

## Logros dietéticos en niños con desnutrición moderada atendidos en régimen de seminternado

Magda E. García<sup>(1)</sup>, Zulema Zarzalejo<sup>(2)</sup>, María L. Alvarez<sup>(1)</sup>, Carmen C. Bustamante<sup>(1)</sup>, Omar Arenas<sup>(3)</sup>

**RESUMEN.** El objetivo fue identificar la modificación de variables del diagnóstico dietético del niño desnutrido moderado durante el tratamiento nutricional integral en modalidad de seminternado del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA con el fin de planificar el abordaje hacia la optimización de hábitos y conductas alimentarias y evaluar el impacto a corto plazo del tratamiento sobre el diagnóstico dietético. La muestra consistió en 154 niños hasta 9 años, distribuidos en 4 grupos de edad. Los datos se obtuvieron retrospectivamente de las historias dietéticas. Enero - Diciembre 1996. Se definieron logros dietéticos como modificaciones positivas obtenidas en las variables estudiadas a partir de la observación inicial. Se compararon porcentualmente las condiciones satisfactorias al ingreso y al egreso del tratamiento. La obtención de logros la determinó el grupo de edad y la variable estudiada. El mejor resultado para el grupo de 2 a 4 años y en menor grado para el de 0 a 2 años. Las conductas alimentarias se modificaron positivamente más que los hábitos. Recomendaciones: la selección de variables para analizar la modificación del comportamiento dietético debe basarse en el conocimiento y caracterización de la población a atender, considerando la edad del grupo, aspectos que desde un comienzo determinan la posibilidad de cambio y la dirección que debe tener el tratamiento para asegurar los logros. Evaluar la permanencia de modificaciones una vez que el niño retorna a su medio, que asegure desde el punto de vista dietético, su salud nutricional e incluir formación nutricional en la comunidad, hacia la modificación a largo plazo de hábitos alimentarios. *An Venez Nutr 1999;12(2):110-116.*

**Palabras clave:** Logro, trastornos nutricionales, dietética, pediatría

### Introducción

Los niños que sufren de desnutrición aguda a menudo requieren atención institucional para sobrevivir y recuperarse, el ofrecer exclusivamente alimentación directa, aunque logra una recuperación satisfactoria, solventa sólo momentáneamente una de las causas; por ello intervenir interdisciplinariamente la desnutrición aumenta las garantías de la recuperación permanente (1).

El Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) Caracas, Venezuela; atiende la malnutrición por déficit y exceso en menores de edad y embarazadas a través de una intervención interdisciplinaria e integral extendiéndose a la familia y a la comunidad, contando para ello con las coordinaciones de salud, área de seminternado, psicología y social, responsables de la intervención curativa y una coordinación de educación responsable de la intervención preventiva (1,2).

El Centro cuenta con el Área de Recuperación Nutricional (ARN), diseñada para el tratamiento integral de niños entre 0 y 9 años de edad con desnutrición moderada y grave, la misma consiste en un régimen de seminternado al que asisten los niños por un período de tres meses para recibir tratamiento

directo: médico, dietético, psicológico, de estimulación, educacional y de apoyo social dirigidos al paciente y su familia.

La evaluación inicial integral al paciente y su representante, permite establecer el abordaje interdisciplinario individualizado. Los padres o representantes de los niños ingresados, participan en el tratamiento siguiendo las indicaciones en el hogar y con su asistencia a ciclos de actividades formativas diseñadas por las distintas áreas de atención que le brindan herramientas para facilitar su cumplimiento. La participación de los representantes a estos talleres ofrece un espacio donde exponer sus dudas y le permite a los especialistas rectificar información sobre el tema tratado, al igual que en

1. Especialista en Nutrición Clínica - Nutricionista Clínico Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo. CANIA.
2. Magister en Nutrición- Nutricionista Clínico Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo. CANIA.
3. PhD Bioestadística. Universidad Simón Bolívar.

