

Hospital Clínico quirúrgico “Comandante Camilo Cienfuegos”. Sancti Spiritus. Sancti Spiritus.

ESTADO DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL BRINDADA A NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN UN MUNICIPIO DE SANCTI SPIRITUS

Yulién Sibero Pérez¹.

RESUMEN

Introducción: La consejería nutricional fue concebida como una intervención del médico de familia en los estilos dietéticos de la población domiciliada en el área de influencia, a los fines de promover las recomendaciones para una alimentación saludable, por un lado, y prevenir la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al exceso de peso, por el otro. **Objetivo:** Evaluar el desempeño del médico de familia en la prestación del servicio de consejería nutricional a niños menores de 3 años en la provincia Sancti Spiritus. **Diseño del estudio:** Observacional, analítico. **Material y método:** El estado de los conocimientos de 30 médicos de familia que ejercían en el municipio de Jatibonico (Sancti Spiritus, Cuba) sobre el crecimiento y desarrollo infantiles, la alimentación saludable, y la prevención de la anemia en niños con edades menores de 3 años se examinó mediante una encuesta estructurada y una guía de observación. La aceptación de la consejería nutricional por los destinatarios del servicio se midió mediante una encuesta de opinión administrada a 105 cuidadores. **Resultados:** El desempeño de solo el 10.0% de los médicos examinados fue evaluado de “Bien” | “Excelente”, lo que debe conducir a la mejora de la actuación profesional del médico en los aspectos medidos. Las pocas ofertas de capacitación, la escasa privacidad en que transcurre la consulta médica, la baja disponibilidad de infantómetros, y la pobre presencia de las ayudas visuales de las “Guías alimentarias para la población cubana menor de 2 años” fueron referidas como necesidades prácticas y sentidas del médico a la hora de brindar el servicio de consejería nutricional. **Conclusiones:** Existe disparidad entre el conocimiento del médico de familia en la conducción de los procedimientos incluidos dentro la consejería nutricional y los protocolos de actuación que deben servir de referente metodológico. Muchos de los usuarios se mostraron satisfechos con la consejería nutricional brindada por el médico de la familia. **Sibero Pérez Y.** Estado de la consejería nutricional brindada a niños menores de 3 años en un municipio de Sancti Spiritus. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25(1):132-161. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Palabras clave: *Consejería nutricional / Médico de familia / Alimentación / Guías alimentarias / Atención primaria de salud.*

¹ Licenciada en Nutrición y Dietética. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente.

Recibido: 9 de Enero del 2015. Aceptado: 26 de Marzo del 2015.

Yulién Sibero Pérez. Departamento de Dietética. Hospital Clínico quirúrgico “Comandante Camilo Cienfuegos Gorriarán”. Sancti Spiritus. Sancti Spiritus.

Correo electrónico: yulien.ssp@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro del marco de acción “Salud XXI”, ha insistido en la necesidad de que todos los grupos poblacionales adopten modelos más sanos de vida en las primeras décadas de este nuevo siglo XXI.¹ Para ello, la OMS ha propuesto la conducción de acciones que faciliten elecciones saludables en relación con la alimentación y el ejercicio físico.² Las inversiones que se hacen en salud a una edad temprana pueden repercutir en las etapas posteriores de la vida.² Los cimientos importantes de la salud en la adultez residen en la herencia genética de las personas, y los cuidados recibidos en la etapa prenatal y la primera infancia.²

La OMS también ha señalado que, para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, los esfuerzos se deben centrar en el fomento del autocuidado en materia de salud, y ello incluye la reeducación del profesional sanitario en relación con este concepto.³ Los planteamientos de la OMS deben servir entonces de plataforma para la conducción de actividades que contribuyan a la educación sanitaria de la población y el fomento de la salud.³

Dentro de las necesidades básicas del individuo, la alimentación y la hidratación son prioritarias en el cuidado integral de la salud de individuos y poblaciones. Si se analiza el cuadro de mortalidad general de Cuba, seis de las 10 primeras causas de muerte están relacionadas con la alimentación y el consumo de alcohol.⁴ La deficiencia de hierro constituye el trastorno nutricional más extendido en el país, y la principal causa de anemia en niños. Se estima que alrededor del 50% de los lactantes con edades entre 6 y 11 meses, y el 30% de los niños de 1 a 3 años de edad, presentan anemias.⁵⁻⁶

A la par de la transición epidemiológica, Cuba está experimentando también otra de tipo alimentaria y nutricional. Junto con la anemia ferripriva y otras carencias nutricionales detectadas en subpoblaciones vulnerables del país, existe una alta prevalencia de obesidad en los niños.⁷

La doble carga de morbilidad nutricional implica la conducción de intervenciones complejas, entre otras razones, por la imposibilidad de imponer dietas restrictivas en los niños pequeños. Esta situación está planteando exigencias nuevas y diferentes a los profesionales de la salud, y subraya la necesidad creciente de nuevas calificaciones que complementen las ya existentes, para poder revertir la situación corriente de salud, y que las políticas públicas que se implementen puedan ser más provechosas.⁸

Una adecuada alimentación durante los dos primeros años de vida resulta fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.⁹ A su vez, las pautas alimentarias aprendidas durante estos años sientan las bases para la constitución de los hábitos alimentarios en etapas posteriores de la vida del individuo.⁹ Debido al rápido crecimiento del niño (que comporta elevados requerimientos nutricionales), sumado a las cantidades limitadas de alimentos ingeridos, la infancia comporta en sí misma una elevada vulnerabilidad nutricional.

La consejería en lactancia materna (administrada tanto a individuos como grupos) ha sido reconocida como el enfoque preventivo más efectivo en la reducción de la morbi-mortalidad infantil.¹⁰⁻¹¹ Asimismo, las intervenciones de educación nutricional para promover una alimentación complementaria óptima han mejorado las prácticas de la alimentación infantil, el consumo de alimentos, y el estado nutricional del niño en contextos de desnutrición.¹² Luego, la promoción efectiva de la lactancia materna exclusiva y la

alimentación complementaria, acompañada de un adecuado seguimiento de los patrones de crecimiento lineal durante los tres primeros años de vida, representan una vía importante para el reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno de la desnutrición y la obesidad infantiles, y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.¹³⁻¹⁴ Por lo tanto, estas acciones deben ser prioridades para todos los países envueltos en contextos de transición nutricional. Pero para que estas intervenciones sean efectivas, se requiere de un personal de salud motivado y a la vez capacitado, y que cuente con las competencias necesarias para ofrecer una adecuada promoción en salud a través de estrategias de comunicación apropiadas que estén basadas en un enfoque culturalmente aceptable tal que facilite la comprensión e inculcación por parte de las madres de los mensajes educacionales que se emitan.¹⁵

Llegado el momento del diseño e implementación de los programas de educación alimentaria y nutricional, los profesionales de salud deben organizar la atención alrededor del paciente.¹⁶⁻¹⁷ Esto es: el profesional debe adoptar un enfoque centrado en el paciente, y en consecuencia, contar con las aptitudes que le faciliten la comunicación y colaboración con los pacientes, por un lado, y con los demás miembros del equipo de salud, por el otro; a la vez que aliarse con las comunidades para mejorar los resultados de su labor educativa; contar con los conocimientos adecuados para la mejoría continua de la seguridad y la calidad de la atención de salud, y que les ayuden a vigilar la evolución de los pacientes, y usar e intercambiar información por medio de la tecnología disponible.

Los esfuerzos del Estado y Gobierno cubanos en aras de proteger la salud infantil se manifiestan tanto en el aseguramiento de los indicadores relacionados con la supervivencia del niño, como en la conducción de las tareas requeridas para la

sostenibilidad del crecimiento, desarrollo y disfrute de calidad de vida de los niñas y niños, en concordancia con lo expresado en el Plan Nacional de Acción en Favor de la Infancia y la Adolescencia.¹⁸⁻¹⁹

Los sistemas de salud, y los servicios de atención primaria como parte de ellos, representan una oportunidad importante para la provisión de conocimientos y asesoría en temas de alimentación y nutrición a las madres y/o los cuidadores de los niños.²⁰ La consulta de atención prenatal, la consulta médica que se brinde al niño (tanto sano como enfermo), las jornadas de vacunación, y las actividades de extensión comunitaria, entre otras, representan espacios dentro de los cuales el profesional de salud puede llegar a las comunidades con mensajes alimentarios y nutricionales. Sin embargo, tales oportunidades o no se utilizan, o se utilizan pobremente, debido a la frecuente rotación y la inestabilidad del personal médico, los costos percibidos como elevados de la capacitación del personal de salud, y la ausencia de los fondos de tiempo para la realización de las actividades de capacitación.²¹⁻²²

En Cuba se han completado diversas acciones para la promoción de estilos y conductas alimentarios adecuados. Muestras de ello son las “Guías alimentarias para la población cubana mayor de 2 años de edad” y las “Guías alimentarias para la población cubana hasta dos años de edad”.²³⁻²⁴ Estas guías alimentarias se han diseñado para la educación alimentaria y nutricional de la población para, de esta manera, promover el consumo de alimentos saludables, variados y culturalmente aceptables; corregir hábitos alimentarios inadecuados, y prevenir la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles en las edades adultas. De esta manera, las guías alimentarias para los dos estratos demográficos de la población cubana deben constituir el instrumento clave para la actividad de la consejería sobre alimentación y nutrición en estas edades.

Llegado este punto, se debe hacer saber que las “Guías alimentarias para la población cubana hasta dos años de edad” se implementaron en la provincia Sancti Spiritus en el año 2011.

El Servicio de Consejería Nutricional se instauró en las unidades de la Atención Primaria de Salud (APS) desde el año 2004 con el propósito expreso de diseminar estos mensajes de salud entre la población que asiste a estas instituciones comunitarias.²⁵⁻²⁶ Para el aseguramiento del cumplimiento de las misiones de este servicio, se destinó al mismo personal altamente calificado en temas de alimentación y nutrición, y dotado de competencias en comunicación y promoción de salud de forma tal que intervengan activamente en los estilos de vida, alimentarios y de actividad física de la población, y promueva el deseado cambio cultural hacia una vida más saludable y más plena.

No obstante, restringir la actividad de la consejería nutricional en cada área de salud a este personal especializado pasaría por alto las responsabilidades que tienen otros actores de la APS en la prevención de salud mediante intervenciones educativas. Los médicos que ejercen en la APS son una fuente importante de información y consejería sobre estilos saludables de vida y prevención de enfermedades crónicas.²⁷ Asimismo, la actuación del médico de familia es fundamental para la validación de las recomendaciones proporcionadas por otros integrantes del equipo de salud que también representan un canal importante de comunicación con los sujetos de la comunidad, tales como el personal de Enfermería y los promotores de salud.²⁷ Las capacidades de estos prestadores de salud deberían entonces explotarse más intensamente.

