

# PUERICULTURA DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

CARLOS ALBERTO VELASCO BENÍTEZ, M.D.<sup>1</sup>

## RESUMEN

Es necesario definir tres términos: puericultura, crianza y alimentación. Los gustos, al igual que en los adultos, en los niños son individuales; de hecho, estos gustos pueden ser temporales, por épocas. En el acto de la alimentación ante una madre “primípara” e inexperta en esta área, participa además de toda la familia, los vecinos, y en general todo el que se atreve a opinar sobre cómo alimentar. Si analizamos estos factores desde el punto de vista psicológico, por así decirlo, la realidad sociofamiliar, el entorno ambiental, se ve influenciado por tres factores importantes: las creencias, la historia colectiva y la función alimentaria como tal. Hay que tener muy presente, dos conceptos importantes: el hambre y el apetito.

*Palabras claves: Puericultura, Alimentación, Niños*

## INTRODUCCIÓN

Es necesario definir tres términos: puericultura, crianza y alimentación. La puericultura, es la disciplina encargada del acompañamiento inteligente y afectuoso del niño y el adolescente en su aventura de vivir; conjuntamente entre los cuidadores del niño y quienes tienen la responsabilidad de la salud del mismo: los profesionales de la salud; la crianza, es el principal medio por el cual se trasmite la cultura en una comunidad, no solo para preservarla, sino además, para perfeccionarla; con la participación activa de los cuidadores del niño y quienes participan en la salud de los mismos: los profesionales de la salud; y con relación a la alimentación, hay que tener claro que el desarrollo de la misma, es algo aprendido: se requiere de acompañamiento, de orientación, de aprendizaje. También es cierto, que todos y cada uno de nosotros, a nuestro nacimiento ya tenemos ciertos códigos, ya estamos codificados para saber que nos gustará y que no,

---

<sup>1</sup>MD. Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Especialista en docencia universitaria. Magíster en epidemiología. Profesor titular. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Recibido para publicación: septiembre 15, 2012  
Aceptado para publicación: noviembre 15, 2012

## SUMMARY

You need to define three terms: child care, breeding and feeding. Tastes, as in adults, children are single, in fact, these tastes may be temporary, seasonal. In the act of feeding a mother inexperienced in this area, also involved the whole family, neighbors, and generally anyone who dares to think about feeding. If we analyze these factors from the psychological point of view, as it were, sociofamiliar reality, the environment is influenced by three major factors: beliefs, history and collective food function as such. We must bear in mind, two important concepts: hunger and appetite.

*Key words: Childcare, Feeding, Children*

y no se aparta de allí lo relacionado con la alimentación. Ya desde pequeños podemos dar muestras de aversión o rechazo hacia algunos alimentos, bien sea por su aspecto como por su sabor: y ello, esperamos sea identificado prontamente por quienes nos alimentan u orientan nuestra alimentación. Y si a esto le añadimos que es nuestro orientador o cuidador quien compra la canasta familiar, pues corremos el riesgo que algo que no nos guste, necesariamente deba o tenga que ser consumido por parte nuestra.

## EL GUSTO POR LOS ALIMENTOS

Los gustos, al igual que en los adultos, en los niños son individuales; de hecho, estos gustos pueden ser temporales, por épocas. Por lo general, el niño está interesado en alimentos líquidos o semisólidos, que no le “cuesten” tener que “trabajar mucho”, es decir, que tenga que realizar el acto de la masticación en menor frecuencia; y ahora bien, si estos alimentos son dulces, mucho mayor será el interés. En general, en la mayor parte de los niños, la succión habitual reduce el interés de los niños por otros alimentos. Esto incluso, es notorio cuando se compara en el recién nacido el acto de succionar el pezón para extraer la leche materna, en donde se requiere movilizar su lengua para “ordeñar” el pezón; versus el acto de chupar el biberón para extraer

su contenido, en donde tan solo, sin necesidad de mover la lengua, se necesita tan solo de “chupar”, para obtener el mismo resultado. La dificultad en este caso, sería que el agujero del chupo no estuviera lo suficientemente grande para permitir el paso del contenido del biberón.

