

Creencias y prácticas alimentarias e higiénicas en madres, según el estado nutricional de su hijo

Marta Hurtado¹, Isabel Hage^{1,2}, Marian Araujo³, Orquídea L. Rodríguez⁴, Miguel Palenque.⁵

Resumen: El objetivo fue estudiar en las madres las creencias, prácticas y disposición al cambio, en áreas de alimentación, nutrición e higiene y su relación con el estado nutricional de sus hijos, para identificar entre patrones referenciales y conductuales maternos, aquellos hábitos protectores/reproducibles o perjudiciales/prevenibles. Aplicamos un instrumento de evaluación a 50 madres de Isla de Coche. Paralelamente se evaluó el estado nutricional antropométrico de sus hijos (n=76) preescolares y escolares, determinando Z-score para talla/edad, peso/edad y peso/talla (referencia OMS/Punto de corte +/-1DE) dividiéndolos en eutróficos (32%) y con déficit en peso y/o talla/edad (68%). Resultados: Compatible con el déficit antropométrico, observamos una marcada insuficiencia conceptual y práctica referente a los elementos básicos en estudio. Encontramos como factores protectores en los niños eutróficos el conocimiento de las madres sobre vegetales, cereales, proteínas, calcio y otros micronutrientes ($p < 0.0001$). En cuanto a prácticas a preventivas resultaron favorables, la mayor disponibilidad materna de tiempo en casa y el número de comidas suministradas al niño (3 en vez de 2) ($p < 0.0001$). Dada la influencia materna sobre la nutrición infantil, se justifica que las actividades de educación para la salud, sean precedidas por el reconocimiento y atención de las creencias y hábitos que la generan y sustentan. *An Venez Nutr 2004; 17(2): 78-85.*

Palabras clave: nutrición infantil, madres, antropometría, creencias, prácticas alimentarias.

Alimentary and hygienic beliefs and practices in mothers associated with the nutritional status of their children

Abstract: The aim of this study was to investigate the current state of beliefs, knowledge, practices and disposition to change, in the areas of feeding, nutrition and hygiene and their relationship with the nutritional anthropometrical state of their children, in order to identify protective/reproducible or harmful/preventable habits, for their potential impact on the nutritional state and growth. For these purposes we designed and applied a questionnaire to 50 mothers of Coche Island, Nueva Esparta State. We also performed an anthropometrical study of their respective pre-school and school children (n=76), determining Z-score for height/age, weight/age and weight/height according to WHO (cut off +/-1SD). Results: A significant proportion of the children (68%) were found to be in deficit of weight/age, height/age or weight/height, whereas 32% of the children were considered as normal according to all anthropometrical indicators evaluated. Consistent with the anthropometric deficit, we observed a marked inadequacy in the mothers' knowledge and practices with respect to the basic elements evaluated in the questionnaire. We also found that normal children were nutritionally favored by protective factors such as adequate knowledge of their mothers about basic concepts about vegetables, cereals, proteins, calcium and other micronutrients ($p < 0.0001$), and adequate practices such as more housekeeping time and the number of daily meals prepared for each child (3 instead of 2) ($p < 0.0001$). The importance of maternal influence on childhood nutrition, justifies the planning and performance of health education activities, based on the recognition and attention to the beliefs that may generate and sustain their alimentary habits and practices. *An Venez Nutr 2004; 17(2): 78-85.*

Keywords: childhood nutrition, mothers, anthropometrical indicators, beliefs, feeding practices.

Introducción

La investigación en el campo del crecimiento y desarrollo infantil ha sido intensa, extensa y se ha mantenido por décadas. Uno de sus objetivos es la identificación de

patrones y determinantes del crecimiento por ser un indicador de salud infantil, desarrollo poblacional y en consecuencia un elemento central de atención en Salud Pública (1,2). Especialmente en países en desarrollo, la insatisfacción crónica de necesidades básicas condiciona negativamente tanto el crecimiento como el desarrollo en la mayoría de los niños (3-6). Más allá de la precariedad del ingreso económico, son múltiples las vías mediante las cuales los ambientes pluricarenciales e insalubres perjudican el estado nutricional y el crecimiento. La alta morbilidad y mortalidad infantil en este contexto, implica importantes costos en bienestar, vidas y

¹Nutricionista clínico con especialidad en Endocrinología y Metabolismo. Investigador en el área de nutrición infantil e inmunidad en el ambiente rural venezolano.