Habiendo transcurrido una década de la inauguración del Servicio de Consejería Nutricional en la APS, y 5 años de la implementación en la provincia de las guías

alimentarias para los menores de dos años de edad, la autora ha percibido que se requiere conocer qué acogida ha tenido el mismo, si se han cumplido los objetivos que este programa encerraba, qué impacto ha tenido en el cuadro local de salud; y cómo se desempeña el médico de familia en la provisión de consejería sobre la alimentación y la nutrición de los niños con edades entre cero y tres años. Según la literatura especializada que se ha revisado en anticipo de la realización de este estudio, no existen investigaciones sobre tales aspectos en el país.

Asimismo, si se quiere saber si las guías antes citadas han sido entendidas, persuasivas y aplicables, se hace necesario evaluar la comprensión (tanto por los prestatarios del servicio de consejería nutricional como por los receptores) de los mensajes en ellas incluidos, identificar los puntos débiles en la implementación de las guías, medir los elementos que se revelen como sensibles o polémicos; y obtener la requerida retroalimentación del usuario final bajo la forma de comentarios y sugerencias que sirvan eventualmente para la mejoría de las mismas.

En vista de todo lo anterior, se ha completado este trabajo que ha tenido como propósito importante describir el desempeño del médico de la familia que ejerce en instituciones de la APS en el municipio espirituario de Jatibonico en la prestación de servicios de consejería nutricional para los niños con edades menores de 3 años; evaluar las condiciones en que el médico de familia brinda los servicios de consejería nutricional, el dominio del conocimiento de los recursos y herramientas que se requieren para estos servicios, y la calidad del servicio brindado, tal y como lo perciben los padres | familiares de los niños que constituyen la población-diana del mismo.

Como tal, este estudio ha sido el primero sobre esta temática en el antes mencionado municipio, y brindó elementos

novedosos para el perfeccionamiento de los servicios de consejería nutricional, y por extensión, la mejoría de los conocimientos de los profesionales de la salud sobre alimentación y nutrición, y una mayor calidad de los servicios brindados de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Locación del estudio: El municipio de Jatibonico se ubica al este de la provincia de Sancti Spíritus, una de las que ocupa el centro del país. El municipio limita al norte con el municipio de Yaguajay y la provincia de Ciego de Ávila, al sur con el municipio de La Sierpe, y al oeste con el municipio Taguasco.

El municipio de Jatibonico fue fundado en 1904, y su nombre es tomado del ingenio que una vez se erigió en esta localidad, ingenio que a su vez tomó el nombre del río hoy rebautizado como Jatibonico del Sur, y el que, con sus 119 kilómetros de longitud, es el segundo de la provincia. El municipio contiene, además, otros 3 embalses, a saber: La Felicidad, Dinorah y Lebrije.

En la actualidad, el municipio de Jatibonico sostiene una población de 43,519 habitantes distribuidos en un área de 765 kilómetros cuadrados, y ocupa el 11% de la superficie territorial de la provincia. Entre las instituciones de servicios de salud, el municipio cuenta con un Hospital municipal, un Hogar de Ancianos, una Casa de Abuelos, dos clínicas dentales, una clínica psiquiátrica, dos salas de rehabilitación, y dos policlínicos docentes. El primero de ellos se ubica en el Consejo Popular Sur (Área I), y reúne 20 consultorios del Programa del Médico de Familia (CMF). El segundo de los policlínicos ejecuta acciones de alta complejidad, se encuentra en el Consejo Popular Norte (Área II), y cuenta con un total de 24 CMF.

Diseño del estudio: Descriptivo, transversal.

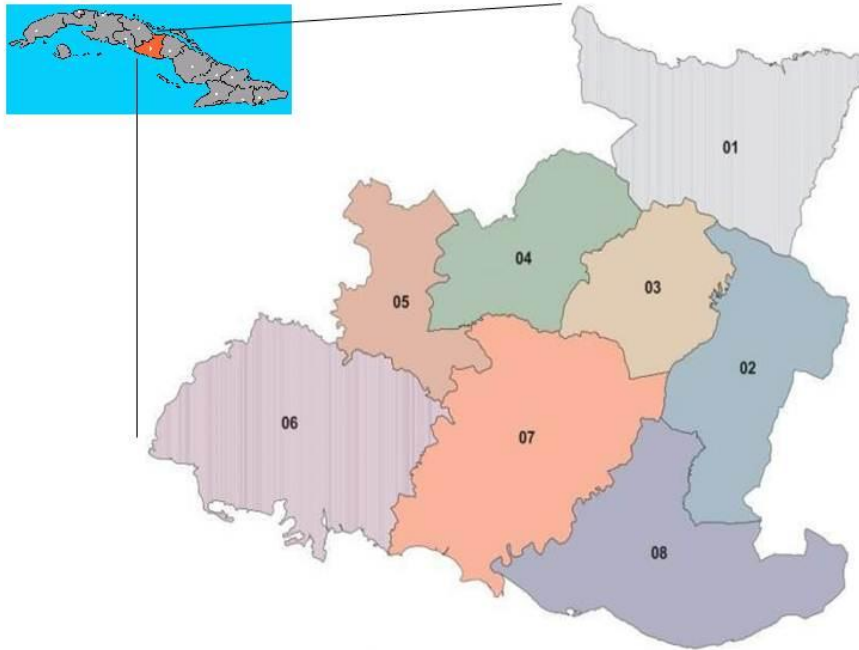
El estudio satisfizo 3 objetivos diferentes mediante la conducción de sendas herramientas diseñadas *ad hoc*. Las dos primeras de las herramientas empleadas en el estudio se administraron a los médicos de familia a fin de evaluar las áreas de conocimientos, actitudes y hábitos (léase prácticas) que el profesional debe saber | saber hacer para brindar una consejería nutricional satisfactoria. La tercera de las herramientas se administró a los cuidadores del niño. Siguiendo criterios de factibilidad, se seleccionaron de 3 a 5 madres, padres, o cuidadores del niño por cada médico de la familia evaluado mediante técnicas de muestreo aleatorio simple.

La primera de las herramientas, que se muestra en el Anexo 1 de este documento, fue una encuesta orientada a identificar las necesidades prácticas y sentidas de los médicos de la familia a la hora de proveer servicios de consejería nutricional para niños con edades entre cero a tres años, y se le aplicó a los médicos de la familia que ejercían en el municipio de Jatibonico entre Marzo y Abril del 2014.

La segunda de las herramientas se presenta en el Anexo 2, y fue una guía de observación que se utilizó para describir las prácticas de los médicos de familia relacionadas con la consejería nutricional para la promoción de la alimentación saludable y la prevención y control de la anemia nutricional en los niños de cero a tres años de edad.

El desempeño del médico de familia en la prestación de la consejería nutricional se evaluó de la capacidad de emitir orientaciones | mensajes nutricionales correctos en el encuentro con el niño y su cuidador, y de responder correctamente a las preguntas incluidas en la guía de observación.

Figura 1. Municipio Jatibonico. Ubicación dentro de la provincia Sancti Spiritus.



Leyenda: 01: Yaguajay. 02: Jatibonico. 03: Taguasco. 04: Cabaiguán. 05: Fomento. 06: Trinidad. 07: Sancti Spiritus. 08: La Sierpe.

Fuente: [http://www.ecured.cu/index.php/Sancti Spíritus](http://www.ecured.cu/index.php/Sancti_Spíritus). Fecha de última visita: 24 de Abril del 2015.

La capacidad del médico de familia de emitir orientaciones | mensajes nutricionales correctos se evaluó mediante 3 categorías: *Suficiente* (léase también *Adecuado* o *Completo*): El profesional evaluado brindó 4 (o más) orientaciones | mensajes correctos sobre las preguntas incluidas en la guía de observación; *Regular*: El profesional brindó entre 2 – 3 orientaciones | mensajes correctos; e *Insuficiente* (léase también *Inadecuado* o *Incompleto*): El profesional brindó solo una orientación | mensaje correcto; respectivamente.

La capacidad del médico de familia de responder satisfactoriamente a las preguntas contenidas en la guía de observación se calificó según el bloque de preguntas, tal y como se muestra en la Tabla 1. La evaluación global del médico de familia según las respuestas satisfactorias anotadas en los 3 bloques evaluados fue como sigue: *Excelente*: 20 – 23 respuestas correctas; *Bien*: 2 bloques de preguntas calificados como *Bien* + 1 bloque calificado como *Regular*; *Regular*: 1 bloque calificado como *Bien* + 2 bloques calificados como *Regular* | *Insatisfactorio*, o 2 bloques calificados como

Bien + 1 bloque calificado como *Insatisfactorio*; e *Insatisfactorio*: Ningún bloque calificado como *Bien*.

Finalmente, la tercera de las herramientas administradas, y que se presenta en el Anexo 3, se empleó para evaluar la aceptabilidad y conformidad de las madres, padres o cuidadores del niño de cero a tres años de edad con la atención recibida por el médico de la familia, y las barreras que afrontaron a la hora de brindarle frutas y vegetales al niño hasta los tres años de edad.

Tabla 1. Pauta empleada para la calificación de las respuestas hechas a las preguntas contenidas en la guía de observación de las prácticas del médico de familia durante la prestación del servicio de consejería nutricional.

Ítem	Respuestas correctas	Calificación
Sobre la alimentación del niño	11 – 13 7 – 10 < 7	Bien Regular Insatisfactorio
Sobre alimentos fortificados y prevención de la anemia	6 – 7 5 < 5	Bien Regular Insatisfactorio
Sobre el crecimiento y desarrollo	3 2 < 2	Bien Regular Insatisfactorio

Consideraciones bioéticas: El propósito del estudio fue explicado a los profesionales y los cuidadores del niño, y se obtuvo de ellos el consentimiento informado para participar en la presente investigación. En todo momento se aseguró la confidencialidad de los datos recogidos.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los datos obtenidos durante la conducción del estudio se vaciaron en un contenedor digital confeccionado con EXCEL versión 7.0 para OFFICE de WINDOWS (Microsoft,

Redmond, Virginia, Estados Unidos). El paquete SPSS versión 17.0 (SPSS Inc., Nueva York) se empleó en el análisis estadístico de los resultados.

Los resultados anotados en las herramientas aplicadas en el estudio se resumieron mediante estadígrafos de agregación (frecuencias absolutas | relativas y porcentajes). Dada la naturaleza descriptiva del estudio no se examinó la significación estadística de los hallazgos obtenidos.

