

Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbano marginal

Zulema Zarzalejo¹, Magda García¹, María Luisa Alvarez¹, Andreina Millán¹.

Resumen: Este trabajo permitió describir los hábitos de alimentación de los niños menores a 2 años con desnutrición. Se realizó la evaluación dietética a 241 pacientes que asistieron a la consulta ambulatoria del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), desde julio 95 a octubre 96 y residentes de la comunidad de Antímamo. Se evaluaron hábitos sobre la base del recordatorio de 24 horas y listado de frecuencia de consumo semanal, lactancia materna, fórmulas lácteas, incorporación de alimentos complementarios y dieta. Los datos obtenidos retrospectivamente se les aplicó estadística descriptiva: distribución de frecuencia. Resultados: La lactancia materna, exclusiva o mixta, es una práctica común, 80% de los niños la recibieron por mas de 1 mes, 49% hasta el sexto mes. La leche completa fue el alimento que se consumió con mayor frecuencia, 204 niños (96%) en preparaciones hipo diluidas, con cereales no precocidos y azúcar. 53% (n=103) de los niños estudiados incorporó alimentos complementarios antes de los 4 meses. Se observó utilización prolongada (> 1 año) del biberón en 53% de los niños (n=96). Los grupos de alimentos de consumo deficiente fueron: frutas, panes y cereales, carnes y grasas. Los vegetales fueron los menos consumidos, solo 30 % niños (n=75). La adecuación de la dieta fue hipocalórica, normoprotéica, hipograsa e hipoglucídica. Los hábitos de alimentación fueron inadecuados para: adecuación de la ingesta, calidad de la dieta y antecedentes de lactancia e incorporación de alimentos complementarios. *An Venez Nutr 2001; 14(2): 64-74.*

Palabras clave: Hábitos alimenticios, dieta, lactancia materna, desnutrición proteico - energética, pediatría.

The feeding habits of children up to 2 years old with undernutrition in a urban marginal community

Abstract: The objective of this study was to describe the feeding habits of children up to 24 months with undernutrition. Methods: 241 patients were dietary assessed at the Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), between July 1995 and October 1996. Feeding Habits were evaluated on the basis of 24 hour recall and weekly frequency consumption, breastfeeding, infant formula, incorporation of complementary food and diet. The data retrospectively obtained was analyzed by a frequency distribution. Results: Breast-feeding (exclusive and combined) resulted a common practice if the community, 80% of the children received it for more than a month, and 49% up to the sixth month. Whole milk was the most consumed type of formula at the time of the study; 204 children (96%) were supplied with diluted preparations below the recommended concentration, with non-pre-cooked cereal and added sugar. The introduction of complementary foods was initiated before the 4th month of life in 53% (n=103) of the cases. Nearly 53% (n=103) of the children were bottle-fed well over the first 12-month period with milk-cereal preparations. The food groups with deficit consumption were fruits, breads and cereals, meats and fats; the food group less consumed by the studied group was vegetables, with only 30% (n=75). The nutritional adequacy for calories, proteins, lipids and carbohydrates was lower than requirements. Feeding habits were inadequate for: intake adequacy, quality of diet and previous experiences in breast feeding, infant formula and dietary progress. *An Venez Nutr 2001; 14(2): 64-74.*

Key words: Food habits, diet, breast-feeding, protein energy malnutrition, child, pediatrics.

Introducción

La ingesta alimentaría del adulto humano resulta de una combinación compleja de factores fisiológicos, psicológicos y sociales, que se origina desde la infancia (1) y que se consolida a lo largo de los primeros años de la vida.

La alimentación que sigue después del nacimiento, probablemente sea guiada en su inicio por el pediatra que asista al niño, pero la continuación de la misma está influenciada en gran medida, por las costumbres y creencias que posea cada familia al respecto y por lo tanto posiblemente varíen de una familia a otra y dentro de una misma comunidad y población (2).