²Inmunóloga. Jefe de la Unidad de Investigación y apoyo a la salud infantil del niño rural venezolano. Instituto de Biomedicina. ³Nutricionista clínico, profesora (U.C.V) de Educación Nutricional y Bioética. ⁴Bioanalista/Investigador. Instituto de Biomedicina.

⁵Médico Neumónologo-Investigador de la clínica de Asma en la Isla de Coche. Solicitar copia a: Marta Hurtado Pulyoza, Instituto de Biomedicina, Apdo. 4043 (Carmelitas), Caracas 1010-A, Venezuela. Telf: 0212-860.70.95, Fax: 0212-861.55.30 Cel: 0414-331.94.81. e-mail: martahurtadopp@yahoo.com

Materiales y métodos

recursos (7), actuando de fondo errores cotidianos alimentarios e higiénicos que en principio se pueden corregir. Variables como la selección de alimentos, la dedicación de la madre, las actitudes y prácticas alimentarias e higiénicas en el hogar, participan activamente en la diaria alimentación y nutrición de los niños. El hecho que el problema aún siendo de naturaleza multicausal sea predominantemente prevenible, conmina a los actores del sector salud a desarrollar estrategias no sólo en el campo terapéutico o curativo. Se considera que el recurso preventivo y correctivo más eficaz, duradero y menos costoso a este respecto, es la orientación alimentaria (7). No obstante, intentos serios en la modificación de hábitos en el ámbito individual o poblacional con claros objetivos preventivos muestran éxitos parciales o temporales, destacándose la complejidad del proceso de transformación sostenible en el área de hábitos alimentarios y/o higiénicos. Por ello, consideramos importante la comprensión de los elementos que condicionan el comportamiento materno en el área, desde los que influyen en la aceptación de propuestas educativas, hasta los relacionados directamente con la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables. La conducta materna en el área alimentaria e higiénica es decisiva en la salud del niño y puede depender de factores externos como la disponibilidad y acceso a los alimentos, pero también de recursos internos que afectan el comportamiento, como son sus creencias, nivel educativo y patrones culturales tanto individuales como comunitarios (8-11). La transformación del conocimiento en acción ó conducta, se relaciona con ambos. En el medio rural, frecuentemente en un contexto de similitudes, coexisten niños eutróficos con malnutridos; niños con y sin infecciones gastrointestinales, sugiriendo la posibilidad de que existan factores, generados por las madres, de efecto protector o por el contrario perjudicial para el estado de salud y nutrición de individuos vulnerables. A propósito de su identificación, nos planteamos como objetivo central de esta investigación, conocer en las madres que habitan bajo condición de pobreza en la Isla de Coche, en Venezuela, las creencias, prácticas y disposición al cambio, en áreas de alimentación, nutrición e higiene a relacionar con el estado nutricional de sus hijos, para identificar entre patrones referenciales y conductuales maternos, hábitos protectores/reproducibles o perjudiciales para su señalamiento y prevención, a fin de optimizar el estado nutricional y crecimiento de niños en ambientes pluricarenciales.

Población

El estudio se basó en un total de 50 madres (50 familias) de la comunidad de Güinima, Isla de Coche, Estado Nueva Esparta, que pudieron ser sistemáticamente localizadas y aceptaron participar en el estudio, durante el año 2001. Asimismo, evaluamos a sus respectivos hijos preescolares y escolares (n=76) distribuidos en 47% de niñas y 53% de varones. Estudios previos (12-15) destacan la homogeneidad de condiciones de vida de sus pobladores, desde los factores ambientales, culturales, medios de producción, estrato socioeconómico (Graffar de predominio IV y V) (16) hasta las características de seguridad alimentaria como acceso y disponibilidad de alimentos. También se ha reportado para la población en estudio una prevalencia de parasitosis helmíntica entre el 70% y 80% a predominio de *Áscaris lumbricoides* (12,15). La selección de Güinima se basó en las favorables condiciones de organización social, educativa y sanitaria que le confieren ventajas estratégicas para el desarrollo futuro de programas de educación para la salud. El estudio se planificó, diseñó y ejecutó posterior a un proceso comunitario de observación directa, trabajos grupales y asambleas con grupos focales, que se resume en el reconocimiento de las características y condiciones de vida, salud y formas de comunicación en la comunidad.

Definición de términos

*Creencia: A propósito de esta investigación, se entenderá por creencia, el sistema de pensamiento, convicción ó expresión consciente o inconsciente capaz de dar origen y sostener en el tiempo una actitud, práctica o hábito alimentario o higiénico, preventivo o curativo, saludable o no (17).