RESULTADOS

En el estudio participaron finalmente 30 médicos de familia que ejercían su práctica profesional y asistencial en otros tantos CMF del municipio Jatibonico, y 105 cuidadores de niños. Los 30 médicos de familia que fueron incluidos en el estudio se corresponden con los que ejercían en los CMF del municipio durante la ventana de observación de la investigación. El 93.3% de los médicos que participaron en el estudio eran especialistas en Medicina General Integral.

La edad promedio de los familiares | cuidadores del niño que participaron en el estudio fue de 27.6 ± 8.2 años (mediana: 27 años). Los cuidadores encuestados fueron mujeres. La distribución de las mujeres encuestadas según el nivel de escolaridad fue como sigue (en orden descendente): *Técnico medio*: 34.3%; *Preuniversitario*: 30.5%; *Secundario*: 18.5%; *Universitario*: 16.2%; y *Primaria*: 1.0%; respectivamente.

La edad promedio de los niños de cero a tres años que asistieron a la CMF en los días en los que se realizaron las observaciones fue de 9.3 ± 7.3 meses (mediana: 7.0 meses). A pesar de que el diseño del estudio previó la selección de niños de hasta 3 años de edad, el comportamiento de la edad sugiere que la mayoría de los niños que asistieron al CMF se correspondieron con los controles hechos

mensualmente en la atención de puericultura a los menores de un año de edad.

Sobre las condiciones materiales para la prestación del servicio de consejería nutricional

La Tabla 2 muestra los recursos materiales disponibles en los CMF para la prestación del servicio de consejería nutricional a los niños menores de 3 años de edad. La baja disponibilidad de infantómetros y la escasa privacidad en la consulta fueron los hallazgos más destacados, y pueden convertirse en barreras para brindar una consejería nutricional adecuada.

Sobre las necesidades de conocimientos, entrenamiento y capacitación del médico de familia en temas de alimentación y nutrición

Cuando el médico de familia fue interrogado sobre las necesidades de conocimientos, entrenamiento y capacitación para un adecuado desempeño en la prestación de la consejería nutricional a los niños menores de tres años de edad, las respuestas fueron (en orden descendente): *Capacitación*: 66.7%; *Información*: 50.0%; *Colaboración científica*: 43.3%; *Intercambio*: 40.0%; y *Apoyo del INHA*: 40.0%; respectivamente.

Sobre el conocimiento y aplicación de las Guías Alimentarias para niñas y niños cubanos hasta dos años de edad

El 100.0% de los médicos de familia conocen y aplican las “Guías Alimentarias para niñas y niños cubanos hasta dos años de edad”, aunque solo el 76.7% de ellos cuenta con las ayudas visuales de las guías en el consultorio médico donde ejercen. El 100.0% de los médicos de familia encuestados encontró adecuado el texto de

estas guías alimentarias, y las ha podido aplicar en la atención alimentaria y nutricional de los niños menores de tres años de edad. Igualmente, el 100.0% de los médicos de familia respondió que las guías le han servido “Mucho” en el trabajo diario con los niños y las madres | cuidadores.

Tabla 2. Estado de los recursos materiales presentes en el consultorio del médico de familia para la prestación del servicio de consejería nutricional a niños menores de tres años de edad.

Recurso	Número [%]
Local para realizar la consulta	30 [100.0]
Iluminación suficiente	24 [80.0]
Privacidad	15 [50.0]
Ventilación adecuada	25 [83.3]
Balanza de adultos	29 [96.7]
Balanza de niños	28 [93.3]
Tallímetro para adultos	25 [83.3]
Infantómetro	14 [46.7]
Cinta métrica	29 [96.7]

Fuente: Registros del estudio.

El 86.7% de los médicos de familia consideró que las guías son fáciles de manejar. Se ha de señalar que solo un 13.3% de los médicos encuestados reportó que las guías fueron “En Parte” fáciles de manejar. El 70.0% de los médicos de familia que participaron en el estudio opinaron que existe una relación “Alta” entre las guías alimentarias para las niñas y niños cubanos de hasta dos años de edad y la educación alimentaria nutricional de los lactantes y niños pequeños. Se hace notar que un 6.7% de los evaluados catalogó como “Baja” esta relación.

El 100.0% de los médicos de familia pudo aconsejar a madres | cuidadores del niño sobre el uso de las guías alimentarias en la alimentación y nutrición de las niñas y niños de hasta dos años de edad.

El 76.7% de los médicos de familia consideró que la información desarrollada en cada tema de las guías alimentarias era factible de poner en práctica; mientras que el 23.3% restante de los encuestados respondió que la puesta en práctica de las guías era “Parcialmente factible”. El 96.7% de los médicos de familia opinó que la información contenida en las guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta dos años de edad le pareció “Completa”, en contraposición con el 3.3% restante que la encontró “Regular”. Asimismo, el contenido, la comprensión y el orden lógico de las guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta dos años de edad fueron encontrados “Adecuado” por el 96.7% de los médicos encuestados.

Sobre el conocimiento y aplicación de las Guías Alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad

Solo el 83.3% de los médicos de familia encuestados conocen las “Guías Alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad”, el 92.0% las aplican, y el 73.3% dispone de una copia física de ellas en el consultorio médico donde ejercen. El 96.0% de los médicos de familia encontró “Adecuado” el texto de las guías, mientras que el 4.0% restante lo encontró “Regular”.

El 88.0% de los encuestados refirió que las guías le han servido “Mucho” en la educación alimentaria y nutricional de los mayores de 2 años de edad, pero para el 12.0% restante las guías le habían servido “Poco”. Igualmente, el 88.0% de los médicos participantes en el estudio consideró que las guías fueron fáciles de manejar, en contraposición con el 12.0% restante que consideró que eran fáciles de manejar “En parte”.

El 72.0% de los médicos evaluados encontró “Alta” la relación entre la guía alimentaria y la educación alimentaria y

nutricional de los niños con edades entre 2 – 3 años. Por su parte, esta relación fue “Media | Regular” para un 24.0% de los participantes, y “Baja” para el 4.0% restante.

El 96.0% de los médicos refirió que ha podido aconsejar a la población con edades entre dos y tres años sobre asuntos de la alimentación y la nutrición apoyándose en las presentes guías alimentarias.

El 80.0% de los médicos consideró que la información desarrollada en la guía era “Factible” de poner en práctica, pero el 20.0% restante lo encontró “Parcialmente factible”.

El 92.0% de los médicos de familia encontró “Completa” la información contenida en las guías alimentarias para los mayores de 2 años de edad. Al 8.0% restante le pareció “Regular”.

El contenido de las guías alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad fue encontrado “Adecuado” por el 100.0% de los médicos entrevistados, mientras que la comprensión y el orden lógico de las guías fueron “Adecuados” para el 96.0% de los participantes.

Sobre la consejería correspondiente a la alimentación del niño

El 86.7% de los médicos aconsejó sobre las ventajas de la lactancia materna; y en el 73.1% de ellos esta consejería fue “Suficiente”.

El 73.3% de los médicos encuestados aconsejó sobre la técnica adecuada de amamantamiento, y en el 68.2% de ellos esta consejería fue “Suficiente”. Llamó la atención que el 16.7% de los médicos evaluados orientara suspender la lactancia materna.

El 60.0% de los médicos participantes en el estudio aconsejó sobre los alimentos con qué iniciar la alimentación complementaria según lo anotado en las guías alimentarias para los niños menores de

2 años; y en el 66.6% de ellos esta acción educativa fue “Completa”.

Únicamente el 56.7% de los médicos proveyó consejos sobre cómo introducir gradualmente los alimentos durante la alimentación complementaria; pero en el 64.7% de ellos esta consejería fue “Suficiente”. Un 29.4% de los evaluados realizó “Parcialmente” esta actuación, y en el 5.9% restante fue “Insuficiente”.

El 86.7% de los médicos orientó sobre la higiene en la conservación y manipulación de los alimentos en estos niños de corta edad de edad. Para el 73.1% de ellos, la orientación fue “Adecuada”. En el otro 23.1% la orientación fue “Regular”, y faltaron elementos claves sobre el lavado de las manos del cuidador tras el cambio de pañales del niño, o el aseo del niño antes de la ingestión de alimentos. En el 3.8% restante la consejería fue “Inadecuada”.

El 73.3% de los médicos orientó sobre el número adecuado de comidas diarias según la edad del niño; mientras que el 50.0% de los médicos orientó a los padres | cuidadores del niño sobre los utensilios a emplear en la alimentación complementaria.

Solo el 76.0% de los médicos de familia investigó sobre las cantidades, los tipos, y las formas de preparación de los alimentos consumidos por el niño durante la alimentación complementaria. La calidad de la investigación hecha fue como sigue: *Completa*: 52.2%; *Regular*: 34.8%; e *Incompleta*: 13.0%; respectivamente.

Igualmente, solamente el 46.7% de los médicos evaluados aconsejó evitar que se le añadiera azúcar a las preparaciones líquidas de consumo ordinario por el niño durante la alimentación complementaria, como los jugos de frutas, la leche y el yogurt. Asimismo, solo el 33.3% de los médicos participantes esclareció sobre los perjuicios del consumo de la sal para la salud, y cómo adaptar al niño para que la consuma en pequeñas cantidades. Llamó la atención que un 63.4% de los encuestados no aclarara a

los asistentes a la consulta sobre los peligros del uso excesivo de sal, y que el 3.3% restante solo lo hiciera parcialmente. Si bien el 90.0% de los médicos examinados estimuló la familia hacia el uso de alimentos naturales, esta actuación fue “Suficiente” en solo el 70.4% de ellos.