Solicitar copia a: Magda E. García. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, Apartado 20485, Caracas 1100-Venezuela- E-mail caniacs@reacciun.ve

listas rectificar información sobre el tema tratado, al igual que en las consultas individuales donde además se evalúa el proceso de cambios en el representante y en el hogar.

El diagnóstico dietético se obtiene de la evaluación del apetito, los hábitos y las conductas alimentarias (4). La intervención dietética parte del mismo y se planifica sobre la base de las modificaciones necesarias de estos aspectos que permitan alcanzar la recuperación. El requerimiento energético y de macronutrientes se calcula individualmente (5) y se suministra el 85% del total obtenido en el ARN, a través de 2 comidas principales y 1 ó 2 meriendas, en preparaciones variadas acordes a la edad, que le permiten mejorar sus hábitos alimentarios; simultáneamente se supervisan las comidas en un ambiente idóneo para la formación y refuerzo de conductas alimentarias adecuadas (6).

Las limitaciones y fortalezas de cada paciente y su grupo familiar determinan la posibilidad de realizar cambios; la meta planteada por el nutricionista consiste en llegar a ofrecer al niño una alimentación óptima a través de modificaciones individuales y paulatinas de los aspectos alterados.

Se definen entonces los logros dietéticos como modificaciones positivas en hábitos y conductas alimentarias obtenidas durante el tratamiento de seminternado y dirigidas a alcanzar la recuperación nutricional integral del paciente y mantenerla a largo plazo.

El objetivo del presente estudio fue identificar las variables dietéticas que se modifican y no se modifican durante el tratamiento de seminternado con el fin de planificar un abordaje que permita un mayor número de variables modificables hacia la optimización de hábitos y conductas alimentarias y la evaluación del impacto a corto plazo del tratamiento nutricional integral en el área dietética durante el tratamiento nutricional del niño desnutrido en modalidad de seminternado.

### Materiales y métodos

Se realizó un estudio comparativo de los diagnósticos dietéticos obtenidos al inicio y culminación del tratamiento de seminternado. Los hallazgos iniciales se obtienen de la situación usual del niño; mientras que los datos al egreso resumen condiciones del hogar y del Centro.

Para definir los logros dietéticos inicialmente se procedió a seleccionar las variables más comúnmente afectadas en la evaluación inicial. Se describieron los posibles hallazgos iniciales para cada variable en categorías así como las modificaciones en cada una necesarias para ser consideradas como logro dietético (Cuadros 1 y 2).

Los datos se obtuvieron de 154 historias dietéticas de niños atendidos en el ARN durante el período Enero - Diciembre 1996.

El análisis de los logros se hizo por grupos de edad, comparando el porcentaje de niños con condiciones satisfactorias iniciales con el porcentaje de niños con condiciones satisfactorias al egreso.

**Cuadro 1**  
**Variables seleccionadas de los hábitos alimentarios y su modificación a partir del hallazgo inicial para la definición del logro dietético**