*Hábito alimentario: Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento humano en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que se consumen o sirven. Son producto de interacciones entre cultura y medio ambiente, los cuales se transmiten dinámicamente de una generación a otra (17).

Instrumento de evaluación o encuesta

El estudio se logró a través de una encuesta (18) diseñada considerando las características del grupo objetivo, siendo sometida a un estudio de validación con un error de medida del 5%. La aplicación se realizó en entrevista directa intra-domiciliaria, (indispensable para contextualizar la información) con la presencia y colaboración de la trabajadora social de

la comunidad. Consta de 5 partes con atención a cuatro áreas, alimentación, nutrición, higiene y parasitosis: I. Identificación: datos personales. II. Conocimientos: conceptualización sobre aspectos alimentarios, nutrientes y parasitosis. III. Creencias: en torno a la ponderación de importancia y auto percepción de desempeño o situación, en alimentación, ablactación y prevención de enfermedades. IV. Prácticas: alimentarias e higiénicas. V. Disposición: evalúa el interés personal por participar en un proyecto educativo, áreas que resultan más atractivas o necesarias y preferencias metodológicas.

Evaluación nutricional antropométrica

Se evaluó antropométricamente a 76 niños de ambos sexos, preescolares y escolares que asisten a la escuela de Güinima y son hijos de las madres encuestadas para establecer asociaciones entre estado nutricional antropométrico y el estudio de creencias. Se determinó en los niños, el peso y la talla (balanza Detecto®, previamente calibrada, con un error de medida de 20 gr. y 0.5 cm.) Se estudió el comportamiento del puntaje Z en los indicadores antropométricos de dimensión corporal, como son talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E) y peso para la talla (P/T) según la distribución recomendada por la OMS (19-22). Las variables antropométricas fueron determinadas por un solo evaluador entrenado y estandarizado siguiendo las técnicas establecidas (22,24). Se utilizó el programa Epi Info versión 5.01^a, 1991, public domain software for epidemiology and disease surveillance, WHO Global Programme, Geneva, Switzerland. Tomamos como criterio de normalidad antropométrica para este estudio, la presencia de valores normales en los tres indicadores de dimensión corporal, considerando como punto de corte +/-1 DE en los valores de puntaje Z (25,26).

Análisis estadístico

Se calculó la proporción de individuos de acuerdo con la distribución de cada uno de los indicadores y variables, comparándose luego los resultados de la evaluación de las madres entre los individuos sin y con déficit antropométrico, utilizando Chi², y/o prueba exacta de Fisher según el comportamiento de la variable.

Consideraciones Bioéticas

Todos los sujetos consintieron su participación en el estudio previa información detallada, produciéndose posteriormente la devolución sistemática de la información. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Biomedicina, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Resultados

De la población de Güinima evaluamos representativamente a 50 madres y a sus hijos escolarizados (n=76), distribuidos en (47%) niñas y (53%) varones. (Cuadro 1). La mayoría de los hogares (22%) está integrado por 7 miembros, destacándose un 14% con 12 a 19 miembros y un número promedio de 2 a 5 niños para el 46% de la muestra. La figura materna estuvo constituida en su mayoría por mujeres en edad reproductiva con un promedio de edad de 34 años, edad mínima de 18 años y el mayor porcentaje ubicado en el rango de edad de 29 a 39 años. Cabe mencionar que en la muestra hubo 13 abuelas encargadas de la atención infantil que se ubicaron en el rango de edad 40 a 60 años. Predomina el nivel básico de instrucción, la ocupación oficios del hogar y una baja calificación para participar productivamente en el campo laboral (Cuadro 2). El 44% de los padres se dedica a la pesca artesanal, 18% es obrero y el 26% restante se divide en oficios diversos

Cuadro 1. Distribución por sexo de los preescolares y escolares evaluados. Güinima, Isla de Coche, Estado Nueva Esparta. n = 76.

Sexo	Preescolares (2-6 años) n	Escolares (7-12 años) n	Total
Varones	08	32	40
Hembras	10	26	36
Total	18 (24%)	58 (76%)	76 (100%)

Cuadro 2. Caracterización de las madres ó encargadas de la atención infantil, en cuanto a edad, grado de instrucción y ocupación. Güinima, Isla de Coche, Estado Nueva Esparta.