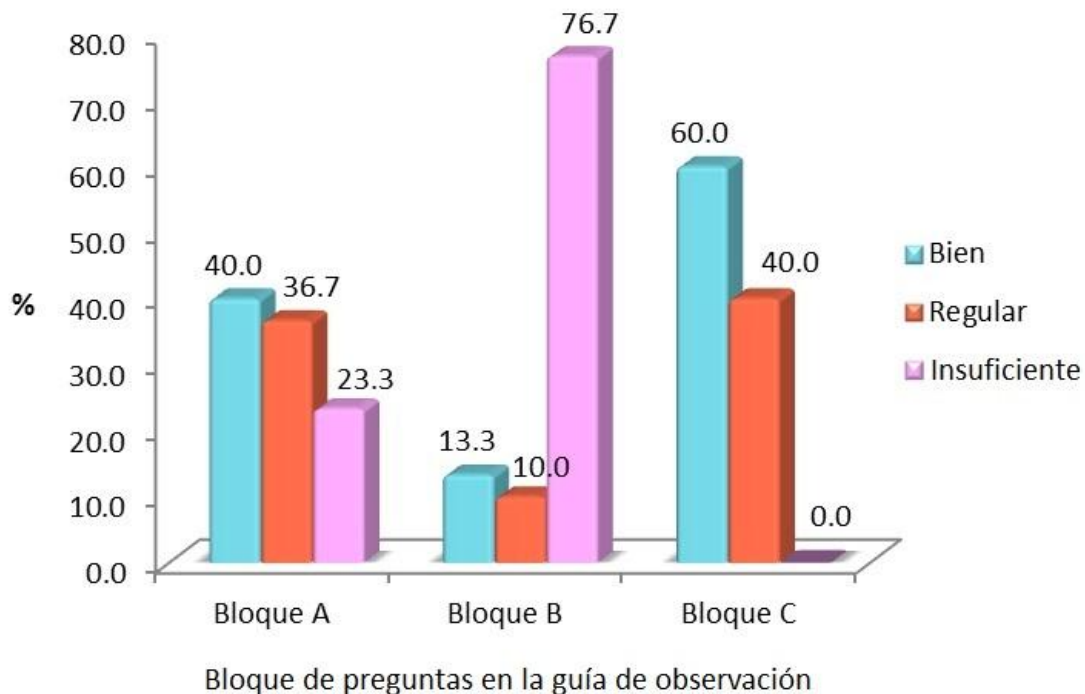
Solo el 76.7% de los médicos entrevistados verificó el entendimiento por parte de los padres | cuidadores de la información transmitida sobre los aspectos discutidos de alimentación y nutrición del niño. En el 82.6% de ellos la actuación fue “Adecuada”, en otro 8.7% fue “Parcialmente adecuada”, y en el 8.7% restante fue “Inadecuada”.

Sobre el consumo de alimentos fortificados en la prevención de la anemia

Solamente el 46.7% de los médicos informó a los padres | cuidadores sobre la existencia de compotas fortificadas con hierro para la alimentación del niño y la prevención de la anemia. La información proporcionada fue “Completa” en el 71.4% de ellos. Componiendo este hallazgo, solo el 6.7% de los médicos informó sobre el pan elaborado con harina de trigo fortificada como acción nutricional importante para la prevención de la anemia en el niño. Igualmente, solo la tercera parte de los médicos participantes orientó a los familiares del niño sobre aquellos alimentos que favorecen la absorción del hierro alimenticio, y cómo combinarlos para una mejor absorción de este mineral. Las orientaciones emitidas por estos médicos fueron calificadas como “Completa” en el 60.0% de las instancias, y “Regular” en el 40.0% restante.

Todavía fue más llamativo comprobar que solo el 40.0% de los médicos orientó sobre las consecuencias de la deficiencia de hierro, aunque cabe decir que la información transmitida fue “Suficiente” en el 75.0% de las instancias.

Figura 2. Distribución de las respuestas correctas emitidas por los médicos de familia encuestados a las preguntas contenidas en la guía de observación. Para más detalles: Consulte la sección “Resultados” de este artículo.



Fuente: Registros del estudio.

Si bien el 83.3% de los médicos encuestados indicó la determinación de hemoglobina en los momentos establecidos por la atención de puericultura, solo la tercera parte de ellos prescribieron el uso del suplemento FORFER (Industria Farmacéutica Nacional) en la prevención y control de la anemia en el niño atendido.

Finalmente, la observación hecha reveló que solo el 40.0% de los médicos aconsejó a los familiares del niño sobre la prevención de la anemia, y que la consejería transmitida fue catalogada como “Suficiente” en el 66.7% de las veces,

“Parcialmente suficiente” en un 25.0%, e “Insuficiente” en el 8.3% restante.

Sobre el crecimiento y desarrollo del niño

El 100.0% de los médicos evaluados informaron al familiar sobre los valores corrientes de la talla y el peso del niño, pero solo el 60.0% de ellos graficaron los datos acumulados en las sucesivas consultas, y utilizaron los gráficos construidos en el seguimiento de la tasa de crecimiento lineal del niño y la velocidad del crecimiento.

Sobre el desempeño del médico de familia en la prestación de la consejería nutricional

De acuerdo con los resultados de la guía de observación de las prácticas de consejería nutricional del médico de familia, solo el 3.3% de los médicos fueron evaluados de “Excelente”, y otro 6.7% como “Bien”, en su desempeño en este servicio. Por el contrario, el 63.3% de ellos fue calificado como “Regular”, y el 26.7% restante de “Insuficiente”.

La Figura 2 muestra la distribución de las calificaciones de desempeño del médico de familia según los bloques de preguntas incluidos en la guía de observación.

Sobre la percepción del familiar / cuidador del niño de la calidad de la consejería nutricional ofrecida

El 55.5% de los familiares | cuidadores asistía por primera vez a la consulta de consejería nutricional ofrecida por el médico de la familia. El 90.5% de ellos se sintió bien atendido por el (la) profesional actuante. El 80.0% de los encuestados tuvo oportunidad de exponer al profesional sus problemas y preguntas, y logró que le atendieran. Se debe hacer notar que el 20.0% restante consiguió sus propósitos en parte. El 91.4% de los interrogados pudo hacer preguntas y aclarar sus dudas durante la consulta con el profesional. De hecho, el 95.2% de los asistentes a la consulta le recomendaría a otra persona atenderse con el profesional actuante. El 81.0% de los familiares | cuidadores valoró como “Positiva” la calidad de la atención recibida por el profesional, un 34.3% lo hizo como “Interesante”, mientras que fue “Negativa” para el 5.7%.

Sobre las barreras para la introducción de frutas y vegetales en la alimentación del niño

En cuanto a las barreras que tienen los padres | cuidadores para la introducción de frutas y vegetales en la alimentación de los niños menores de tres años, solo entre el 23.8 – 27.6% de ellos se mostró “Muy segura” de superarlas apelando a alguna de las opciones anotadas en la encuesta administrada. La Tabla 3 muestra los resultados observados en este acápite de la investigación.

DISCUSIÓN

Este trabajo presenta por primera vez el estado de la consejería nutricional que se le brinda a padres y familiares de los niños menores con edades < 3 años en un municipio de la provincia Sancti Spiritus. Como tal, probablemente este trabajo sea el primero que describe esta actividad en la provincia, y tal vez, la nación, hasta donde alcanza la revisión de la literatura especializada.

La inspección de los locales empleados para la consejería nutricional reveló la baja disponibilidad de infantómetros para la evaluación antropométrica de los niños, y la escasa privacidad para la prestación del servicio. Asimismo, la inspección completada en los consultorios del programa del MF donde se brinda el servicio reveló que la cuarta parte de los médicos no dispone de las ayudas visuales contentivas de las “Guías alimentarias para la población cubana” que sirven para educar al familiar | cuidador del niño en una correcta actuación alimentaria y nutricional.

Tabla 3. Calificación de las acciones que emprenderá el familiar | cuidador del niño para introducir frutas y vegetales en la alimentación diaria.

Acciones para superar las barreras para ofrecer frutas y vegetales al niño	Muy segura	Segura	Poco segura	Nada segura
	Número [%]	Número [%]	Número [%]	Número [%]
<i>Aun cuando le tome tiempo comprarlas</i>	29 [27.6]	62 [59.0]	14 [13.3]	0 [0.0]
<i>Aunque tuviera que intentarlo varias veces</i>	25 [23.8]	65 [61.9]	15 [14.3]	0 [0.0]
<i>Aunque tuviera que cambiar su idea de alimentación</i>	29 [27.6]	55 [52.4]	21 [20.0]	0 [0.0]
<i>Aunque no recibiera apoyo de otras personas en los primeros intentos</i>	29 [27.6]	54 [51.4]	22 [21.0]	0 [0.0]
<i>Aunque tuviera que hacer planes detallados para lograrlo</i>	26 [24.8]	64 [61.0]	14 [13.3]	1 [1.0]

Fuente: Registros del estudio.

Aunque los médicos de familia registran, interpretan y transmiten a los familiares | cuidadores el estado corriente de la longitud supina | estatura y el peso del niño, no son capaces de ordenar estos datos según el tiempo de seguimiento evolución, perdiéndose así una oportunidad valiosa de comprender cómo el niño crece y se desarrolla a lo largo de los primeros años de vida. Para que la actividad de consejería nutricional sea adecuada cuando se trate de seguir el crecimiento y desarrollo del niño, el médico de familia (y por extensión, el que se desempeña en la APS) debe ser capaz de explicar a los padres en forma clara sencilla, y asistido del gráfico que se ha incluido en el expediente de salud del niño, cómo se produce la ganancia de estatura y peso a medida que transcurre el tiempo; y cómo interpretar los accidentes registrados en el gráfico de crecimiento y desarrollo del niño de cara a la toma de decisiones ante desviaciones tenidas como “anormales”.²⁸

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance que se establece entre la ingestión de los alimentos y la utilización de los nutrientes en ellos contenidos. El estado nutricional es una condición propia del individuo que remite a la disponibilidad y utilización de la energía y los nutrientes a nivel celular. En los niños, especialmente aquellos que transitan por el primer año de vida extrauterina, debido a la gran velocidad de crecimiento propia de esta edad, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en él. Por esta razón, el control periódico del estado de salud de los niños con edades entre 0 – 5 años constituye el elemento más valioso en la detección precoz, corrección oportuna, y prevención en última instancia de las alteraciones nutricionales que puedan presentarse.

La evaluación nutricional en la práctica de la Pediatría se ha orientado primariamente al diagnóstico y clasificación de los estados de deficiencias nutrimentales, en virtud del impacto que los mismos tienen sobre la morbi-mortalidad infantil. Sin

embargo, y ante el avance de la epidemia de la obesidad entre la población infantil, la evaluación nutricional también debe enfocarse en la detección del exceso de peso, a fin de evitar las repercusiones metabólicas de esta condición.²⁹

La comprensión y aprehensión de los contenidos y mensajes incluidos dentro de las guías alimentarias para la población cubana no representan obstáculos importantes para que el médico de familia brinde una adecuada consejería nutricional, e incluso más de las tres cuartas partes de ellos considera que es factible la implementación de las mismas. Sin embargo, llegado el momento de brindar el servicio de consejería nutricional, se observó que la octava parte de los médicos de familia orientó en algún momento suspender la lactancia materna. Igualmente, el 40% de los médicos no aconsejó a los padres | familiares del niño sobre los alimentos adecuados para iniciar la alimentación complementaria, ni tampoco sobre cómo introducir otros gradualmente durante esta etapa de la vida del niño que es crucial para el desarrollo de hábitos saludables de alimentación; ni qué cubiertos emplear. Se comprobaron también importantes lagunas en las orientaciones del médico de familia sobre la higiene que debe mantener el cuidador durante la conservación, preparación y servido de alimentos, y en especial, la importancia del lavado frecuente y correcto de las manos, incluso siempre que se lave | bañe el niño y/o se retiren los pañales sucios.