Variable	Hallazgo inicial	Modificación para el logro
Adecuación calórico-proteica*	85-115% 71-84% 51-70% <50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener</li> <li>Incrementar en 35% o más</li> <li>Incrementar en 40% o más</li> <li>Incrementar en 50% o más</li> </ul> Promedio evaluación de la ingesta última semana de tratamiento
Frecuencia de consumo semanal por grupo de alimento	Consumo del grupo evaluado durante 5,6 ó 7 días a la semana Consumo semanal de 4 o menos días del grupo evaluado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener (5,6 ó 7) o incrementar a 6 ó 7 días dependiendo del hallazgo inicial</li> <li>Incrementar a 5 o más días de consumo durante la semana</li> </ul>
Lactancia materna	Según la edad del niño (se evalúa solo en menores de dos años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporación antes del mes de edad</li> <li>Mantener durante los primeros seis meses de vida preferiblemente en forma exclusiva</li> <li>Regulación posterior a los 18 meses de edad</li> </ul>
Lactancia artificial y leche completa	Según la edad del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fórmula láctea adecuada a la edad</li> <li>Preparación adecuada</li> <li>Número de tomas acorde a la necesidad</li> <li>Agregado de cereal y azúcar en proporciones adecuadas (leche completa)</li> </ul>
Uso del biberón	Hasta el año de edad Mayores de un año	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo para la fórmula láctea</li> <li>Suspender el uso</li> </ul>
Características de la alimentación durante el 1er. año de vida	4-6 meses 6-12 meses 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ablactación</li> <li>Progresión dietética adecuada</li> <li>Incorporación a la mesa familiar</li> </ul>
Rechazos y preferencias alimentarias	Rechazo a uno o más grupos de alimentos Preferencia por uno o más grupos de alimentos Consumo de chucherías y refrescos más de 4 días de la semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceptación de algunos alimentos del grupo o grupos rechazados</li> <li>Consumo de alimentos preferidos que no interfieren con una alimentación balanceada</li> <li>Sustituir el consumo por alimentos nutritivos</li> </ul>

\* Hallazgo inicial: Por método de recordatorio de 24 horas anterior a la consulta inicial

**Cuadro 2**  
**VARIABLES SELECCIONADAS DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y SU MODIFICACIÓN A PARTIR DEL HALLAZGO INICIAL PARA LA DEFINICIÓN DEL LOGRO DIETÉTICO**

Variable	Hallazgo inicial*	Modificación-logros**
Ambiente durante las comidas	Presencia de elementos distractores Comer en cualquier parte de la casa Comer a cualquier hora	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizan las comidas sin elementos distractores</li> <li>Disponen de un lugar fijo para realizar las comidas</li> <li>Fijan horarios para realizar las comidas</li> </ul>
Respuesta del cuidador ante la alimentación del niño	Obligar al niño a comer Da la comida en la boca a niños con habilidad para comer solos Ofrecer comida al niño a cualquier hora Ofrecer al niño una alimentación monótona No supervisar la alimentación del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entienden las señales de hambre y saciedad del niño, y las respetan</li> <li>Permite que el niño consuma las cantidades de alimentos que necesita</li> <li>Ofrece al niño variedad de alimentos y preparaciones</li> <li>Supervisa las alimentaciones del niño</li> </ul>
Respuesta del niño ante su alimentación	No es atento a la comida, si distrae con otros elementos No disfruta de la alimentación No responde a sus necesidades individuales de hambre y saciedad, ni a indicaciones externas Responde en forma oposicionista a indicaciones externas sobre su alimentación Responde en forma pasiva a indicaciones externas sobre su alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está atento a la alimentación</li> <li>Disfruta de la alimentación</li> <li>Responde de manera responsable a sus necesidades de alimentación y a las indicaciones externas que se le relacionan</li> <li>Da indicaciones claras de hambre y saciedad</li> </ul>

\* Datos que reporta el representante durante la evaluación inicial  
 \*\* Datos que reporta el representante en entrevistas de control durante el tratamiento más observaciones directas del niño en el Centro durante las comidas

**Discusión y resultados**

La desnutrición tiene múltiples causas, el 100% de los niños estudiados provienen de familias pobres por la metodología de línea de pobreza en quienes además se suman un conjunto de factores y condiciones socioculturales y psico-

lógicas adversas que no se presentan en el Centro (3,7).