## **EL ACTO DE LA ALIMENTACIÓN**

En el acto de la alimentación ante una madre “primípara” e inexperta en esta área, participa además de toda la familia, los vecinos, y en general todo el que se atreve a opinar sobre cómo alimentar. Y a lo mejor le atinan mucho mejor que nosotros mismos, los profesionales de la salud, que ya en menor cantidad debido a los grandes avances en nutrición infantil, tenemos la oportunidad de orientar la alimentación del niño. Son muchos los factores que pueden influir sobre la alimentación del niño: emocionales, en donde el niño evita ciertos alimentos o utiliza la alimentación como estrategia de comportamiento para llamar la atención de sus cuidadores; sociales en donde se tendrá o no mayor o menor acceso a los alimentos; económicos, bien sea por falta de disponibilidad o bien por ignorancia en lo que se debe comprar, o culturales, bien por miedo a la obesidad, o en el peor de los casos, y actual, a tener una mayor aceptación del sobrepeso y obesidad y catalogarlo como “normal”, del “momento”; o a la realización, de dietas, etc. para tener “niñas modelos”, como dicen los adolescentes de hoy “de la farándula”.

## **FACTORES SICOLÓGICOS DE LA ALIMENTACIÓN**

Si analizamos estos factores desde el punto de vista sicológico, por así decirlo, la realidad sociofamiliar, el entorno ambiental, se ve influenciado por tres factores importantes: las creencias, la historia colectiva y la función alimentaria como tal. Veamos detalladamente cada una de ellas. Es necesario conocer los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de quien proporciona, y quien orienta la alimentación. Es importante identificar lo relacionado con la lactancia materna, su promoción, sus características, su instauración, los mitos, y lo real, la vivencia, como tal. De igual manera, los vínculos que se crean entre la madre y el niño, el binomio, de manera activa y los restantes componentes del ámbito familiar, incluido por supuesto el padre del niño. Aquí se espera aquello que se aporta, la madre ofreciendo su alimento (la leche materna) y esperando del niño su aceptación (plenitud,

sueño, goce, placer) de lo ofrecido. Todo esto proporciona una identidad cultural, que se transmitirá de generación en generación, y por siempre. Otro factor es la historia colectiva, de la que hace parte la familia, que idealmente esté compuesta, además del niño por sus padres, abuelos, tíos, hermanos, y parientes o amigos, que brinden, como lo dijimos al principio ese acompañamiento. Aquí es importante el papel que juega el niño en la familia; su entorno social, y para ello la realización de una anamnesis que nos permitan identificar y reforzar estrategias para la buena alimentación del niño. El último factor desde lo sicológico, sería la función alimentaria: el papel de los cuidadores, llámese madre, padre, abuelos, tíos, etc. y en general, la familia. Para ello, se requiere del conocimiento, de la experiencia, de los orientadores, de quienes eduquen, así como se hace necesaria la comunicación, el diálogo, la práctica del ensayo error de lo aprendido.

## **HAMBRE Y APETITO**

Hay que tener muy presente, dos conceptos importantes: el hambre y el apetito. El hambre son señales internas que estimulan la adquisición y consumo del alimento, son generadas en el cerebro, la periferia o por conductas habituales. Es algo fisiológico, nervioso. El apetito, se refiere al hambre moderada y generalmente orientada a la elección de determinados alimentos y frecuentemente con expectativas de una recompensa. Es cultural, ambiental, social, influido por el medio. Se puede tener hambre o apetito a determinados alimentos. En resumen, el hambre es un concepto fisiológico, y el apetito es definido culturalmente.

## **OBJETIVOS DE LA ALIMENTACIÓN**

Entre los objetivos que nos proponemos, quienes estamos involucrados con la alimentación del niño, entre otros, es asegurar un crecimiento adecuado y un patrón de hábitos de vida saludables, es promocionar una alimentación saludable, y es recomendar normas de alimentación infantil. Todo ello con el fin de evitar la malnutrición, que al día de hoy entendida, como desnutrición por un lado, y sobrepeso y obesidad, del otro lado.