La higiene, conservación y manipulación de los alimentos que se le ofrecen al niño en el hogar son claves para prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos, a la vez que garantizar la inocuidad de los mismos para que puedan cumplir realmente su función nutricional. La insistencia en el lavado correcto y frecuente de las manos, la limpieza de utensilios de cocina y superficies de contacto con el alimento, y la adopción de buenas prácticas

de cocción y conservación de los alimentos siempre deben ocupar un papel central en la consejería nutricional que brinde el médico de familia.

Las madres requieren ayuda profesional calificada que les permita mejorar las técnicas de amamantamiento a la vez que fortalecer su confianza y autoestima, para de esta manera prevenir | resolver satisfactoriamente los incidentes que surjan durante la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé.³⁰ La consejería sobre la lactancia materna exclusiva puede resultar en numerosos beneficios tanto para el niño como para la madre,³¹⁻³² y es por ello que debe ser implementada en la APS.³³⁻³⁴ La consejería sobre la lactancia materna exclusiva se puede desarrollar en paralelo con otras estrategias que propicien esta práctica, entre ellas, el fortalecimiento de la iniciativa del “Hospital Amigo del Niño y la Niña”.³⁵

Los hábitos alimentarios son determinantes del estado de salud de la población, se configuran en la infancia, y se desarrollan y asientan a lo largo de la vida del sujeto.³⁶ Sobre los hábitos alimentarios de individuos y poblaciones se puede incidir mediante programas educativos que refuercen pautas adecuadas de conducta alimentaria. El médico de la familia y los familiares del niño deben actuar de conjunto para establecer hábitos alimentarios beneficiosos para la salud del mismo, y así sembrar las bases de su futura alimentación. Las costumbres alimentarias instauradas en estas edades tan tempranas serán luego difíciles de modificar. El objetivo prioritario en esta etapa de la vida es entonces educar al niño en los hábitos dietéticos adecuados y los estilos saludables de vida.

El número de comidas diarias en un niño pequeño cuando se transita por la alimentación complementaria está sujeto a múltiples factores, pero por lo general se sugiere iniciar esta etapa en la vida del niño

con una comida diaria, e ir incrementando el número de las comidas de manera progresiva en los días siguientes, hasta completar 5 comidas en el día, además de la lactancia materna. Después que cumple un año de edad, el niño se debe adaptar a los horarios de alimentación de la familia, y compartir siempre que se pueda el momento de las comidas con el resto de sus familiares.³⁷⁻³⁹

El consumo de alimentos naturales, no procesados industrialmente, y sin tener que añadirles sal o azúcar, constituye uno de los mensajes incluidos en las “Guías alimentarias para la población cubana hasta dos años de edad”.¹³ Era de esperar entonces que el médico que se desempeña en la APS lo dominara. Sin embargo, se comprobó que una proporción mayoritaria de los médicos de familia falló en aconsejar a la familia sobre los perjuicios del consumo de azúcar y sal con los alimentos que se le sirven al niño, y cómo prevenir el consumo excesivo de estos alimentos en edades tan tempranas.

Los alimentos contienen suficiente cantidad de sodio como para satisfacer las necesidades diarias de este mineral en estas edades. Por lo tanto, no se recomienda ni la adición de sal a los alimentos que se le ofrecen al niño ya preparados, listos para consumir; ni el empleo de alimentos con un contenido excesivo de sal, entre ellos, embutidos, enlatados, sazonadores, y sopas pre-elaboradas. La adopción de estilos de alimentación que sirvan para adaptar el paladar del niño desde estas edades a solo las cantidades de sal que están presentes naturalmente en los alimentos puede contribuir a la prevención de enfermedades en la adultez como la hipertensión arterial.

El azúcar es considerado como una fuente de energía de fácil absorción. Añadida a los alimentos, incrementa el contenido energético de la dieta, a la vez que disminuye la densidad nutrimental de la misma. Las bebidas azucaradas (como los refrescos, jugos de frutas, y néctares) son una de las principales fuentes de azúcar en la

dieta del niño pequeño. De ahí la importancia que tiene acostumbrar al bebé desde muy pequeño a ingerir los alimentos sin que se les añada azúcar. Los azúcares refinados son un factor de riesgo para el desarrollo de caries dentales. Pero también las dietas con una presencia elevada de azúcar se asocian al aumento en la ocurrencia de la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes mellitus.¹³ La obesidad que aparece en las edades tempranas de la vida comporta serios riesgos para la salud en años posteriores, cuando no se corrige a tiempo.¹³

Siendo como es la anemia por deficiencia de hierro la carencia micronutricional más extendida en el país,⁵⁻⁶ y que son precisamente los niños menores de 2 años de edad los más vulnerables a esta carencia, y en los que se han registrado las prevalencias más elevadas, llamó la atención la pobre actuación del médico de familia cuando se trata de aconsejar a los familiares | cuidadores sobre la existencia y consumo de alimentos fortificados con hierro que se destinan a esta población-diana, tales como las compotas de frutas y los productos elaborados con harina de trigo; y las prácticas dietéticas y culinarias que pudieran adoptarse para prevenir esta carencia, entre ellas, la elección juiciosa de los alimentos y la combinación de los mismos para favorecer la máxima absorción del hierro no hemínico.

Tampoco los médicos de familia pudieron aconsejar sobre los perjuicios y consecuencias de la anemia por deficiencia de hierro en el niño con edades < 3 años, ni la existencia, uso y consumo de los suplementos de hierro que el Estado y el Gobierno cubanos entrega para el tratamiento de la misma. No debería extrañar entonces que la actuación del médico de familia en la prestación de la consejería nutricional haya sido calificada como “Insatisfactoria”, y que esta calificación haya sido debida en gran parte a la ausencia de conocimientos adecuados sobre la

prevención, control y tratamiento de los cuadros carenciales de hierro, como reveló la guía de observación de las prácticas de consejería nutricional del médico de familia que se aplicó en la segunda fase del presente trabajo.

Desde 1997 se conduce en el país un Plan Nacional para la Prevención y Control de la deficiencia de hierro y la Anemia en la población cubana de carácter multisectorial, coordinado a través del sector de la salud, y que ha desarrollado acciones que abarcan desde la fortificación de alimentos con hierro tanto para la población general como subgrupos específicos, hasta la elaboración y puesta a disposición del personal de salud en la APS de suplementos del mineral. Si bien el plan tiene un doble carácter, se enfatiza en la prevención antes que en el control de la anemia, ya que para los grupos de riesgo el control de la anemia puede resultar una acción tardía. En el caso del niño pequeño, la anemia, una vez instaurada, tiene efectos irreversibles sobre el desarrollo físico, cognoscitivo e intelectual.

Una adecuada consejería en alimentación y nutrición puede mejorar el estado nutricional del hierro mediante el consumo de alimentos favorecedores de la absorción de este mineral. De todos es sabido que el hierro alimenticio se puede presentar como hierro *heme* (en los alimentos de origen animal dentro de la estructura química de la hemoglobina y la mioglobina) y como hierro *no heme* (léase también hierro inorgánico) en alimentos de origen vegetal como las verduras y los cereales.⁴⁰ El hierro *heme* tiene una biodisponibilidad elevada y se absorbe bien, y es por ello que es la fuente preferida del hierro alimenticio. Sin embargo, la participación del hierro *heme* en el hierro alimenticio total es a menudo baja, incluso en los países con consumos elevados de carnes rojas.⁴⁰ Por lo tanto, la mayor parte del hierro incluido en la alimentación infantil corresponde al hierro *no heme*.⁴⁰

La cantidad absorbida de hierro *no heme* es muy variable, y depende del estado de hierro del niño y los demás componentes de la dieta que pueden interactuar con el hierro *no heme* para intensificar | inhibir la biodisponibilidad del mismos.⁴¹ El ácido ascórbico y algunos aminoácidos (cisteína) fomentan la absorción del hierro reduciendo el hierro férrico a la forma ferrosa, que es más soluble y absorbible. El ácido cítrico puede intensificar la absorción de hierro *no heme* por quelación del mineral para mantenerlo en solución.⁴² Los inhibidores de la absorción del hierro *no heme* son los fitatos en las dietas a base de vegetales y cereales; los compuestos polifenólicos presentes en verduras, legumbres, frutas, té y chocolate; el calcio de los productos lácteos; y las proteínas de la leche y el huevo. En consecuencia, la estrategia alimentaria más efectiva para mejorar la absorción del hierro *no heme* consiste en incluir en la alimentación del niño, junto con los alimentos de origen animal, frutas cítricas o guayaba (después de los cítricos, la fruta con mayor contenido de ácido ascórbico); tomate y vegetales de hojas verdes.⁴³ Por lo tanto, una dieta variada y equilibrada puede satisfacer las necesidades de hierro de los niños en estas edades (excepción sea hecha tal vez de los lactantes). Orientar y aconsejar adecuadamente a las madres sobre los beneficios de estas acciones alimentarias en un lenguaje, sencillo, claro y exacto puede entonces mejorar el estado nutricional del hierro en los niños pequeños, a la vez que contribuye a la prevención de la anemia en estas edades.

La fortificación con hierro de los alimentos de consumo más frecuente por la población (como el pan y otros productos elaborados de panadería) se considera en la actualidad el enfoque de salud pública más rentable y sostenible para mejorar el estado nutricional del hierro y prevenir la carencia del mineral durante la infancia.⁴⁴⁻⁴⁶

También se ha demostrado que el aporte de suplementos de hierro es efectivo en el mantenimiento del estado nutricional del hierro en la primera infancia, y reduce la prevalencia de los estados de deficiencia de hierro y la frecuencia de la anemia por deficiencia de hierro en niños mayores.⁴⁷ En los lactantes con edades comprendidas entre los 6 – 12 meses, se recomienda el aporte complementario de hierro cuando los alimentos complementarios enriquecidos con hierro no están disponibles, o no son accesibles, o se identifique algún factor de riesgo que predisponga a la aparición de la deficiencia del mineral.⁴⁸⁻⁵⁰

El presente estado de las cosas pudiera trazarse hasta las oportunidades de capacitación, superación técnico-profesional y entrenamiento que el médico de familia que brinda el servicio de consejería nutricional tiene sobre los temas evaluados (y otros igualmente importantes) de Alimentación y Nutrición. La encuesta conducida reveló la necesidad sentida del médico de familia de contar con más oportunidades de capacitación, superación y entrenamiento como condición requerida para un mejor servicio de consejería nutricional para la población-diana del municipio. El diseño e implementación de actividades de educación continuada en temas de alimentación y nutrición deberían ser prioritarios para los médicos de familia y otros actores de salud que se desempeñan en la APS.