La obtención de los logros se ve entonces afectada por la modalidad de tratamiento, que ofrece las condiciones óptimas en pro de la recuperación. Entre estas condiciones que favorecen el alcance de los logros dietéticos en el régimen de seminternado, destacan los siguientes: 1- no existen limitaciones con respecto a la disponibilidad de alimentos, 2- se garantiza la oferta de preparaciones variadas, 3- se manejan conductas de alimentación adecuadas y 4- participación de un equipo multidisciplinario que utiliza los recursos adecuadamente promoviendo una recuperación más efectiva (8). Los factores que limitan el alcance de los logros dietéticos bajo las mismas condiciones se encuentran los siguientes: 1- el niño sólo permanece en el centro 8 horas, tiempo insuficiente para ingerir la totalidad de sus requerimientos, 2- el cuidador usual no permanece todo el tiempo con el niño durante el tratamiento, 3- no se verifica por observación el cumplimiento del tratamiento en el hogar lo que no se garantiza que las condiciones para la alimentación del niño en su medio se hallan modificado realmente y 4- las modificaciones a nivel de la comunidad y la familia ameritan de integrar acciones a través de un programa educativo y su seguimiento a largo plazo no se han consolidado.

De las 154 historias revisadas 51% fueron varones y 49% hembras ubicándose el mayor porcentaje de niños atendidos entre 6 y 9 años (Cuadro 3).

**Cuadro 3**  
**Distribución del grupo de estudio por edad y sexo**

Edad en años (a), meses (m)	Varones		Niñas		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-1 a 11 m	22	58	16	42	38	25
2-3 a 11 m	17	45	20	55	37	24
4-5 a 11 m	15	48	16	52	31	20
6-9 a 11 m	24	50	24	50	48	31
Total	78	51	76	49	154	100

Al comparar el comportamiento de los hábitos dietéticos luego de la intervención nutricional integral que recibió el grupo de niños atendidos se obtuvieron los siguientes resultados:

**Hábitos alimentarios**

**Adecuación calórico-proteica:** en todos los grupos de edad se alcanzó el logro con respecto a la adecuación calórico - proteica, encontrándose mejor respuesta en la adecuación calórica y para el grupo de niños entre 4 y 6 años de edad. En Venezuela se describe que las dietas tienden a ser más deficientes en calorías que en proteínas y es probable que ello justifique alcanzar mayores modificaciones en esta variable (6,9) (Cuadro 4).

**Cuadro 4**  
**Distribución del grupo de estudio según adecuación calórico proteica satisfactoria y edad al ingreso y egreso**

Grupo de edad en años (a), meses (m)	Calorías				Proteínas			
	Ingreso n	Egreso %	Ingreso n	Egreso %	Ingreso n	Egreso %	Ingreso n	Egreso %
0-1 a 11 m (n=38)	10	26	23	61	12	32	26	68
2-3 a 11 m (n=37)	8	23	24	65	12	32	25	67
4-5 a 11 m (n=31)	4	13	22	72	7	23	20	66
6-9 a 11 m (n=48)	10	21	36	74	15	31	36	74
Total	32	21	105	69	46	31	107	64

**Frecuencia de consumo semanal por grupo de alimentos:** a excepción del grupo de vegetales en todos los grupos de edad y en frutas para los niños entre 4 y 6 años (Cuadro 5), más del 90% (n=154) de los niños cumplían con el criterio de logro a su egreso.

**Cuadro 5**  
**Distribución del grupo de estudio según frecuencia de consumo semanal adecuada y edad al ingreso y egreso del ARN**

Grupo de edad años (a) meses (m)	Leche		Vegetales		Frutas		Pan-Cereales		Carnes		Grasas	
	Ingreso n	Egreso %	Ingreso n	Egreso %	Ingreso n	Egreso %	Ingreso n	Egreso %	Ingreso n	Egreso %	Ingreso n	Egreso %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-1 a 11 m (n=38)	25	66	9	23	12	32	31	81	24	63	23	61
	37	97	28	74	37	97	37	97	34	90	37	97
2-3 a 11 m (n=37)	24	66	8	22	23	63	31	89	31	83	34	92
	37	100	34	91	37	100	37	100	37	100	37	100
4-5 a 11 m (n=31)	22	71	11	35	21	67	29	94	25	80	28	90
	31	100	24	77	27	86	31	100	30	97	31	100
6-9 a 11 m (n=48)	35	73	11	23	33	68	47	98	42	87	42	87
	48	100	40	84	48	100	48	100	48	100	48	100