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los niños deben alimentarse exclusivamente con leche materna durante los primeros

¹Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Solicitar copia a: Zarzalejo, Zulema. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Av. Intercomunal de Antímamo con Av. Principal de El Algodonal. CP 1100. Teléfono: 4714848. Fax: 4714347. Apartado 20485. San Martín 1020. Caracas - Venezuela. Email: caniacs@reacciun.ve

seis meses de vida. Después la lactancia materna puede mantenerse durante los dos primeros años al mismo tiempo que se inicia, a partir del segundo semestre, la alimentación complementaria (3,4).

Durante los primeros 4 a 6 meses de la vida, los lactantes utilizan los reflejos de succión y deglución para ingerir líquidos; este es un período de transición entre la nutrición fetal en útero y la ingesta de sólidos en la vida posterior. Luego de los 4 a 6 meses, estos reflejos comienzan a desaparecer y el lactante es capaz de transportar alimentos semisólidos hacia atrás de la garganta y deglutirlos.

A los 7 y 9 meses con la aparición del primer diente comienza a morder los alimentos rítmicamente, por lo que todo este proceso permite modificar el tipo de alimentación, el niño pasará durante esta etapa de una dieta exclusivamente láctea a otra donde se encuentran incorporados una variedad de alimentos complementarios capaces de suplir las necesidades nutricionales de este período.

De esta forma, el niño es capaz de ingerir una adecuada mezcla de alimentos para mantener un balance energético positivo (1), a pesar de la influencia de múltiples factores como: la incorporación de nuevos alimentos, en horarios habituales para su grupo familiar, nuevos sabores y texturas en una variedad de preparaciones.

Cuando las prácticas de alimentación de la familia no ofrecen al niño la calidad y cantidad de alimentos requeridos, ni un ambiente que favorezca la ingesta suficiente para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimo, el niño se adapta a esta situación ahorrando energía mediante una disminución de la actividad física y la detención del crecimiento, ya que de esa forma es incapaz de mantener un balance energético estable lo que conduce a la desnutrición.

En Venezuela con la finalidad de caracterizar los Hábitos y Consumo de Alimentos a Nivel Nacional se realizó un análisis comparativo de encuestas aplicadas entre Julio de 1981 hasta Octubre de 1987, enmarcado en el Proyecto Venezuela. En lo que se refiere a los hábitos alimentarios durante la lactancia, obtenidos de niños menores de 30 meses de edad, se observó el predominio de la lactancia mixta desde el primer mes de nacido, un abandono progresivo de la lactancia materna y un aumento de la lactancia artificial. Desde el primer mes de nacido, los niños recibieron una lactancia mixta, sin diferencia entre el área urbana (73%) y el área rural (71%), ni por estratos sociales (5).

El destete se hizo muy temprano alrededor del 56% y 58% de las madres del área urbana y rural

respectivamente, destetaron a sus hijos al tercer mes de vida. La mayoría de las madres utilizaron inicialmente "leches modificadas" como primer sustituto de la leche materna y alrededor del 80% de las madres utilizaron la leche completa como segunda leche en la preparación de la fórmula láctea. En la preparación de la fórmula la dilución fue adecuada en 63% y, la mayoría de las madres, con niños de 0 a 5 años, sin distinción de su procedencia (urbana – rural) ni estrato social, agregaban al tetero uno o dos cereales y azúcar refinada.

En lo que se refiere a la introducción de alimentos, el mayor número de madres suministraron cereales a sus hijos antes de los tres meses. Los tipos de cereales que más se utilizaron fueron los denominados no precocidos (avena, crema de arroz, arroz, maicena). Los jugos de frutas también fueron suministrados antes de los tres meses por el 80% de las madres del área urbana y 67% en el área rural. Uno de los objetivos de este estudio nacional, fue demostrar que "entre los factores limitantes del crecimiento y desarrollo normales, la alimentación es jerárquicamente la de mayor importancia" (5).