## INTERPRETACIÓN DE LAS TABLAS DE LA OMS

Para entender el término malnutrición, veamos las tablas de crecimiento y desarrollo de la OMS. A partir de este 1 de enero de 2012, según lo indicado por la Resolución 2121 del 9 de junio de 2010, los colombianos debemos estandarizar nuestras medidas antropométricas a través de las tablas de la Organización Mundial de la Salud OMS. En términos generales, tanto a nivel individual como poblacional, y tratando de resumirlas, para todas las edades, la interpretación la podremos realizar con base al índice de masa corporal (talla sobre talla al cuadrado) y la talla para la edad. Con relación al índice de masa corporal (IMC), la OMS clasifica a los niños como eutróficos entre -1 y +1 desviación estándar; entre -1 y -2 como riesgo para delgadez; entre +1 y +2 como riesgo para sobrepeso; entre -2 y -3 como delgadez, entre +2 y +3 como sobrepeso; superior a +3 como obeso y superior a -3 como delgado severo; y basados en la talla para la edad, como eutróficos entre -1 y +3 desviaciones estándar; < +3 desviaciones estándar como grande para la edad; entre -1 y -2 desviaciones estándar como riesgo de baja talla; entre -2 y -3 desviaciones estándar como baja talla y por encima de + 3 desviaciones estándar, como baja talla severa.

## ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL ENSIN 2010

Estos son algunos de los resultados de la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) para Colombia, año 2010, con relación al sobrepeso y obesidad: el 17.5% de los niños entre 5 y 17 años y el 26.4% menores de 5 años, presenta exceso de peso. Es decir, ya no solo la desnutrición es un problema de salud pública nacional, sino que el sobrepeso y la obesidad, comienzan a convertirse en graves problemas de salud pública para nosotros. De allí la importancia, de quienes tenemos que ver con la nutrición infantil, en mejorar los estilos de vida saludables relacionados con el fomento del consumo de dietas saludables, realización de actividad física regular y mejorar el estado nutricional y de salud de la población a lo largo de toda la vida.

## IMC EN COLEGIOS DE CALI, COLOMBIA

Estos son los resultados de investigación de un tamizaje del estado nutricional realizado en un colegio público en la ciudad de Cali, Colombia: el 38,8% están

malnutridos, estando el 26,2% a riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad. Y siguiendo en la misma vía, en un colegio privado de Cali, Colombia, los resultados no son diferentes, incluso hasta peores: el 55% (en el colegio público el 38.8%) está malnutrido: con un 45,5% (1,7 veces más que el colegio público) para riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad. Es decir, la malnutrición se presenta a todo nivel de la población infantil, y es un verdadero problema de salud pública para nosotros.

## ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE EN SU PRIMERA AÑO DE VIDA

La alimentación del lactante en su primer año de vida, la podríamos resumir así: leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, o en su defecto, fórmula infantil, para a partir del sexto mes de vida, iniciar la alimentación complementaria, cuya consistencia de los alimentos debe ser mayor sólida que líquida, para que al año de edad, el niño esté participando de la dieta familiar.

Continúa siendo válido que el alimento único y primordial durante los primeros seis meses de vida del ser humano debe ser la lactancia materna exclusiva, entendiéndose exclusivo, con ni siquiera necesidad de agua deba ser ofrecida durante este tiempo. El ENSIN 2010 informa que los colombianos tan solo estamos lactando en promedio 1,8 meses exclusivamente y que comparativamente con el ENSIN 2005, hemos empeorado, pues en el 2005 la lactancia materna exclusiva era en promedio de 2.2 meses. La Organización Mundial de la Salud en los países en vía de desarrollo como el nuestro, propone ofrecer lactancia materna hasta los dos o más años de edad; se prefiere favorecer la lactancia materna exclusiva tan solo por los primeros seis meses de vida y a partir de allí y hasta el año de edad, ir involucrando la complementaria. Los problemas digestivos, entre otros, que se suscitan en el lactante mayor solamente amamantado tienen que ver con malas técnicas alimentarias y sobrediagnósticos que involucran paraclínicos innecesarios, por inadecuados diagnósticos de enfermedad por reflujo gastroesofágico, o trastornos en el mecanismo succión-deglución, entre otros, temas que se escapan al presente artículo. Al conocer en Providencia, Colombia los conocimientos, actitudes y prácticas de 89 madres sobre alimentación encontramos que el 72% opinan

que la lactancia materna, es el mejor alimento para el niño, en el 53% protege, en el 31% ofrece vitaminas y en el 28% lo ayuda a crecer.