Rangos de edad (%)	Grado de Instrucción (%)	Ocupación (%)
18-28 (34)	Básica Incompleta 22	Oficios del hogar 70
29-39 (40)	Básica Completa 26	Maestra 06
40-59 ^a (24)	Secundaria Incompleta 34	Cuidadora 10
>60 ^a (02)	Bachiller 08 Superior 02	Otros ^b 14

a Abuelas encargadas de la atención infantil. b Se refiere a artesana, vendedora, obrera.

como empleado en hotel, bodega, policía y cocinero. El 68% mantiene una permanencia irregular en el hogar. También en los padres se observa una baja calificación y nivel educativo. Todo lo anterior se corresponde con un bajo poder adquisitivo y vivienda en condiciones de pobreza, caracterizado también en estudios previos (13,16) por la escala de Graffar modificado (23) en grados IV y V.

Resultados de la encuesta de creencias, conocimientos y prácticas

Resultó homogénea la deficiencia conceptual básica en las áreas de alimentación, nutrición e higiene en aspectos fundamentales para mantener un estilo de vida saludable. El 98% desconoce tanto en forma teórica como práctica los grupos básicos de alimentos y como combinar una comida balanceada, especialmente el desayuno. Sin embargo, el 98% reconoce la importancia de la alimentación y nutrición para mantener la salud, para lo cual, por ejemplo, el 82% de las madres considera que es necesario tomar "pastillas de vitaminas", especialmente vitamina C. Los alimentos considerados más importantes, son en primer lugar el pescado (32%), luego la leche, la carne y la avena. En tanto que los enlatados encabezan la lista de alimentos considerados como "malos", aunque su consumo es generalizado. Una práctica establecida en la comunidad es la de consumir sólo 2 tomas de alimentos al día (60%), predominantemente "desayuno" y cena, con la salvedad que el desayuno es alrededor de mediodía y tiene características de almuerzo. La mayoría de los niños consume solo un café negro claro con azúcar antes de ir a la escuela. No se obtuvo respuesta en cuanto a las preferencias o rechazos alimentarios, sino evidencia de conformidad con lo disponible, asimismo, el 72% piensa que su alimentación es variada, lo cual es contrario a los estudios de consumo realizados, donde se destaca la poca variedad que caracteriza su dieta. El 94% sostiene que el alcohol es perjudicial y un problema de salud. Las grasas animales son "dañinas" para el 86% de las entrevistadas. Según las madres, las embarazadas deben tomar más leche (38%) y frutas (36%) y deben evitar la sal (22%), enlatados (12%) y las grasas (24%). Durante la lactancia, el 58% cree necesario tomar "alimento" (cereal tipo atole a base de avena, maíz o crema de arroz), 28% leche y el resto sugiere "comer de todo". En cuanto a la alimentación del recién nacido, 62% cree que lo mejor es la lactancia materna, 22% ofrece la dieta habitual, 8% fórmulas comerciales y el restante 8% leche de vaca completa. El 98% refiere que existen limitaciones económicas que han producido cambios recientes importantes en la selección y adquisición de

alimentos. La mayoría (98%) cree que los alimentos pueden causar enfermedades como alergias y diarreas, siendo ambas entidades de consulta frecuente. Los alimentos que mayormente relacionan con alergias son ciertos pescados (cabaña y jurel), los enlatados, carnes rojas y algunos cereales como la harina de maíz refinada y la crema de arroz. Respecto a los parásitos, 98% de las madres los conoce, describe o menciona con nombres autóctonos (sarapos y guazarapos), pero sólo 22% cree que hay seres no visibles capaces de causar enfermedades. Al indagar las causas para el problema, la mayoría lo atribuye a caminar descalzo. El 58% considera preventivo clorar el agua pero el 100% desconoce como hacerlo adecuadamente. Igualmente el 84% considera una medida de prevención hervir el agua de consumo pero también desconocen la técnica y el 16% señala que es costoso por el gasto en combustible. En cuanto al manejo de las diarreas, cabe destacar que el 62% de las madres recomienda suspender la lactancia materna y a los niños también se les restringe la leche y el pescado, sustituyéndolos mayormente por alimentos de menor valor nutritivo como sopas diluidas ó alimentos astringentes como manzana, plátano verde y agua de arroz. El 84% cree que las moscas y roedores atentan contra la salud pero no están claras las razones. En cuanto a la posibilidad de sembrar, al 90% le gustaría poder cultivar frutas, hortalizas y/o tubérculos en su casa y el 88% ya lo ha intentado con frutos en el 68% de los casos a pesar del tipo de suelo (15). Las dificultades para el desarrollo de huertos familiares son atribuidas a la escasez de agua y a la presencia de depredadores. El estudio reportó una excelente disposición al cambio y a la participación en el 98% de las entrevistadas.