Estudios en comunidades marginales han relacionado la malnutrición del lactante con alteraciones en las prácticas de lactancia, incorporación de alimentos complementarios y alimentación en el primer año de vida (6,7,19). Estas alteraciones se ven íntimamente relacionadas con condiciones socioeconómicas de la comunidad dentro de los que se encuentran la edad y el nivel de instrucción de la madre, las condiciones higiénicas del hogar y el nivel de pobreza de la familia (6).

Por otro lado, los antropólogos han enfatizado, que siendo todos los individuos miembros de una cultura y esta una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por esa cultura. Cada grupo cultural transmite de generación en generación pautas de alimentación, mediante la educación a los hijos (8) y esto pudiera explicar en parte, las formas de comer adecuadas o erradas de una comunidad.

En la consulta ambulatoria del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), el especialista en nutrición clínica, realiza de rutina la evaluación dietética (9) de los pacientes que asisten por malnutrición por déficit. La misma, permite obtener un diagnóstico dietético (10) y orientar la intervención en esta área dependiendo de los factores causales de la problemática alimentaria que hayan sido detectados. Ha llamado la atención en forma especial a los especialistas tratantes, que aunque se prescriban indicaciones precisas con la meta de optimizar o corregir las alteraciones

encontradas en la práctica de la lactancia, o en la utilización de fórmulas lácteas, o en la introducción de alimentos complementarios a fin de mejorar la alimentación del niño, se observa con preocupación, el poco cumplimiento de las mismas una vez que estos pacientes asisten a las consultas sucesivas de control.

Al analizar las observaciones anteriormente señaladas con la presencia de malnutrición en la comunidad, conocida a través de los resultados obtenidos por este Centro durante los años de 1995 y 1996, en donde se detectó que el 36.2% de los niños evaluados (n=12.129), presentaron alguna forma de malnutrición, con predominio de la desnutrición subclínica y leve (11), se consideró estudiar las características de los hábitos de alimentación en los niños de 0 a 2 años que asisten a la consulta ambulatoria, debido a que es durante este período de la vida en donde se establecen los hábitos y conductas de alimentación que perdurarán para el resto de la vida (12).

Las características socioeconómicas de las familias atendidas durante el período del presente estudio, señalaron un bajo nivel educativo de los padres por lo que deben desempeñarse en actividades de baja remuneración, percibiendo como ingreso, salarios mínimos; basándose en esto y al utilizar la Metodología de Líneas de Pobreza se evidenció que el 71% de las familias se encuentran en situación de pobreza, correspondiendo el 42% a pobreza crítica y el 29% a pobreza extrema (11).

El objetivo de este trabajo consistió en describir los hábitos de alimentación de los niños desnutridos de la comunidad, que asistieron a la consulta ambulatoria de este centro (CANIA), a través del análisis individual de sus evaluaciones dietéticas. Esto permitió identificar las prácticas alimentarias que se realizan para este grupo de edad, con la finalidad de diseñar en futuras intervenciones dietéticas, estrategias de acción específicas dirigidas a la modificación o promoción de las costumbres y creencias alimentarias de cada familia, que con su influencia cultural negativa o positiva se encuentran afectando los hábitos alimentarios de la comunidad y por ende el estado nutricional de los más pequeños.

Materiales y métodos

Se realizó la evaluación y diagnóstico dietético siguiendo los lineamientos establecidos en el Centro (9,10), a todos los pacientes menores de 2 años con malnutrición por déficit que asistieron a la consulta ambulatoria en CANIA, en el período comprendido

entre julio de 1995 hasta octubre de 1996, (n = 241 pacientes). Los pacientes provenían de familias habitantes de la parroquia Antímano de la ciudad de Caracas, de característica urbano - marginal.

La información de los hábitos alimentarios se obtuvo retrospectivamente de las evaluaciones dietéticas realizadas por nutricionistas estandarizadas. Las variables del estudio fueron: lactancia, fórmulas lácteas, incorporación de alimentos complementarios y dieta. No se consideraron para este estudio los pacientes que recibieran lactancia materna al momento de realizar la evaluación dietética.