Al proponer la lactancia materna exclusiva por 6 meses, se debe recomendar la iniciación de la alimentación complementaria por encima de los seis meses de edad, alimentando directamente al lactante y asistiendo al niño mayor, respondiendo así a sus signos de hambre y satisfacer sus necesidades. Es importante que la alimentación complementaria se ofrezca despacio, con paciencia, animando a todo momento al niño a comer y sin forzarlo. En caso que se ocasione rechazo, probar con diferentes combinaciones, sabores, texturas y métodos. Tener en cuenta que una verdadera intolerancia alimentaria se presentará con vómito, diarrea, distensión abdominal, dolor abdominal, rash cutáneo, entre otros.

Hay que disminuir las distracciones que se pudieran ocasionar a las horas de las comidas. Con relación a éste último concepto, y analizando los resultados del ENSIN 2010, relacionados a qué tanto los niños colombianos se “distráen” viendo televisión (faltaría al día de hoy mirarlo más bien con la internet, el *black berry*, y otros dispositivos afines), por más de 2 horas (es recomendable por menos de 2 horas por parte de la Academia Americana de Pediatría), el 57.9% de los niños entre 5-12 años y el 67% entre los 13-17 años, dedica 2 horas por día a estas actividades.

No hay que olvidar que la alimentación es un acto social, en donde se comparte con la familia, de allí a que los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor: hablar con los niños y mantener contacto visual con ellos, es fundamental. En esta sociedad de consumo y de aceleración, a lo mejor esta actividad es algo que debemos nuevamente recuperar.

Con relación a la frecuencia, ésta es la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud: aumentar el número de veces conforme el niño va creciendo; y tratando de estandarizar (mas no de individualizar), entre los 6 y 8 meses de edad debe recibir entre 2 a 3 comidas al día; entre los 9 y 11 meses de edad, 3 a 4 comidas al día y entre los 12 y 24 meses de edad, 3 a 4 comidas al día más 1 o 2 meriendas nutritivas al día.

## LECHE ENTERA DE VACA

Otro concepto importante es el de evitar la leche entera de vaca en el niño menor de un año de edad. Es posible que tan solo con la recomendación de la lactancia materna exclusiva por los primeros seis meses de vida y el inicio de la alimentación complementaria a partir del segundo semestre del año, no sea necesaria ésta recomendación, pero sucede que es más económica que las fórmulas infantiles, además del concepto de creer que el vaso con leche proporcionará todas los requerimientos nutricionales aún es válido, es importante hacer esta advertencia. El uso de leche entera de vaca en el niño menor de un año de edad, entre otros, provoca riesgo de alergia alimentaria en el niño lactado, por la transferencia de la macromolécula proteica, beta globulina de la leche de vaca a través de la lactancia materna; sangrado gastrointestinal bajo; anemia; alta carga renal de solutos y bajo coeficiente intelectual. No es recomendable para disminuir estos factores el diluir la leche y agregarle azúcar y aceite, políticas utilizadas en otros países, como Chile; pues nuestros cuidadores se quedan en solo la dilución y no aportar los carbohidratos y grasas también necesarios.

Los resultados de un trabajo de investigación sobre CAP en médicos generales de la ciudad de Cali, Colombia, relacionados con la indicación de leche entera de vaca antes del año de edad, y de la dieta de eliminación en madres con riesgo de alergia alimentaria, indicaron que el 61.5% de los médicos encuestados, poseen conocimientos insuficientes sobre alimentación normal durante el primer año de vida, entre lo que se destaca positivamente que la leche de vaca debe indicarse en mayores de 1 año de edad y negativamente sobre dieta de eliminación en la madre alérgica.