**Lactancia artificial:** se logró adaptar la fórmula láctea a sus necesidades en un 29% de los 38 niños evaluados. En la comunidad atendida pocos son los niños que al no lactar o hacerlo en forma mixta son alimentados con las fórmulas modificadas de leche de vaca, alcanzar el logro de adaptar la fórmula a los requerimientos del niño depende de la disponibilidad económica y de los hábitos alimentarios de la población donde la leche completa es alimento para el niño desde muy temprana edad (10). Por ello la promoción de la adecuada práctica de la lactancia materna es vital para la prevención de la malnutrición.

**Leche completa:** Con respecto a la preparación de la leche, se observó en la evaluación inicial que el grupo de niños en quienes se detectó mayor problema, fue el de niños de 4 a menos de 6 años, donde sólo un 29% (n=31) la preparaban adecuadamente, en los menores de 4 años sólo el 34% (n=75) la preparaba adecuadamente y en el grupo de 6 a 9 años el 43%

**Lactancia materna:** al ingreso de los 10 niños que continuaban con lactancia materna, 3 de ellos podían mantenerla sin afectar su ingesta.

La observación y el análisis previo del tratamiento dietético, ha demostrado que es necesario regular la lactancia materna en mayores de 18 meses para lograr la recuperación nutricional del niño, debido a la disminución en la ingesta del niño cuando prefiere la alimentación al pecho que comer (10,11).

Para el egreso sólo en un 18%, (n=10) de los niños en tratamiento habían modificado su comportamiento para obtener el logro en esta variable. Durante el tratamiento, el niño permanece alejado de su madre durante la mayor parte del día, pero si la esta no ha fijado los límites en el hogar, negándose a seguir las indicaciones, el niño tiende a mantener el rechazo al resto de la alimentación (12).

(n=48). Para el momento del egreso para todos los grupos el porcentaje de niños con registro de logro fue mayor al 90% (n=154).

El grupo de edad con menor número de niños con tomas diarias de leche adecuadas fue el de menores de 4 años registrando inicialmente 20% (n=75) y obteniéndose modificaciones positivas en 44% más del total los niños para el momento de su egreso.

El hábito de mantener la leche completa como base de la alimentación infantil, lleva a las madres a ofrecerla a sus hijos a pesar de lo costoso del producto, razón por la cual sacrifican la adecuada preparación y agregan cantidades exageradas de cereal y azúcar para rendirla, comportamiento que constituye un hábito alimentario arraigado en la comunidad (10).

En la evaluación inicial se observó que sólo el 40% (n=75) de los niños menores de 4 años, recibían preparaciones con proporción adecuada de cereal para sus requerimientos, 50% (n=75) con adecuada proporción de azúcar. En el ARN, la

leche se ofrece en la dieta como parte del tratamiento, lo que facilita el alcance del logro en esta variable, obteniéndose en más del 90% de los pacientes evaluados.

**Uso del biberón:** el uso del biberón en menores de 4 años se logró suspender en un 35% (n=17) de los niños que aún mantenían esta práctica, a pesar de que el niño había alcanzado la madurez para tomar de la taza, el vaso o la cucharilla, limitándose por el incumplimiento de las indicaciones en el hogar, básicamente por la negativa del cuidador usual de suspender el uso del biberón.

**Características de la alimentación durante el primer año de vida:** Para el egreso, en los niños menores de 2 años, en quienes se observaron alteraciones iniciales en esta variable (n=5), se logró la incorporación de alimentos complementarios, avance en la consistencia de las preparaciones y la integración a la mesa familiar de 3 niños que lo requerían.

El logro en la progresión dietética de la alimentación durante el primer año de vida así como la integración del niño a la mesa familiar se ve influenciado por la anticipación o postergación del período crítico para la alimentación (7).