Evaluación antropométrica infantil

En la evaluación de los indicadores de dimensiones corporales (T/E, P/E y P/T) predomina el déficit en T/E (45.7%) principalmente en grado leve (32.8%), seguido de moderado (10.75%) Asimismo hallamos un importante déficit en P/E de 34.41% a expensas del grado leve (29.03%), siendo el déficit en P/T de 8.6%. Evidenciando en general, la prevalencia de malnutrición crónica. El indicador peso para la talla (P/T) muestra una reducida tendencia al sobrepeso (5.37%) y obesidad (1.61%) en esta población. En resumen, se detectó un 32% de eutróficos y 68% con algún déficit antropométrico en peso y/o talla para la edad. (Cuadro 3).

Hallazgos específicos

El estudio reveló la homogeneidad del desconocimiento en las madres, sin embargo, los hallazgos señalados

Cuadro 3. Clasificación porcentual del estado nutricional antropométrico de los niños por puntaje Z, según los indicadores: Talla - Edad; Peso - Edad; Peso - Talla. Güinima, Isla de Coche, Estado Nueva Esparta.

Indicador	Desnutrición (%)						
	Eutróficos	Leve	Moderada	Severa	∑ déficit	Sobrepeso	Obesidad
T/E	53.23	32.80	10.75	2.15	45.70	0.00	0.00
P/E	63.44	29.03	5.38	0.00	34.41	1.07	1.07
P/T	53.76*	8.06	0.00	0.54	8.60	5.37	1.61

*30.66 de los niños exceden talla (niñas > de 135 cm. y varones > de 145 cm.) para su evaluación con las tablas referidas para este indicador.

en el (Cuadro 4) muestran conocimientos y prácticas que al asociarse con un mejor estado nutricional de sus hijos pudiesen considerarse factores protectores para estos niños. Así, las madres que tenían conocimientos y creencias adecuados respecto al consumo de vegetales, proteínas, cereales, calcio y micronutrientes (vitaminas y minerales) tenían hijos eutróficos ($p < 0.0001$). Asimismo, los niños que consumían tres comidas en lugar de dos al día, no presentaron déficit antropométrico ($p < 0.0001$). Se encontró también un predominio de niños sin déficit antropométrico en las madres que dedican su tiempo libre a ver televisión, en contraposición a las que trabajan fuera del hogar ($p < 0.0001$).

Cuadro 4. Porcentaje de respuestas adecuadas en cuanto a creencias, conocimientos y prácticas de las madres (n=50) asociadas al estado nutricional de sus hijos (n=76). Güinima, Isla de Coche, Estado Nueva Esparta.

Aspecto evaluado	Eutróficos ^a (%)	Bajo la norma ^b (%)	Significancia Estadística
Vegetales	50	13	$p < 0.0001$
Proteínas	100	00	$p = 0.0015$
Cereales	30	17	$p = 0.0447$
Vitaminas y minerales	50	22	$p < 0.0001$
Calcio	40	09	$p < 0.0001$
Consume 3 comidas al día.	70	39	$p < 0.0001$
Mira TV en su tiempo libre ^c	70	48	$p = 0.0024$

^a Niños con peso y talla para la edad dentro de límites normales: -1.0 a +1.0 DE. ^b Z score menor a -1DE en peso y/o talla para la edad. ^c Es un indicador indirecto de permanencia en el hogar.

Discusión

El análisis de los resultados de la encuesta permitió el reconocimiento de la situación alimentaria y sanitaria de la comunidad, profundizando en gran medida la comprensión del rol de los conocimientos y sistemas de creencias como generadores de actitudes y prácticas en las madres evaluadas. Esta información resulta valiosa como línea de base ante la necesidad de desarrollar medidas preventivas específicas de educación para la salud orientadas a mejorar el estado nutricional infantil y a reducir la morbilidad generada por la alta prevalencia de parasitosis. El desconocimiento en las áreas de alimentación y nutrición a escala general en esta comunidad, impone una mayor susceptibilidad ante las otras condiciones desfavorables para el estado nutricional coexistentes, como la inseguridad alimentaria, viviendas inadecuadas, las parasitosis intestinales, el bajo nivel socioeconómico y de instrucción, algunos de los cuales han sido confirmados y asociados al riesgo nutricional por el estudio de Montilva y colaboradores en 2003. Es probable que la sumatoria de todas estas limitantes esté contribuyendo al significativo déficit de talla reportado en éste estudio como una constante que afecta tanto a escolares como preescolares de ambos sexos. La talla baja se ha referido frecuentemente en la literatura, calificándose como un marcador de las condiciones ambientales desfavorables (24-31) de la cronicidad de deficiencias y en fin un predictor de morbimortalidad infantil con trascendentes efectos en el desarrollo psicológico y cognitivo (6). Los aspectos socioeconómicos observados reflejan una marcada situación de riesgo alimentario, dado por: la baja calificación parental para un estable desempeño laboral lucrativo, la irregularidad en la presencia y provisión paterna y la necesidad de modificar la selección y frecuencia de compra de alimentos, reduciendo el consumo de carnes, lácteos y cereales