Para los padres | familiares | cuidadores del niño, sin embargo, el servicio de consejería nutricional brindado por el médico de familia fue percibido como satisfactorio. Hay que hacer notar que la mayoría de ellos lo recibía por primera vez, y es probable entonces que los conocimientos transmitidos por el médico de familia hayan servido para responder a un núcleo íntimo de inquietudes y preguntas sobre las formas de alimentar al niño. La participación de los padres | familiares |

cuidadores del niño en las actividades de la consejería en alimentación y nutrición significa brindarles (además del conocimiento vertido por el médico) confianza y seguridad, ofrecerles un espacio para que expresen con sus propias palabras lo que sienten y piensan sobre la salud, primero, y la alimentación, después, del niño; y colaborar con ellos en la búsqueda de alternativas para mejorar continuamente estos aspectos.⁵¹

Debe señalarse que la satisfacción que muestran los padres | cuidadores por la información proporcionada por el médico de familia, la oportunidad para exponer dudas e interrogantes, y la percepción del trato recibido, pueden estar limitados por los conocimientos que ellos tienen sobre los temas (al menos trascendentales) de alimentación y nutrición.⁵²⁻⁵⁴ El insuficiente empoderamiento de los padres | familiares | cuidadores del niño pequeño puede producir entonces efectos engañosos, pues ellos desconocen | ignoran cómo podría influir el servicio de consejería nutricional en el logro de la alimentación saludable del niño y la familia.

Finalmente, el ejercicio evaluativo descrito a lo largo de este trabajo consideró las barreras que deben enfrentar los padres | familiares | cuidadores para incorporar las frutas y los vegetales en la dieta regular del niño. Ante el avance de la epidemia de la obesidad en la población infantil, se han publicado trabajos que han concluido que el consumo regular de frutas y vegetales puede convertirse en un factor independiente de protección contra las enfermedades crónicas no transmisibles derivadas del exceso de peso.⁵⁵⁻⁵⁶ Las guías alimentarias avanzadas para la población cubana incluyen mensajes sobre la conveniencia de un mayor consumo de alimentos naturales, no procesados industrialmente, por un lado, y de frutas y vegetales, por el otro. En tal sentido, solo la cuarta parte de los familiares | cuidadores encuestados se mostraron “Muy Seguros” de

incorporar frutas y vegetales en la alimentación del niño.

No fue objetivo de la investigación presente examinar la(s) causa(s) de las barreras que impiden una mayor presencia de las frutas y los vegetales en la alimentación del niño, y con ello, una alimentación saludable. Estas barreras pudieran estar asociadas a una amplia oferta de bebidas y alimentos de alta densidad energética acompañada de una publicidad engañosa (o por lo menos, mal decodificada por las personas receptoras) que puede estimular el consumo irrestricto de los mismos. Ello, unido a la ausencia de conocimientos sólidos sobre las ventajas de incorporar las frutas y los vegetales en la dieta regular del niño y el resto de la familia, y cómo prepararlos en platos que sean agradables y palatables, la baja disponibilidad estacional, y el alto costo, puede significar en una pobre presencia en la alimentación complementaria (por no decir nula) de tales alimentos. Las barreras consideradas (junto con otras tantas aún por identificar) pueden afectar la efectividad de la consejería en alimentación y nutrición en cuanto a la inculturación por la población de una alimentación saludable. La remoción de tales barreras sin duda debe contribuir a la mayor presencia y consumo de alimentos tenidos como saludables en la dieta regular del niño. Asimismo, cambiar las percepciones, creencias y actitudes de los padres | familiares | cuidadores en relación con las amenazas que impone el entorno actual sobre la alimentación y la salud de los niños, puede ser la medida última del impacto de la consejería en alimentación y nutrición.

CONCLUSIONES

Los médicos de familia que se desempeñan en el municipio espirituario de Jatibonico no están capacitados, ni disponen de las herramientas básicas, para brindar

consejería nutricional a los niños de cero a tres años de edad. La insuficiente capacitación y superación, la escasa privacidad de los locales destinados a esta actividad, y la baja disponibilidad de infantómetros y ayudas visuales contentivas de las guías alimentarias para la población cubana constituyen necesidades reales y sentidas de los médicos de la familia en la prestación de este servicio a la comunidad. Se identificaron fallas importantes en el abordaje por el médico de familia de aspectos relacionados con la prevención, control y tratamiento de la anemia en el niño pequeño. No obstante, se debe destacar fortalezas en la exposición de las ventajas de la lactancia materna, las técnicas correctas de amamantamiento, y la higiene y conservación de los alimentos. La mayoría de las madres | padres | cuidadores de los niños con edades entre cero a tres años se mostraron satisfechos en relación con el servicio de consejería nutricional brindado por el médico de la familia. Una proporción importante de los familiares encuestados no estaba segura de poder superar barreras que impiden una mayor presencia de las frutas y los vegetales en la dieta regular del niño.

Se destaca también la disparidad entre el conocimiento demostrado por los médicos en la observación de los procedimientos relativos a la consejería nutricional y el referente metodológico trazable hasta los correspondientes protocolos de actuación. Esta discordancia es crítica dado que los temas propios de la alimentación y la nutrición en los niños comprendidos en estas edades deberían ser del total dominio de los profesionales de la APS.

Las guías alimentarias para la población cubana tienen como propósito fundamental ofrecer información comprensible para que las personas seleccionen juiciosa e inteligentemente los alimentos y los estilos dietéticos consistentes con una alimentación saludable. El médico de la familia juega un papel importante a la

hora de promover entre la población radicada en su área de influencia los mensajes contenidos en las guías. A pesar de las limitaciones identificadas, las guías alimentarias para la población cubana han jugado un papel importante como instrumento para la educación alimentaria y nutricional en el nivel primario de atención de salud del país.

Limitaciones del estudio

El presente estudio se ha completado en solo uno de los 11 municipios que integran la provincia Sancti Spíritus. Por ello, los resultados obtenidos deben interpretarse en el contexto en que se obtuvieron. No obstante lo dicho, los hallazgos del trabajo reseñado pudieran contribuir a la comprensión de los factores que sirvan para mejorar la calidad de la consejería nutricional en los niños de cero a tres años de edad, a la vez que servir de incentivo para replicarlo en los otros municipios de la provincia, e incluso el resto del país. La riqueza del estudio que se ha presentado estas páginas radica en la identificación de algunos de los factores que impiden | obstaculizan la consejería nutricional para los niños pequeños junto con sus padres y cuidadores, así como en la constatación de los elementos que pueden ayudar en la búsqueda de soluciones a los mismos, muchas de ellas de bajo costo y accesibles a las familias.

La utilidad de este trabajo será demostrada cuando se puedan aplicar las recomendaciones del mismo de manera sistemática en la población cubana, y cuando este esfuerzo conjunto pueda resultar en una mejor alimentación de los niños, la garantía de un normal crecimiento junto con el desarrollo de todos sus potenciales, y la disminución de las altas tasas de anemia y de sobrepeso y obesidad.

RECOMENDACIONES

Se recomienda extender el presente estudio a los restantes municipios de la provincia, para después llevarlo a cabo en las otras provincias del país, para así focalizar mejor las acciones en la consejería nutricional en niños de cero a tres años de edad. También se recomienda aplicar intervenciones educativas que mejoren el desempeño del médico de familia en la prestación de la consejería nutricional, y de esta manera, contribuir a una adecuada alimentación durante los primeros años de vida.

En opinión de la autora, los nutricionistas titulados universitarios que se encuentran realizando funciones de consejería nutricional en las áreas de salud pudieran jugar un papel más activo en la capacitación de los médicos de familia (al igual que otros profesionales). Sin embargo, ello requiere, en primer lugar, de características personales claves tales como una elevada preparación técnica, liderazgo, creatividad, compromiso, e interés. Todo lo anteriormente dicho contribuirá a que la consejería en alimentación y nutrición sea una actividad imprescindible del quehacer médico.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Santa Jiménez Acosta y Dr. Guillermo Andrés Pulido Estrada, por el apoyo brindado en la realización de este trabajo.

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-Ejecutivo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por la colaboración brindada en la redacción de este reporte.

SUMMARY

Rationale: Nutritional counseling has been conceived as an intervention of the family physician upon the dietetic styles of the population dwelling in the area of his/her influence, in order to promote recommendations for a healthy feeding on one hand, and to prevent onset of non-communicable chronic diseases associated with body weight excess, on the other. **Objective:** To assess performance of the family physician in the provision of nutritional counseling in the province of Sancti Spiritus. **Study design:** Observational, analytical. **Material and method:** State of knowledge of 30 family physicians practicing in the county of Jatibonico (Sancti Spiritus, Cuba) on child growth and development, healthy feeding, and prevention of anemia in children with ages < 3 years was assessed by means of a structured survey and an observation guide. Acceptance of nutritional counseling by the service recipients was measured by means of opinion survey as administered to 105 caregivers. **Results:** Performance of only 10.0% of examined physicians was evaluated as "Good" | "Excellent", this finding prompting to improvement in the professional capacity of the physician in the measured aspects. Limited training offers, scarce privacy during medical interview, low availability of measuring boards, and poor presence of visual aids containing the "Food Guidelines for the Cuban population under 2 years" were referred as practical as well as felt needs by the physician when it comes to provide the service of nutritional counseling. **Conclusions:** There is a disparity between knowledge of the family physician when conducting procedures comprised within nutritional counseling and performance protocols that should serve as methodological reference. Most of the recipients were satisfied with the nutritional counseling provided by the family physician. **Sibero Pérez Y.** The state of nutritional counseling as provided to children under three years of age in a county of Sancti Spiritus. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 20015;25(1):132-161. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Nutritional counseling / Family physician / Food / Food guidelines / Health Primary Care.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA57.17. Ginebra: 2004.
2. Sassi F, Cecchini M, Lauer J, Chisholm D. Improving lifestyles, tackling obesity: The health and economic impact of prevention strategies. Health Working Papers Number 48. OECD Publishing Office. OECD Organisation for Economic Cooperation and Development. Geneva: 2009.
3. WHO World Health Organization. HEALTH21: An introduction to the Health for All policy frameworks for the WHO European Region. European Health for All Series Number 5. Geneva: 1999.
4. Anuario Estadístico de la Salud 2013. MINSAP Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. La Habana: 2014.
5. Pita GM, Jiménez S, Basabé B, García RG, Macías C, Selva L; *et al.* Anemia in children under five years old in Eastern Cuba, 2005-2011. *MEDICC Review* 2014;16:16-23.
6. Pita G, Jiménez S. La anemia por deficiencia de hierro en la población infantil de Cuba. Brechas por cerrar. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 2011;27(2):179-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v27n2/hih032_11.pdf. Fecha de última visita: 2 de Enero del 2015.
7. Jiménez Acosta S, 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.