**Rechazos y preferencias alimentarias:** para todos los grupos de edad, se evaluó la incorporación de nuevas preparaciones a la dieta; un 72% (n=154) de los niños modificó la variable hasta el logro, con mejor alcance en los niños de 2 a 4 años 88% (Cuadro 6). Paralelamente al incorporarse nuevos alimentos a la dieta, se logró disminuir el rechazo a alimentos o grupos de alimentos, 71% (n=154) de los niños modificó lo encontrado en la evaluación inicial para alcanzar el logro. El mayor porcentaje de niños en quienes se produjo el cambio esperado fue en el grupo de 2 a 4 años 84% (n=37) y el menor en los niños entre 0 y 2 años de edad 60% (n=38) (Cuadro 7).

Se evaluó la sustitución del consumo de chucherías (alimentos de bajo contenido nutricional) por alimentos nutritivos en los 116 niños mayores de 2 años, encontrándose que un 53% de ellos modificó positivamente esta variable con respecto al ingreso, el grupo de edad con mejor respuesta fue el de niños de 6 a 9 años con 62% (n=48).

**Cuadro 6**

**Distribución del grupo de estudio con ingesta de preparaciones variadas y edad al ingreso y egreso del ARN**

Grupo de edad años (a) meses (m)	Preparaciones		Egreso	
	Ingreso n	%	n	%
0-1 a 11 m (n=38)	12	31	32	83
2-3 a 11 m (n=37)	4	12	37	100
4-5 a 11 m (n=31)	7	22	29	93
6-9 a 11 m (n=48)	12	26	48	100
Total	35	23	146	95

**Cuadro 7**

**Distribución del grupo de estudio con ingesta adecuada y edad al ingreso y egreso del ARN**

Grupo de edad años (a) meses (m)	Preparaciones		Egreso	
	Ingreso n	%	n	%
0-1 a 11 m (n=38)	9	23	32	83
2-3 a 11 m (n=37)	3	9	34	93
4-5 a 11 m (n=31)	7	21	28	89
6-9 a 11 m (n=48)	13	27	47	98
Total	32	21	146	95

### Conductas alimentarias

**Ambiente durante las comidas:** las condiciones ambientales en las que se daban las comidas se podrían describir como adecuadas en un inicio para solo el 41% (n=154) de los niños estudiados, siendo los más afectados el grupo de 2 a menos de 4 años, donde solo el 29% (n=37) de ellos realizaban sus comidas bajo condiciones favorables. Al egreso el 94% del total de niños comía en ambientes adecuados, incrementándose las modificaciones positivas por grupo de edad de la siguiente manera: a- menores de 2 años de 91% (20/22), b- 2 a 4 años de 81% (21/26), c- 4 a 6 años de 100% (18/18) y d- 6 a 9 años de 92% (23/25). Observándose que el grupo con menor dificultad para alcanzar modificaciones en esta área fue el de edad comprendida entre los 4 y 6 años que coincide con el grupo con mayor número de niños con condiciones satisfactorias al ingreso. El logro de ambientes adecuados para la alimentación se alcanza con la constancia en la modificación adquirida, durante el tratamiento esta variable es controlada y los padres una vez que conocen cual es el ambiente ideal reportan cumplirlo en el hogar.

### Respuesta del cuidador ante la alimentación del niño:

al comparar la respuesta de los padres ante la alimentación de los niños al inicio y al final del tratamiento encontramos que para todos los grupos de edad, todos los cuidadores al egreso mantuvieron una respuesta responsable ante la alimentación de sus hijos, modificándose considerablemente a lo apreciado en la primera consulta, principalmente en los niños de 2 a 4 años (Cuadro 8).