para sustituirlos por otros farináceos de menor costo y valor nutritivo. En lo que respecta a la selección de alimentos y prácticas nutricionales, una elevada proporción de madres desconoce tanto los alimentos que son fuente de un determinado nutriente, como las consecuencias de su deficiencia. A pesar de ser un tema presente en el programa de estudio de la escuela básica, es notorio el desconocimiento sobre los grupos básicos de alimentos y la forma de balancear las comidas, especialmente el desayuno. Mejorar esta situación se considera fundamental en poblaciones de escasos recursos económicos como ésta ya que dicho conocimiento les permitiría un mejor aprovechamiento biológico de energía y nutrientes y posiblemente un mejor rendimiento físico e intelectual (5). Ya que las vitaminas fueron reconocidas casi exclusivamente como fármacos, siendo la más utilizada la vitamina C, resultaría conveniente destacar a los alimentos como fuentes naturales de estos nutrientes. Un 20% de la muestra conceptualiza como "alimento" sólo a cereales como la avena, excluyendo al resto de los alimentos, lo cual de no tomarse en cuenta en las actividades educativas, puede distorsionar la comunicación. Los vegetales no fueron considerados "importantes" por estas madres, resultaron ser el grupo más desconocido conceptual y prácticamente en coherencia con su baja ingesta, debido a razones tanto de adquisición, como de hábito y educación alimentaria. Este ítem en particular resultó ser estadísticamente significativo como protector del estado nutricional, por lo que se sugiere reforzar su consumo. El estudio realizado por Álvarez y González en comunidades rurales confirma esta tendencia (32,33). Del mismo modo, creencias adecuadas sobre el consumo de nutrientes como proteínas, calcio y vitaminas en general se asociaron significativamente a un mejor estado nutricional de los niños. Resulta favorable que la ingesta de alcohol sea vista entre las madres como perjudicial en 94% de las entrevistadas, lo cual constituye un riesgo menos para estos niños ya que el alcoholismo de los padres, especialmente de las madres, repercute seriamente en el desarrollo infantil (34). En términos de introducción de alimentos al lactante, aunque 62% de las madres respeta la lactancia natural, las respuestas muestran una prematura introducción de alimentos potencialmente alergénicos como el pescado y derivados, situación que requiere una orientación por ser una población predominantemente atópica (12,16). Estudios previos en la Isla de Coche (12-15) indican la alta prevalencia de helmintiasis, principalmente *Áscaris lumbricoides*, en la población infantil. El estudio de creencias de las madres reveló que reconocen el problema pero al desconocer los mecanismos de

transmisión o atribuirlos a causas improbables como caminar descalzo (siendo transmisión fecal-oral), se dificulta la efectividad de la prevención. En cuanto al otro problema identificado y sentido como son las diarreas, se evidenció como práctica común no amamantar al bebé mientras la presente, lo cual contribuye al deterioro del estado nutricional de los lactantes, sobre todo si estos episodios diarreicos son repetitivos. Al mismo tiempo hay una general y significativa restricción de nutrientes a los niños con cuadros diarreicos, ya que se sustituye la alimentación cotidiana por sopas diluidas. Concomitante, existe el riesgo asociado a la frecuente automedicación para los procesos diarreicos y vómitos. Aunque hay conocimientos teóricos sobre prevención de parasitosis, no se corresponden con las prácticas, tal como lo refleja las inadecuadas técnicas de purificación de agua. Así, la alta exposición / reinfección y las prácticas inadecuadas de higiene y saneamiento ambiental tienden a perpetuar un riesgo, que con una adecuada propuesta educativa de apoyo a los tratamientos antihelmínticos regulares, pudiese ser relativamente prevenible (35). Una práctica común en las entrevistadas es dedicar el tiempo libre a la televisión, lo cual muchas veces representa más que información saludable en nutrición, desinformación y distorsión de hábitos alimentarios, sobre todo en poblaciones rurales como la que nos ocupa donde hay marcadas creencias referentes al "prestigio" que se atribuye sin fundamento a ciertos alimentos. Sin embargo, el hecho de ver TV en este grupo de madres, implica su presencia en el hogar y esto fue un significativo factor protector de malnutrición. El 98% manifestó excelente disposición a mejorar el sistema de conocimientos y creencias en beneficio de la salud nutricional. De las actividades elegidas para ello, destacan los cursos y las charlas en turnos vespertinos, mostrando notorio interés, flexibilidad y receptividad. Finalmente, se pudo apreciar que la conducta alimentaria y los hábitos de higiene de estas madres están regidos tanto por sus conocimientos como por sus sistemas de creencias. Dado que el papel de estas madres es determinante para el sano crecimiento y desarrollo del niño, la eficacia de las estrategias educativas dependerá en alto grado del reconocimiento de esta influencia sobre la conducta. En este estudio se evidenció el ampliamente reconocido complejo malnutrición-infección, que se mantiene como el problema de salud pública más prevalente a nivel mundial (35). La población rural o marginal que habita en medios pluricarenciales como Güinima, lo protagoniza a diario con trascendentes e incalculables consecuencias en términos del logro del potencial humano. Muchas de las