## FISIOLOGIA NORMAL DE LA ALIMENTACIÓN

Hay que conocer acerca de la fisiología de la cavidad oral, y lo que tiene que ver con la dentición. Nosotros tenemos dientes heterodónticos, es decir, los dientes son diferentes entre sí, tenemos incisivos que cortan, caninos que desgarran y premolares y molares que trituran. Y tenemos dientes difiodónticos, que se refiere, a dientes deciduales, temporales, conocidos como los “dientes de leche” de 20 piezas (10 maxilares y 10 mandibulares), y dientes definitivos, permanentes, de 32 piezas (16 maxilares y 16 mandibulares). La erupción de los dientes debe ir de la mano con la

consistencia de los alimentos ofrecidos: los primeros dientes (dentición primaria) aparecen entre los 6 meses y 6 años de edad; la dentición mixta, entre los 6 y 12 años de edad, y la dentición permanente, a partir de los 12 años de edad.

Con relación a la consistencia de los alimentos, hay que ir incrementando su consistencia y variedad, gradualmente conforme crece el niño. Lo recomendado por la Organización Panamericana de la Salud en niños > 6 años de edad es ofrecer papillas, purés y alimentos semisólidos; a los 8 meses, alimentos que se puedan comer con los dedos y a los 12 meses de edad, el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia.

El reflejo de protrusión de la lengua, que consiste en empujar con la lengua los objetos que se aproximan a sus labios, permite “saborear” los nuevos alimentos (término neofilia, descrito en el artículo de Gómez) y no debe ser mal interpretado por la madre como rechazo o intolerancia hacia el nuevo alimento (“neofobia”).

El reflejo gastrocólico, se refiere, a los movimientos de todo el tubo digestivo, en el momento que el alimento llega al estómago: este reflejo está toda la vida con nosotros, pero socialmente lo ajustamos a nuestra vida cotidiana, pues cada vez que nos alimentamos no vamos a defecar: una vez que se come y al moverse todo el tubo digestivo, se debería defecar: en el recién nacido es casi que inmediato: cuando el bebé se alimenta con leche materna, realiza una deposición líquida, amarilla, explosiva, “ácida”, “como pajarito”, mal llamada la “diarrea fisiológica del recién nacido” y a medida que crece, el reflejo gastrocólico se disminuye, y en la edad adulta, se coordina y va casi asociado al reflejo de la defecación.

El reflejo de la defecación, que se debe entrenar a partir de los 2 años de edad y no antes, consiste en que una vez la ampolla rectal se encuentra “llena” sus baroreceptores envían una señal aferente al sistema nervioso central, quien a su vez, a través de una señal eferente le indica al esfínter anal interno que se relaje para realizar el acto de la defecación (inconsciente), sin embargo, por medio del esfínter anal externo (consciente) y en la posición y el sitio adecuado para tal fin, se realiza el acto de la defecación.

Estos dos últimos reflejos, junto con la alimentación que ingiere el niño, van de la mano, con la consistencia de las

heces, para lo que se invita a que nos socialicemos con la Carta de Bristol para su clasificación. Esta es la Carta de Bristol en donde se visualizan los 7 tipos de heces, desde el tipo 7 del recién nacido, hasta el tipo 1, del niño con estreñimiento. Vale la pena que se estandarice la manera incluso de valorar las heces.

Otros parámetros fisiológicos, normales a tener en cuenta en la alimentación del niño, es conocer su neurodesarrollo, para así mismo, indicar una alimentación adecuada a su momento fisiológico. Por ejemplo, ontogénicamente el reflejo de la succión tan solo se presenta a las 28-32 semanas de gestación (succión no nutritiva) y el reflejo de la succión deglución aproximadamente entre las semanas 32 y 36 de gestación. Esto es importante, por ejemplo, para decidir el tipo de nutrición enteral a recomendar: por gastroclisis o por boca. Continuando con el tema del neurodesarrollo y su importancia en la alimentación del niño, nosotros debemos identificar la evolución dinámica en la que se encuentra el niño, para aprovechar sus destrezas con la alimentación. Hay muchas pruebas para identificar el neurodesarrollo del lactante, entre ellas, la Prueba de Munich que ya ha sido validada en el Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de Santos de Bogotá, por los años 90's. En ella se evalúa el gateo, la sedestación, la marcha, la prehensión, la percepción, el habla, el lenguaje y el área social del niño. En un estudio realizado por el Grupo de Investigación GASTROHNUP en niños hospitalizados del Hospital Universitario de Santander en Bucaramanga, Colombia; se observa que al comparar niños eutróficos con desnutridos, existe evidencia estadísticamente significativa en el puntaje total de la Prueba de Munich, al igual que si se analiza cada uno de sus componentes. Esto es para resaltar la importancia del neurodesarrollo dentro del plan alimentario del niño y su relación con su estado nutricional.