**Respuesta del niño ante su alimentación:** esta variable se modificó positivamente con el tratamiento. Registrándose el mayor incremento de niños con condiciones satisfactorias al egreso en el grupo de edad entre 4 y 6 años con 52% (n=37) y el menor en el grupo de 0 a 2 años con 35% (n=38).

**Cuadro 8**  
**Distribución del grupo de estudio con ingesta adecuada y edad al ingreso y egreso del ARN**

Grupo de edad años (a) meses (m)	Preparaciones		Egreso	
	Ingreso n	%	n	%
0-1 a 11 m (n=38)	19	50	38	100
2-3 a 11 m (n=37)	12	32	37	100
4-5 a 11 m (n=31)	18	59	31	100
6-9 a 11 m (n=48)	19	39	48	100
Total	68	44	154	100

El porcentaje de condiciones satisfactorias obtenidos al inicio tanto en los hábitos como en las conductas alimentarias fue similar entre los grupos de edad estudiados, mientras que la respuesta al tratamiento medida como logros dietéticos fue diferente entre ellos.

El alcance de logros fue mayor para el grupo de niños de 2 a 4 años y menor en el grupo de 0 a 2 años. El porcentaje de obtención de logros entre los niños de 4 a 6 años y en el grupo hasta 9 años fue semejante.

Las modificaciones en las variables dietéticas evaluadas en los niños menores de 2 años dependen más de los cambios asumidos por la madre o cuidador directo. Una vez estos cambios se internalizan les permita seguir las indicaciones del tratamiento en el hogar y obtener logros en el área dietética; dado que a pesar de los niños permanecer en un ambiente distinto al del hogar con cuidadores diferentes y manteniendo hábitos y conductas de alimentación adecuados, adaptándose favorablemente a los mismos, no se obtienen los cambios esperados con respecto a el diagnóstico inicial; básicamente por que durante los primeros años de vida los hábitos de alimentación depende en su mayor parte de la cultura alimentaria familiar.

Las características de alimentación de los niños de 2 a 4 años que le describen como fisiológicamente inapetentes y naturalmente poco atentos hacia la alimentación, exigen de un tratamiento más dirigido y aparentemente más efectivo que el resto de los niños. Igualmente las indicaciones del tratamiento son mejor seguidas por los cuidadores en el hogar una vez que los niños se ajustan a las rutinas adecuadas de alimentación que se implementan en el Centro durante el tratamiento integral.

Las modificaciones necesarias en las variables dietéticas evaluadas en los niños de 6 años y más, dependen de las modificaciones ambientales y sociales de su entorno, obtener un mayor porcentaje de logros amerita una incorporación más activa de la familia y la comunidad. Igualmente ofrecer herramientas al niño que le permitan ser agentes de modificación de su medio ambiente, cuando muchos de ellos a su corta edad ya son responsables de su alimentación y en ocasiones también de sus hermanos más pequeños.

Las metas dietéticas con respecto a las que se evalúan los hábitos y conductas alimentarias son fijas y describen un comportamiento óptimo, por ello el alcance de logros en el área dietética nutricional podría ser difícil y es importante establecer criterios que registren las modificaciones positivas como vías o pasos previos para el alcance de metas, siempre y cuando no se limiten las indicaciones, ni las expectativas.

La modalidad de abordaje a la desnutrición, de una forma interdisciplinaria e integral ha demostrado la obtención de logros dietéticos cuantificables durante el tratamiento para la desnutrición en la modalidad de seminternado.

Las variables que se seleccionan para medir la modificación del comportamiento deben basarse en el conocimiento y caracterización de la población a atender; en esta selección de variables también debe considerar la edad del grupo evaluado, ya que las características propias de alimentación de los niños según su edad determinan desde un comienzo la expectativa de cambio y la dirección que se le debe dar al tratamiento para asegurar los logros.

A pesar de ser satisfactoria la respuesta al tratamiento durante la permanencia del niño en el régimen de seminternado, sería importante evaluar la permanencia de las modificaciones una vez que el niño retorna a su medio y asegurar desde el punto de vista dietético la salud nutricional del niño, preferiblemente por medio de la toma de datos a través de la observación directa en el hogar.