condiciones estructurales que perpetúan este síndrome de privación quizás no sean susceptibles al cambio; sin embargo, otras como educar a la madre o cuidador(a) deben constituir una prioridad, puesto que ellas(os) son quienes proveen de alimento, cuidados higiénicos, estímulo psicosocial y el soporte emocional (36) necesarios para el saludable crecimiento y desarrollo de los niños, especialmente si para tal fin, se cuenta con herramientas educativas nacionales elaboradas con criterios técnicos que contemplan el abordaje de estos aspectos problemáticos (37-39). Ante esta responsabilidad, se sugiere que las estrategias de educación para la salud, incorporen a modo prioritario a las madres o cuidadores de los niños, previo estudio de las necesidades sentidas, conocimientos, creencias, paradigmas, actitudes y prácticas para optimizar la adecuación y eficacia del hecho educativo en beneficio de la trascendente salud materno-infantil.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por el Banco Mundial, Proyecto Ven. 96.002.014, CDCH/UCV 09.35.4055.97. Se hizo posible gracias al Instituto de Biomedicina, a su Director, el Dr. Jacinto Convit, y a la generosa participación de los actores del sector salud, educativo, social y cultural de la Isla de Coche. Asimismo reconocemos muy especialmente el fructífero esfuerzo de las trabajadoras sociales Tibisay Tormet y Maryurys Silva. Agradecemos a la Dra. Marian Ulrich por su atenta y valiosa revisión de este trabajo.