## LEYES DE LA ALIMENTACION DE ESCUDERO

Las leyes de la alimentación descritas por Escudero en el año 1939, siguen siendo vigentes, para orientar la alimentación del niño. Nematécnicamente, las siglas utilizadas serían CESA, completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Lo completo a que contenga todos los macronutrientes (carbohidratos, grasas y proteínas) y micronutrientes (electrolitos, oligoelementos, minerales, vitaminas); lo equilibrado se refiere a los porcentajes 15% proteínas, 30-35%

grasas y 55-65% de carbohidratos; lo suficiente a que un lactante sano debe recibir entre 80 y 130 kcal/kg/día y un niño mayor entre 1500-1800 kcal/m<sup>2</sup>/día, y el término adecuado, a que debe ser adecuado a su estado fisiológico, ejemplo es que un recién nacido debe estar alimentándose con leche materna exclusiva y un escolar masticando alimentos. Con una de las leyes que no se cumpla, se convertiría en una alimentación No CESA. En el caso de la ley de suficiencia o de cantidad, la Organización Panamericana de la Salud, recomienda en países en vía de desarrollo, como el nuestro que un niño entre 6 y 8 meses reciba 200 kcal/día, uno entre los 9 y 11 meses de edad, 300 kcal/día y un niño entre los 12 y 23 meses de edad, 550 kcal/día. Es posible que si recomendamos una alimentación CESA, pausada, escalonada, sin premios ni castigos, bien sea a manera de pirámide como en los Estados Unidos o a manera de tren, como en Colombia, podamos ofrecer granos, verduras, frutas, productos lácteos, carnes y frijoles, adecuadamente.

La Organización Panamericana de la Salud, recomienda en cuanto al contenido nutricional que vamos a indicar: dar variedad de los alimentos; consumir carne, aves, pescado o huevos, por lo menos 1 vez al día; tener precaución con las dietas vegetarianas exclusivas, en cuanto a los aminoácidos esenciales y otros nutrimentos necesarios para evitar carencias; ofrecer al menos 1 vez al día frutas y verduras ricas en vitamina A; que las dietas tengan un contenido adecuado de grasas; evitar en lo posible bebidas con bajo valor nutritivo y limitar el uso de jugos, leche y bebidas líquidas en general.

Otras características que no se encuentran implícitas en las leyes de la alimentación tienen que ver con lo nutricional, dietológico e higiénico. Con relación a lo higiénico, la Organización Panamericana de la Salud, recomienda: lavar las manos de las personas a cargo y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos; y guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación. Continuando con las recomendaciones higiénicas de la OPS, estarían: utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos; utilizar tazas y tazones limpios, y evitar biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

## SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

Algo importante, en la alimentación de los niños, es conocer el momento de utilizar suplementos nutricionales, tan afanosamente requeridos por los cuidadores del niño. En términos generales, los suplementos nutricionales deberían indicarse solo ante bajas reservas, o identificación de reservas específicas o de insuficiencia o nulidad. En el primero de los casos, si nos situamos en un país en vía de desarrollo en donde ahora veremos las estadísticas reportadas por el ENSIN 2010, podríamos decir que debería ser una conducta común; sin embargo, creo debemos ajustarnos a lo individual y no generalizar este tipo de conductas. Lo que sí es cierto, en nutrición infantil, son los avances que se han reportado con relación al zinc, hierro, vitamina A y alimentos funcionales. Los niños que son exclusivamente alimentados al seno, presentan mayor presencia de anemia al cuarto mes de edad, motivo por lo que a partir de esta edad deben ser suplementados con hierro. En países como la Argentina, esto lo evitan con la introducción de alimentación complementaria basada en cárnicos, en nuestro país no es posible este tipo de conductas. La literatura mundial indica que el uso de vitamina A, previene infecciones respiratorias altas y es una conducta a seguir en nuestro país, nuevamente basados en lo reportado por el ENSIN 2010. Con relación a los alimentos funcionales, cada vez más hay mayor literatura relacionada con sus beneficios en cuanto a prevención en la enfermedad diarreica, como en otras patologías de componente alérgico, entre otros; que no son motivo de este artículo. Según el ENSIN 2010, el 27.% de los niños entre 6-59 meses de edad; el 8.1% entre los 5-12 años de edad, y el 10.6% entre los 13-17 años, presenta anemia; y el 10.6% de los niños entre 1-4 años y el 3.5% entre 5-12 años, presenta deficiencia de hierro. Según el ENSIN 2010, en los niños entre 1-4 años de edad se presentó deficiencia de vitamina A en el 24.3%, deficiencia de zinc en el 43.3%, y deficiencia de vitamina B12 en el 20%; siendo el déficit de estas vitaminas y oligoelementos, un problema de salud pública según la OMS. Con relación al zinc, su suplementación además de prevenir la presencia de diarrea aguda y persistente, hoy en día se conoce que sirve durante el tratamiento de los cuadros diarreicos agudos.

Algo final, para dar unas recomendaciones generales, y tiene que ver con el niño cuando enferma. Hay que tener presente algunas sugerencias: aumentar la ingesta de

líquidos durante las enfermedades; alentar a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos, y luego de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia y alentar a que coma más.

## ERRORES COMUNES EN LA ALIMENTACIÓN

Veremos a continuación algunos errores que con frecuencia ocurren en la alimentación del niño: que el niño coma por ejemplo cuando no tiene hambre o luego de haber comido “alimentos chatarra” o que se oblique al niño a comer nuestros gustos (falta de familiaridad con ellos) y negarle lo que le gusta o lo que quiere repetir. Esto obvio, sin excesos. Facilitarle la comida en la boca, aunque ya tenga la capacidad motora para comer solo u obligarlo a comer la cantidad que queremos, cuando nosotros queremos y en nuestro tiempo. Esto va en relación a nuestra conveniencia laboral, etc. que no debería ni siquiera considerarse. Forzar, regañar o castigar al niño: ya se ha comentado, ni premios ni castigos durante la alimentación. U obligar a que coma más porque creemos que no come bien, a pesar de ser un niño sano, con peso y talla adecuados. Consulta frecuente entre nosotros.

Se debe detectar cual es la alimentación selectiva, con la que no se “atraganta” o “vomita” el niño; igualmente evitar restricciones de los alimentos que a nosotros no nos gustan (es muy particular que las madres siempre prueben los alimentos que le van a ofrecer al niño y si no les gustan, no se los ofrecen); además, es necesario evitar la alimentación permisiva de alimentos que tan solo le producen saciedad, entre ellos, los “farináceos” o el consumo de líquidos o de comidas del alta densidad energética “azucarados” (*snacks*, dulces, postres).

No es bueno acelerar la comida del niño, ni que consuma los alimentos con avidez o termine rápidamente, hay que tener paciencia y prudencia en el tiempo de la alimentación; e igualmente no se debe distraer al niño con juguetes, televisión o haciendo pantominas al momento del acto de la alimentación: se volverá costumbre siempre que se vaya a comer.

Debemos entonces estar capacitados para identificar los signos y síntomas que pudieran ser el prodromo de alguna enfermedad que esté causando la disminución del apetito en el niño; e igualmente debemos adaptarnos a las preferencias del niño, sin los “excesos” que puedan rayar en la mala crianza.

Es necesario expresar afecto, no solo en el acto de la alimentación, además del estímulo y buenos ejemplos sobre alimentación; hay que recordar que la alimentación es un hábito y hay que convertirlo en saludable; debemos respetar los gustos personales del niño, no serán los mismos nuestros e igualmente debemos estar conscientes que es necesario educar el paladar del niño; para ello hay que probar de todo identificando gustos y preferencias sin excesos.