8. Barry M, Allegrante JP, Lamarre MC, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: International collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion* 2009;16:5-11.
9. Stettler N, Bhatia J, Parish A, Stallings VA. Feeding healthy infants, children, and adolescents. En: *Nelson's Textbook of Pediatrics* [Editores: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF]. Décima novena Edición. Saunders Elsevier. Philadelphia PA: 2011. Capítulo 42.
10. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding. WHO World Health Organization. Geneva: 2007. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230eng.pdf/>. Fecha de última visita: 23 de Febrero del 2015.
11. Castillo Belén JR, Rams Veranes A, Castillo Belén A, Rizo Rodríguez R, Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. *MEDISAN* 2009;13(1):1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000400013&script=sci_arttext Fecha de última visita: 3 de Marzo del 2015.
12. Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MCG. La alimentación complementaria en el lactante. *Pediatría Integral* [España] 2007;11(4):331-44. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/alimentacion_complementaria_lactante.pdf/. Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2015.
13. Dewey KG, Adu-Afarwuah S. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Matern Child Nutr* 2008;4:24-85.
14. Caulfield LE, Huffman SL, Piwoz EG. Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6 to 12 months of age in developing countries: Impact on growth and on the prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival. *Food Nutrition Bulletin* 1999;20:183-200.
15. Albala C, Olivares S, Sánchez H, Bustos N, Moreno X. Modelos de intervención promocional en centros de atención primaria. *Consejería en vida sana. Manual de apoyo*. INTA Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Santiago de Chile: 2010.
16. Zolnierek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care* 2009;47:826-34.
17. Ruiz Rodríguez G, Pérez Carballás F. El proceso de comunicación en el consultorio del médico general integral. *Rev Cubana Med Gen Integral* 2003; 5:548-55.
18. República de Cuba. Programa Nacional de Acción para el cumplimiento de los acuerdos de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. La Habana: 1991.
19. República de Cuba. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primer Informe. La Habana: 2004.
20. Dickin KL, Dollahite JS, Habicht JP. Nutrition behavior change among EFNEP participants is higher at sites that are well managed and whose front-line nutrition educators value the program. *J Nutr* 2005;135:2199-205.
21. Penny ME, Creed-Kanashiro H, Robert RC, Rocio Narro R, Caulfield LE, Black RE. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365: 1863-72.

22. Bhandary N, Sarmila M, Rajiv B, Martines J, Black RE, Bhan MK; *et al.* Use of multiple opportunities for improving feeding practices in under-twins within child health programs. *J Nutr* 2004;134:2342-8.
23. 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. Documento técnico para los equipos de salud. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2009.
24. Porrata C, Castro D, Rodríguez L, Martín I, Sánchez R, Gámez AI; *et al.* Guías alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2009.
25. Jiménez S, Rodríguez A, Pita G, Zayas G, Díaz ME, Castanedo R, Rodríguez-Ojea A, Morejón P, Cardona M. Consejería en alimentación y nutrición. Manual de Apoyo. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2011.
26. Sánchez R, Jiménez S, Caballero A, Porrata C, Selva L, Pineda S, Bermúdez M. Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos. Manual de capacitación. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2004.
27. Eaton CB, McBride PE, Gans KA, Underbakke GL. Teaching nutrition skills to primary care practitioners. *J Nutr* 2003;133:563S-566S.
28. González Corona E. Monitorización del crecimiento: Propuesta de carnés de salud. *Rev Cubana Pediatr* 2009;81(4): 110-129. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000400012&lng=es&nrm=iso/. Fecha de última visita: 4 de Febrero del 2015.
29. León Valencia A, Terry Berro B, Quintana Jardines I. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2009;47(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100003&lng=es&nrm=iso/. Fecha de última visita: 9 de Enero del 2015.
30. Brückner H. Lactar es amar. Editorial Científico-Técnica. La Habana: 2003. pp 1-6.
31. Calzado Mustelier M, Rodríguez Riverto L, Vargas Fajardo E. Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. *Revista Cubana de Enfermería* 2000;16(2):122-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol16_2_00/enf11200.pdf/. Fecha de última visita: 14 de Febrero del 2015.
32. OPS/OMS. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia. Programa de alimentación. División de promoción y protección de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: 2005.
33. Rivera JA, Martorell R, González W, L, Lutter Ch, González de Cossío T, Flores Ayala R, Uauy R, Delgado H. Prevención de la desnutrición de la madre y el niño: El componente de nutrición de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. *Salud Pública Méx* 2011;53(3):303-3011.

34. Serra Hernández E, Solarana Ortiz J, Velázquez Zuñiga G, Parra Hijuelos C, Serra Hernández Y, González Sánchez P. Intervención educativa. Efectividad sobre la lactancia materna. Policlínica "Mario Gutiérrez Ardaya". Correo Científico Médico Holguín [Holguín] 2003;7(4):0-0. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no74/n74ori3.htm/>. Fecha de última visita: 13 de Marzo del 2015.
35. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. República Argentina. Práctica y promoción de la lactancia natural en "Hospitales Amigos de la Madre y del Niño". Buenos Aires: 2002.
36. Porrata C. Consumo y preferencias alimentarias de la población cubana con 15 y más años de edad. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2009;19:87-105.
37. Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J; *et al.* Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. An Pediatr Barc 2006;65:481-95.
38. OPS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Unidad de Nutrición, Salud de la familia y Comunidad. OPS Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: 2003. pp. 13-15.
39. Moreno JM, Galiano MJ. El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y el niño pequeño. Sentido y sensibilidad. Rev Pediatría Atención Primaria 2006;8(Supl 1):11-25.
40. Hurrell R, Egli I. Iron bioavailability and dietary reference values. Am J Clin Nutr 2010;91(Suppl):1461S-1467S.
41. Anderson M, Hurrell RF. Prevención de la carencia de hierro en la lactancia, la infancia y la adolescencia. Ann Nestlé [España] 2010;68:121-32.
42. Gibson RS, Perlas L, Hotz C: Improving the bioavailability of nutrients in plant foods at the household level. Proc Nutr Soc 2006;65:160-68.
43. Davidson L. Approaches to improve iron bioavailability from complementary foods. J Nutr 2003;133(Suppl):1560S-1562S.
44. Baltussen R, Knai C, Sharan M. Iron fortification and iron supplementation are cost-effective interventions to reduce iron deficiency in four subregions of the world. J Nutr 2004;134:2678-84.
45. Horton S. The economics of food fortification. J Nutr 2006;136:1068-71.
46. WHO/FAO Guidelines on food fortification with micronutrients. Second Edition. World Health Organization. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Geneva: 2006. pp 1-341.
47. Hurrell RF, Ranum P, de Pee S, Biebinger R, Hulthen L, Johnson Q, Lynch S. Revised recommendations for iron fortification of wheat flour and an evaluation of the expected impact of current national wheat flour fortification programs. Food Nutr Bull 2010;31 (1 Suppl):S7-S21.
48. Mannar MG. Successful food-based programmes, supplementation and fortification. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;43(Suppl 3):S47-S53.
49. Lannotti LL, Tielsch JM, Black MM, Black RE. Iron supplementation in early childhood: Health benefits and risks. Am J Clin Nutr 2006;84:1261-76.
50. Gera T, Sachdev HP, Nestel P, Sachdev SS. Effect of iron supplementation on haemoglobin response in children: Systematic review of randomised controlled trials. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2007;44:468-86.
51. Sierra Torres L. Guía de consejería. Documento de trabajo del programa "Buen Inicio". Oficina Perú de UNICEF. Lima: 2001.

52. Arroyo MG. Las relaciones interpersonales: Percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). *Gaceta Médica México* 2013;149:134-42.
53. Mesquita M, Pavlicich V, Benítez S. Percepción y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. *Rev Chil Pediatr* 2010;81:364-5.
54. Reyes Morales H. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Pública Mex* 2013; 55(Supl 2):S100-S105.
55. Eikenberry N, Smith Ch. Healthful eating: Perceptions, motivations, barriers and promoters in low-income Minnesota communities. *J Am Diet Assoc* 2004; 104:1158-61.
56. Olivares S, Lera L, Mardones MA, Araneda F, Olivares MA, Colque ME. Motivaciones y barreras para consumir 5 porciones de frutas y verduras al día en madres de escolares y profesores de enseñanza básica. *ALAN Arch Latinoam Nutr* 2009;59:166-73.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario para la identificación de las necesidades de los médicos de la familia para la provisión de una efectiva consejería nutricional en niños de cero a tres años de edad.

Somos del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Estamos trabajando en un estudio relacionado con el desempeño y barreras para la consejería nutricional en nuestro país.

Nos gustaría hablarle de este estudio.

La entrevista tomará cerca de 10 minutos.

Toda la información obtenida será anónima, estrictamente confidencial y sus respuestas nunca serán identificadas, por lo tanto los resultados no repercutirán en su evaluación ni serán comunicados a su jefe.

Usted no está obligado/a a responder a alguna de las preguntas que no quiera, y puede abandonar la entrevista en cualquier momento.

¿Puede comenzar ahora?

RECURSOS MATERIALES

De los siguientes recursos: Diga con cuáles cuenta:

1. Local para realizar la consulta.

Sí No

Si la respuesta es positiva, responda la presencia en el local de:

• Iluminación suficiente

Sí No

• Privacidad

Sí No

• Ventilación adecuada

Sí No

2. Balanza para adultos

Sí No

3. Balanza para niños

Sí No

4. Tallímetro para adultos

Sí No

5. Infantómetro

Sí No

6. Cinta métrica

Sí No

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

¿Qué necesidades tienen para el adecuado desempeño de su labor en relación con la consejería nutricional en niños de cero a tres años de edad?

• De capacitación

Sí No

• De información

Sí No

• De colaboración científica

Sí No

• De intercambio

Sí No

• De apoyo del INHA

Sí No

Anexo 1. Cuestionario para la identificación de las necesidades de los médicos de la familia para la provisión de una efectiva consejería nutricional en niños de cero a tres años de edad [Continuación].

Somos del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Estamos trabajando en un estudio relacionado con el desempeño y barreras para la consejería nutricional en nuestro país.

Nos gustaría hablarle de este estudio.

La entrevista tomará cerca de 10 minutos.

Toda la información obtenida será anónima, estrictamente confidencial y sus respuestas nunca serán identificadas, por lo tanto los resultados no repercutirán en su evaluación ni serán comunicados a su jefe.