Referencias

1. Ll Serra M, J Aranceta B, Mataix V. Nutrición y Salud Pública. Métodos, Bases Científicas y Aplicaciones. Masson, S.A. Barcelona, España 1995.
2. Dewey KG. Cross-cultural patterns of growth and nutritional status of breast-fed infants. *J Clin Nutr* 1998;67:10-7.
3. UNICEF. El Estado de Salud Infantil: Una Emergencia Silenciosa. New York;1999.
4. United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition (ACC/SCN). Third Report on The World Nutrition Situation; 1997.
5. Dehollain PL. Alimentación del niño en condiciones de pobreza. *Arch Latinoamer Nutr* 1995;45(1)
6. Jaén MH. El ser pequeño como manifestación de ser pobre. Síntesis en *An Ven Nutr* 1993;6.
7. Casanueva E, Kaufer HM. Nutriología Médica. México 1995.
8. Buttriss J. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. *Am J Clin Nutr* 1997;65:1985s-95s.
9. Frankle RT, Owen AL. Nutrition in the community. Mosby, third edition, 1993.
10. Shamah-Levy T, Vásquez-Resenos C, Cervantes-Turrubiates L, Chavez-Villasana A. Guías de Alimentación y Nutrición. Una propuesta didáctica. *Arch Latinoamer Nutr* 1997;43(3)
11. Holm I, Smidt S. Uncovering social structures and status differences in health systems. *Eur J Publ Hlth* 1997;7:373-8.
12. Hagel I, Salgado A, Rodríguez OL, Ortíz D, Hurtado M et al. Factores que influyen en la prevalencia e intensidad de las parasitosis intestinales en Venezuela. *Gac Méd Caracas* 2001;109(1):82-90.
13. Hagel I. Factores ambientales asociados a las respuestas helmínticas, que regulan la producción de inmunoglobulina E (IgE) en niños de diferentes comunidades rurales de Venezuela. Tesis doctoral en Inmunología, U.C.V. 2001.
14. Hagel I, Lynch NR, Di Prisco MC, et al. Nutritional status and the IgE response against *Ascaris Lumbricoides* in children from a tropical slum. *Trans Roy Soc of Trop Med Hyg* 1995;89:562-5.
15. Ortiz D, Afonso C, Hagel I, Rodríguez OL, Ortiz C, Palenque M, Lynch N. Influencia de las infecciones helmínticas y el estado nutricional en la respuesta inmunitaria de niños venezolanos. *Rev Panam Salud Publica* 2000;8(3):156-63.
16. Palenque M, Sierra R, Hurtado M, Hagel I, García O. Beclometasona inhalada y velocidad de crecimiento. *Alergia, Asma Inmunol* 2000;2(2):61-5.
17. Behar M, Icaza S. Nutrición. México Interamericana; 1972.
18. Dorea JG, Furumoto RAV. Infant feeding practices among poor families of an urban squatter community. *Ann Nutr Metab* 1992;36:257-64.
19. United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. Appropriate uses of anthropometric indices in children. ACC/SCN State of the Art Series, Nutrition Policy Discussion Paper N°7. USA. 1990.
20. WHO. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull Wld Hlth Org* 1986;64:929-41.
21. INN. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN). Boletín Informativo, Caracas; 1992.
22. CANIA. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo. Nutrición en Pediatría; Caracas 1999.
23. López BM, Landaeta JM. Manual de Crecimiento y Desarrollo. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Laboratorios Serono; FUNDACREDESA, Caracas;1991.
24. Méndez Castellano H et al. FUNDACREDESA. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela, Caracas; 1996.
25. López BM, Hernández VY, Torún B, Fajardo L. Taller sobre evaluación nutricional antropométrica en América Latina. Informe de la Reunión. Ediciones CAVENDES, Caracas; 1995.

26. O'Donnell A, Torún B, Caballero B, Lara PE, Bengoa JM. La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina. Informe de la Reunión. Ediciones CAVENDES, Caracas; 1994.
27. Allen LH. Malnutrition and Human Function: A Comparison of Conclusions from the INCAP and Nutrition CRSP Studies. *J Nutr* 1995;125:1119s-26s.
28. Yoon PW, Black RE, Moulton LH, Becker S. The effect of malnutrition on the risk of diarrheal and respiratory mortality in children <2 y of age in Cebu, Philipines. *Am J Clin Nutr* 1977;65:1070-7.
29. Suskind RM. Tratado de Nutrición en Pediatría. Salvat; 1985.
30. Montilva M, Ferrer MA, Nieto R, Ontiveros Y, Duran L, Mendoza MA. Uso del método necesidades básicas insatisfechas en la detección de comunidades con riesgo de desnutrición. *An Venez Nutr* 2003;16(1):16-22.
31. Zarzalejo Z, García M, Alvarez ML, Millan A. Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbano-marginal. *An Venez Nutr* 2001;14(2).
32. INN, Fundación Cavendes. Perfil nutricional de Venezuela. *An Venez Nutr* 1999;12(1):55-72.
33. Alvarez M, González L. Prácticas alimentarias en las familias del área rural de Medellín-Colombia. *Arch Latinoamer Nutr* 2002;52(1)
34. Ivanovic MD, Castro CG, Ivanovic MR. Conocimientos alimentarios y nutricionales de madres de escolares de educación básica y media de diferentes niveles socioeconómicos. *Arch Latinoamer Nutr* 1997;47(3).
35. ACC/SCN. Tomkins A, Watson F. Malnutrition and Infection, A review. State of the Art Series Nutrition Policy Discussion Paper N°5; 1989.
36. ACC/SCN Nutrition Policy. ADB Nutrition and Development. What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. Paper N°19. Series N°5. Sept 2001.
37. Ministerio de la Familia, Fundación Cavendes, INN. Guías de alimentación para el niño menor de 6 años. Caracas: Ediciones Cavendes. 1997.
38. Ministerio de la Familia, SENIFA, Fundación Cavendes. Guías de alimentación para Venezuela del niño menor de seis años. Manual para hogares y multihogares de cuidado diario. Caracas: Ediciones Cavendes 1996.
39. Ministerio de Educación, CENAMEC, Fundación Cavendes, INN. Las guías de alimentación para el preescolar. Caracas: CENAMEC - Fundación Cavendes - INN. 1999.