## Referencias

1. Nutritional Rehabilitation through Maternal Education. En: Appleton-Century-Crofts, Meridith Corporation. A new attack on Child Malnutrition. New York, 1964:4.
2. Henríquez G. Iniciativa privada en el manejo integral de la desnutrición calórico proteica. Arch Latinoamer Nutr 1995;45(2):114-6.
3. Resultados en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antfmano CANIA. Boletín de Nutrición Infantil CANIA Mayo 1998;1:1:34-47.
4. Zarzalejo Z, García M, Alvarez M, Millán A. La evaluación dietética como instrumento diagnóstico en la población pediátrica. An Venez Nutr 1999;1:33-43.
5. García M. Cálculo de los Requerimientos Nutricionales. Nutrición en Pediatría, Centro de Atención Nutricional Infantil Antfmano. Caracas, 1999, Apéndice 2c:544-46.
6. Bengoa J. Apuntes para la historia de la Nutrición en América Latina. An Venez Nutr 1997;10(2):151-159.
7. Davis C. Results of the self selection of diets by young children. Appetite and eating behavior in children (see comments). Pediatrics Nutrition 1995;4:931-50.
8. De Rojas M, Restrepo M, Maza M. La relación madre-hijo. Acta Médica Colombiana. Septiembre-Octubre 1985;10:5:25-33.
9. Castillo D, Salvatierra V, Mejías M, Olmos M, Guzmán M, Manrique A, Puentes R. Recuperación de niños desnutridos graves en un área de Santiago de Chile. Bol of Sanit Panam 1983;95(2):173-181.
10. Jackson A, Chir B, Picou D. The energy cost of repleting deficits during recovery from protein-energy malnutrition. Am J Clin Nutr 1977;30:1514-17.
11. Zarzalejo Z, García M, Alvarez M, Bustamante C. Características alimentarias de niños con desnutrición moderada de una población urbano marginal atendidos en régimen de semiinternado. Centro de Atención Nutricional Infantil Antfmano. Caracas 1996. Mimeografiado.
12. Pongpaew P, Schelp F. Etiología de la malnutrición. ¿Pobreza o ignorancia? (Primera parte) El Nidito, Nestle Nutrition Services. Octubre 1996;1:4-6.
13. García M, Dini E. Alimentación en el Lactante. Nutrición en Pediatría. Centro de Atención Nutricional Infantil Antfmano. Caracas 1999 Cap 5:107-118.

## Dietetic achievements in children with moderate undernutrition attended under semi internee modality

**ABSTRACT.** The objective of the study was the identification of modification on variables from the dietetic diagnosis in children with moderate undernutrition during integral treatment at the Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano CANIA under semi internee modality for the planification of effective approach towards the optimization of eating habits and behaviors and the evaluation of the short term impact of this treatment over the dietetic diagnosis: Subjects: 154 children up to 9 years old, divided in four groups. Data was obtained retrospectively from the dietetic history (January - December 1996). Dietetic achievements were defined as positive modifications of the dietetics variables after initial observation. Initial and final assessment were compared on percentage basis (satisfactory conditions). Results. Dietetic achievements were determined by aged group and studied variable. The best results were obtained in children between 2 4 years old, the less impact was registered for the group under 2 years. Eating behaviors were better modified compared to eating habits. Recommendations: selecting variables for the modification of dietetic patterns most be based on the knowledge and characterization of the population under study and its age group, aspects that initially determine the change possibility and the direction of the treatment for success. The permanency of the changes after the end of the treatment should be assessed for the childs nutritional security. Community nutritional education towards the modification of eating habits are a most. *An Venez Nutr 1999; 12(2):110-116.*

**Key words:** Achievement, nutritional disorders, dietetics, pediatrics.