Usted no está obligado/a a responder a alguna de las preguntas que no quiera, y puede abandonar la entrevista en cualquier momento.

SOBRE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS PARA NIÑAS Y NIÑOS CUBANOS HASTA DOS AÑOS DE EDAD

1. ¿Dispone de las Guías Alimentarias para niñas y niños cubanos hasta dos años de edad en el consultorio médico donde radica? Sí No
2. ¿Conoce las Guías Alimentarias para niñas y niños cubanos hasta dos años de edad? Sí No
Si su respuesta es **Sí**: Pase a responder las restantes preguntas de esta sección:
3. El texto de las guías le parece: Adecuado
Regular
Inadecuado
4. ¿Las ha podido aplicar? Sí No
5. ¿Hasta qué punto le han servido las Guías? Mucho
Poco
Nada
6. ¿Considera que la guía es fácil de manejar? Sí
En parte
No
7. La relación de la guía con la educación alimentaria nutricional de los lactantes y niños pequeños es: Alta
Media|Regular
Baja
8. ¿Ha podido aconsejar a madres u otro familiar que esté bajo el cuidado del menor sobre las Guías Alimentarias para niñas y niños cubanos hasta dos años de edad? Sí No
9. Considera que la información desarrollada en cada tema de la guía es factible de poner en práctica: Sí
Parcialmente
No
10. La información contenida en la guía le parece: Completa
Regular
Incompleta

Se le solicita que evalúe cada ítem de la Guía, marcando con una X en la casilla que considere que mejor califica a cada uno de ellos:

No.	Ítems	Adecuado	Regular	No Adecuado
1	Contenido			
2	Comprensión			
3	Orden lógico			

Anexo 1. Cuestionario para la identificación de las necesidades de los médicos de la familia para la provisión de una efectiva consejería nutricional en niños de cero a tres años de edad [Continuación].

Somos del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Estamos trabajando en un estudio relacionado con el desempeño y barreras para la consejería nutricional en nuestro país.

Nos gustaría hablarle de este estudio.

La entrevista tomará cerca de 10 minutos.

Toda la información obtenida será anónima, estrictamente confidencial y sus respuestas nunca serán identificadas, por lo tanto los resultados no repercutirán en su evaluación ni serán comunicados a su jefe.

Usted no está obligado/a a responder a alguna de las preguntas que no quiera, y puede abandonar la entrevista en cualquier momento.

SOBRE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS PARA LA POBLACIÓN CUBANA MAYOR DE DOS AÑOS DE EDAD

1. ¿Dispone de las Guías Alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad en el consultorio médico donde radica? Sí No

2. ¿Conoce las Guías Alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad? Sí No

Si su respuesta es **Sí**: Pase a responder las restantes preguntas de la sección:

3. El texto de las guías le parece:

Adecuado

Regular

Inadecuado

4. ¿Ha podido aplicar las Guías?

Sí No

5. ¿Hasta qué punto le han servido las Guías?

Mucho

Poco

Nada

6. ¿Considera que la guía es fácil de manejar?

Sí

En parte

No

7. La relación de la guía con la educación alimentaria nutricional de los niños de 2 a 3 años de edad es:

Alta

Media | Regular

Baja

8. ¿Ha podido aconsejar a madres u otro familiar que esté bajo el cuidado del menor de dos a tres años, sobre las Guías Alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad?

Sí No

9. ¿Considera que la información desarrollada en cada tema de la guía es factible de poner en práctica?

Sí

Parcialmente

No

10. La información contenida en la guía le parece:

Completa

Regular

Incompleta

Se le solicita que evalúe cada ítem de la Guía, marcando con una X en la casilla que considere que mejor califica a cada uno de ellos:

No.	Ítems	Adecuado	Regular	No Adecuado
1	Contenido			
2	Comprensión			
3	Orden lógico			

Gracias por el tiempo dedicado.

Anexo 2. Guía de observación para la calificación de las prácticas del médico de familia en la consejería sobre la alimentación saludable, y la prevención y el control de la anemia nutricional en niños de cero a tres años de edad.

Somos del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Estamos trabajando en un estudio relacionado con el desempeño y barreras para la consejería nutricional en nuestro país.

Nos gustaría hablarle de esto.

Su colaboración en la misma nos será muy útil.

Toda la información obtenida será anónima, estrictamente confidencial y sus respuestas nunca serán identificadas por lo tanto los resultados no repercutirán en su evaluación ni serán comunicados a su jefe.

Fecha de la encuesta.....

Provincia.....

Municipio.....

Personal proveedor de salud.....

Edad del paciente.....

Sobre la alimentación del niño

¿Proporcionó consejos sobre las ventajas de la lactancia materna?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Suficiente Insuficiente

¿Brindó consejos sobre técnicas adecuadas para el amamantamiento?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Suficiente Parcialmente

Insuficiente

¿Orientó en algún momento suspender la lactancia materna?

Sí No

¿Aconsejó sobre los tipos de alimentos con qué iniciar la alimentación complementaria?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue

Completa Parcialmente

Incompleta

¿Aconsejó sobre cómo introducir gradualmente los alimentos?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Suficiente Parcialmente

Insuficiente

¿Orientó sobre la higiene en la conservación y manipulación de los alimentos?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si la orientación brindada fue:

Adecuada Regular Inadecuada

¿Orienta sobre el número adecuado de comidas al día según la edad del niño?

Sí No

¿Orienta sobre los utensilios a usar en la alimentación complementaria?

Sí No

¿Investigó sobre los alimentos consumidos: cantidad, tipo, y la forma de preparación?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Completa Regular Incompleta

Sí No

¿Aconseja evitar que se añada azúcar a la leche, yogur y jugos de frutas?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Suficiente Insuficiente

¿Esclarece los perjuicios de la sal y cómo adaptar al niño a consumirla en pequeñas cantidades?

Sí Parcialmente No

¿Estimula la familia hacia el consumo de alimentos naturales?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Suficiente Insuficiente

¿Verificó la comprensión de la información brindada por parte de los padres y/o cuidadores?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Adecuado Parcialmente

Inadecuado

Anexo 2. Guía de observación para la calificación de las prácticas del médico de familia en la consejería sobre la alimentación saludable, y la prevención y el control de la anemia nutricional en niños de cero a tres años de edad [Continuación].

Somos del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Estamos trabajando en un estudio relacionado con el desempeño y barreras para la consejería nutricional en nuestro país.

Nos gustaría hablarle de esto.

Su colaboración en la misma nos será muy útil.

Toda la información obtenida será anónima, estrictamente confidencial y sus respuestas nunca serán identificadas por lo tanto los resultados no repercutirán en su evaluación ni serán comunicados a su jefe.

Fecha de la encuesta.....

Provincia.....

Municipio.....

Personal proveedor de salud.....

Edad del paciente.....

Sobre el consumo de alimentos fortificados en la prevención de la anemia

¿Se les proporcionó información a los padres y/o cuidadores sobre las compotas fortificadas con hierro? Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Completa Regular Incompleta

¿Se le informó a la familia sobre el pan con harina fortificada?

Sí No

¿Se orientó a la familia sobre los alimentos que favorecen la absorción del hierro alimenticio, así como cómo combinarlos para que el hierro se absorba mejor?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Completa Regular Incompleta

¿Se orienta a la familia sobre las consecuencias de la deficiencia de hierro en los niños hasta los tres años de edad?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Suficiente Insuficiente

¿Le indica al niño la determinación de hemoglobina a los 6 meses y los 2 años de edad, como está regulado?

Sí No

¿Prescribe el consumo de FORFER?

Sí No

¿Proporcionó consejos a la familia sobre la prevención de la anemia?

Sí No

Si la respuesta es positiva, por favor especifique si fue:

Suficiente Parcialmente

Insuficiente

Sobre el crecimiento y desarrollo del niño

¿Se le informó a la familia el peso del niño?

Sí No

¿Se le informó a la familia la talla del paciente?

Sí No

¿Grafica los datos del crecimiento del niño? ¿Utiliza estos gráficos para el seguimiento del crecimiento lineal y la velocidad del crecimiento?

Sí No

Gracias por el tiempo dedicado.

Anexo 3. Cuestionario administrado a la madre, padre, u otro guardia/cuidador/custodio/familiar del niño de cero a tres años de edad para conocer sus criterios sobre la consejería nutricional prestada por el médico de la familia, y las barreras afrontadas para incrementar el consumo de frutas y vegetales como implementación de las guías.

Somos del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Estamos trabajando en un estudio relacionado con el desempeño del médico de familia y las barreras para la consejería nutricional en nuestro país.

Nos gustaría tener un intercambio con Usted.

Nos sería muy útil que sus respuestas sean las más sinceras y/o reales de acuerdo con sus vivencias.

Toda la información obtenida será anónima, estrictamente confidencial, y no serán comunicados al profesional que le atendió.

La entrevista tomará cerca de 5 minutos.

Usted no está obligado/a a responder alguna pregunta que no quiera, y puede abandonar la entrevista en cualquier momento.

¿Puede comenzar ahora?

Edad del entrevistado: _____

Sexo: Masculino Femenino

Nivel escolar vencido: Primaria Secundaria Preuniversitario Técnico Medio Universitario

Por favor, responda a las preguntas siguientes:

¿Asiste a la consulta por primera vez?

Sí No

¿Se sintió bien atendido por el o la profesional?

Sí Parcialmente No

¿Tuvo oportunidad de exponer su problema y lograr que el (la) profesional lo atendiera?

Sí En parte No

¿Siente que pudo hacer preguntas y aclarar sus dudas?

Sí No

¿Recomendaría a otra persona con su mismo problema a atenderse con este profesional?

Sí No

¿Cómo valora la calidad de la atención recibida? Puede marcar más de una opción

Positiva Negativa

Interesante

¿Qué tan segura o seguro está Usted de superar las siguientes barreras?

Puedo arreglármelas para servirle frutas y vegetales a mi bebé:

• Aun cuando me tomara mucho tiempo comprarlos

Muy segura(o)

Segura(o)

Poco segura(o)

Nada segura(o)

• Aun cuando tuviera que intentarlo varias veces para lograrlo

Muy segura(o)

Segura(o)

Poco segura(o)

Nada segura(o)

• Aun cuando tuviera que cambiar totalmente mi idea de la alimentación

Muy segura(o)

Segura(o)

Poco segura(o)

Nada segura(o)

• Aun cuando no recibiera apoyo de otras personas en mis primeros intentos

Muy segura(o)

Segura(o)

Poco segura(o)

Nada segura(o)

• Aun cuando tuviera que hacer planes detallados para lograrlo

Muy segura(o)

Segura(o)

Poco segura (o)

Nada segura(o)

Gracias por el tiempo dedicado.