Tenemos la obligación de conocer el régimen alimentario, esto mediante un calendario alimenticio si así se requiere; volvamos a comer en convivencia, no olvidar que el acto de la alimentación, socializa; si bien es cierto los hábitos familiares son similares, el niño tendrá sus preferencias, que no necesariamente son las nuestras; nuevamente, el concepto de evitar premios y castigos, para que no se vuelva un “negocio” el acto de comer; se debe comer en un ambiente relajado y placentero; hay que poseer el don de la paciencia en la alimentación de nuestros hijos, recordar que se traspasará de generación en generación y en beneficio de todos; y no olvidar que hay que crear buenos hábitos desde el momento del recién nacido.

Debemos tener la capacidad de identificar la velocidad para comer en nuestros hijos y adaptarnos a ellos; igualmente son necesarias normas sobre nuestra alimentación; indicar el uso de utensilios cuando sean requeridos; identificar fisiológicamente en qué momento se está preparado para masticar alimentos; evitar el juego cuando se come; variar el tipo de alimentos, al igual que la forma y elaboración de los alimentos.

Finalmente podríamos terminar el artículo comentando un par de cosas: la primera de ellas, tener presente las características de la alimentación saludable recomendada por la OMS: lograr un equilibrio energético y un peso normal; limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans; aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar la ingesta de azúcares libres y limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada. Para finalizar y reflexionar: 1) será que “mi hijo no come nada” o 2) que “mi hijo no come lo que yo quisiera que comiera”?

## REFERENCIAS

1. Bado R, Varas N, Medina A. Percepción materna del estado nutricional infantil de niños menores de tres años en el distrito de Ocongate, Cusco. *Paediatrica* 2007;9: 55-62
2. Bentley ME, Dettwyler KA, Caulfield LE. Anorexia infantil y su tratamiento en niños de países en vías de desarrollo: revisión y recomendaciones. En: O'Donnell A, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Lara E, Peña M, editores. *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*. Paltex: Washington 1997: 365-390
3. Bhutta ZA, Bird SM, Black RE, et al. Therapeutic effects of oral zinc in acute and persistent diarrhea in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 1516-1522
4. Busdiecker S, Castillo C, Salas I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71(1)
5. desde las percepciones. *Invest Educ Enferm* 2011; 29: 28-39
6. García LF, Restrepo SL. Alimentar y nutrir a un niño con parálisis cerebral. Una mirada
7. Gómez LF. Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. PRECOP SCP CCAP Volumen 7 Numero 4
8. González AR, Estupiñán MR. Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 2010; 28: 396-404
9. Guzmán RME, Gómez G, García R, Martínez JP. Una cuestión de género: el estado nutricional de los hijos e hijas, explicado desde las prácticas de crianza de las madres de familia. *Revista Científica Electrónica de Psicología* 4: 30-79
10. Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon FE, Hughes AO. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. *Gut* 1992; 33: 818-824
11. Jiménez AM, Verbel C, Velasco CA. Percepciones de las madres de Providencia, Colombia sobre alimentación.
12. O'Donnell LJD, Heaton KW. Pseudo-diarrhea in the irritable bowel Syndrome: patient's records of stool from reflect transit time while stool frequency does not. *Gut* 1988; 29: A1455
13. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. OPS: Washington DC, 2003
14. Ortiz MR, Velasco CA, Vinuesa DX. Conocimientos sobre alimentación durante el primer año de vida en médicos generales de Cali, Colombia. *Rev Gastrohnutp* 2010; 12: 64-71
15. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* 2002; 29(3)
16. Sociedad Panameña de Pediatría. Manual de Puericultura. 2005
17. Velasco CA. Evaluación psicomotora HURGV, Bucaramanga-Colombia. En: Velasco CA, editor. *Resultados de Investigación GASTROHNUP 1995-2002*. División de Publicaciones de la Universidad Libre: Cali: 2006: 194-205 *Resultados de Investigación GASTROHNUP 1995-2002*. División de Publicaciones de la Universidad Libre: Cali: 2006: 194-205