten AMW, Bodegom SV, Reerink JD, Jong PCM, Groot CJ. Reluctance to continue breastfeeding in The Netherlands. *Acta Paediatrica* 2001; 90:1047-53.
70. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FDCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF; *et al.* Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: Psychosocial factors. *Rev Saude Pública* 2014;48:985-94.
71. Walker M. A fresh look at the risks of artificial infant feeding. *J Human Lactation* 1993;9:97-107.
72. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría VM. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Rev Cubana Pediatría* 2005;77(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000100007. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2016.
73. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGLD, Souza FISS, Sarni ROS. Complementary feeding: Inappropriate practices in infants. *J Pediatría* 2010;86:196-201.
74. Krebs NF, Hambidge KM. Complementary feeding: Clinically relevant factors affecting timing and composition. *Am J Clin Nutr* 2007; 85(2 Suppl):S639-S645.
75. Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. *Colombia Médica* 2005;36(4 Supl 3):S19-S25.
76. Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongracic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *J Allergy Clinical Immunology: In Practice* 2013;1:29-36.
77. Grote V, Theurich M, Koletzko B. Do complementary feeding practices predict the later risk of obesity? *Cur Op Clin Nutr Metab Care* 2012;15:293-7.
78. Günther AL, Remer T, Kroke A, Buyken AE. Early protein intake and later obesity risk: Which protein sources at which time points throughout infancy and childhood are important for body mass index and body fat percentage at 7 years of age? *Am J Clin Nutr* 2007; 86:1765-1772.
79. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría VM, González Mustelier A, Pupo Portal L, Monterrey Gutiérrez P. Desbalance energético proteico en lactantes durante el primer año de vida. *Rev Cubana Pediatr* 2004;76(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000200001. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2016.
80. Michaelsen KF, Greer FR. Protein needs early in life and long-term health. *Am J Clin Nutr* 2014;99(3 Suppl):S718-S722.
81. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría VM, Pupo L, Maury CP. Elevado consumo de proteínas causa anemia en lactantes. *Acta Médica Hospital Hermanos Ameijeiras* 2003;11:26-37.
82. Dewey KG. The challenge of meeting nutrient needs of infants and young children during the period of complementary feeding: An evolutionary perspective. *J Nutr* 2013;143:2050-4.
83. Prentice AM, Paul AA. Fat and energy needs of children in developing countries. *Am J Clin Nutr* 2000;72(5 Suppl):S1253-S1265.
84. Pelto GH, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: Current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull* 2003; 24:45-82.
85. Piwoz EG, Huffman SL, Quinn VJ. Promotion and advocacy for improved complementary feeding: Can we apply the lessons learned from breastfeeding? *Food Nutrition Bull* 2003;24:29-44.

86. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto A. Intervención educativa sobre lactancia materna. *Archivo Médico Camagüey* 2010;14(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200009. Fecha de última visita: 6 de Diciembre del 2016.
87. Moimaz SAS, Saliba O, Lolli LF, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA. A longitudinal study of the association between breast-feeding and harmful oral habits. *Pediatr Dentistry* 2012;34:117-21.
88. Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FCD. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *The Lancet* 1993; 341(8842):404-6.
89. Montaldo L, Montaldo P, Cuccaro P, Caramico N, Minervini G. Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. *Int J Paediatric Dentistry* 2011;21:68-73.