El número total de observaciones para cada variable fue diferente según la disponibilidad de información, debido a que en una misma evaluación no necesariamente se encontraron registradas todas las variables porque el entrevistado no siempre ofreció la información completa.

Para la variable lactancia se estudiaron 213 pacientes, con diagnóstico nutricional integral (13) al ingreso de desnutrición subclínica 68 (32%), leve 77 (36%), moderada 30 (14%), talla baja 23 (11%), riesgo de talla baja 15 (7%).

El número de pacientes estudiados para las variables incorporación de alimentos complementarios y dieta fue de 193 y 241 respectivamente.

Variables y categorías estudiadas:

Antecedentes de alimentación:

- Lactancia materna: Recibió lactancia materna, duración de la lactancia materna, razones para el abandono de la práctica de la lactancia materna.
- Fórmulas lácteas: Lactancia artificial o mixta, Tipo de fórmula, Dilución de la fórmula, Número de onzas al día, Edad de inicio y finalización del tetero, Causa de finalización del tetero, Cantidad de azúcar agregada al tetero, Tipo de cereal agregado al tetero.
- Incorporación de alimentos complementarios: Edad de inicio de la incorporación de alimentos complementarios, Alimentos con los que se inicia la incorporación de la alimentación complementaria.

Hábitos de alimentación:

Dieta (ingesta actual): Adecuación de calorías y macronutrientes, variedad de alimentos que constituyen la dieta.

Definición operacional de las variables del estudio:

- Las categorías para tipos de lactancia durante los seis primeros meses de vida se definieron para la

- evaluación dietética de la siguiente manera:
- Lactancia materna exclusiva cuando el niño no recibió ningún tipo de leche o fórmula infantil distinta a la leche materna durante los primeros 6 meses.
 - Lactancia materna más fórmula de inicio: el niño recibió lactancia materna por lo menos durante 30 días y continuó con fórmula de inicio hasta los 6 meses.
 - Fórmula de inicio: el niño no recibió lactancia materna o la recibió por un período menor a 30 días y continuó con fórmula de inicio hasta los 6 meses.
 - Lactancia materna más leche completa: el niño recibió lactancia materna por lo menos durante 30 días y continuó con leche completa hasta los 6 meses.
 - Fórmula de inicio más leche completa: el niño no recibió lactancia materna o la recibió por un período menor a 30 días, recibió fórmula de inicio y leche completa indistintamente durante los primeros 6 meses.
 - Leche completa: el niño no recibió lactancia materna ni fórmula de inicio o la recibió por un período menor a 30 días y continuó con leche completa hasta los 6 meses.
- b.- En la introducción y progresión de fórmulas lácteas en el lactante:
- Se consideraron las siguientes fórmulas lácteas: fórmula de inicio, fórmula de continuación, fórmula de soya y leche completa.
 - Se tomó en cuenta la última fórmula láctea suministrada al niño para los datos sobre dilución, volumen y composición de la toma.
- c.- Con el objeto de conocer a partir de qué edad y con qué tipo de alimentos se inició la incorporación de alimentos complementarios, se tomó la información registrada en la evaluación dietética, de la siguiente manera:
- Se identificó el primer alimento que consumió el niño diferente a la leche o fórmula láctea, registrándose la edad y el tipo de alimento con un mínimo de uno y un máximo de cuatro.
- d.- Los datos sobre la ingesta se recogieron por el método de recordatorio de ingesta de 24 horas anteriores al día de la consulta.

- Se verificaron los alimentos más frecuentes o la forma de consumo más común al día anterior a la consulta.
- A cada niño se les realizó el cálculo del requerimiento energético y de macronutrientes y se comparó con el consumo reportado el día anterior para obtener las adecuaciones.

Tratamiento estadístico:

Se aplicó estadística descriptiva: distribución de frecuencia y porcentaje.

Resultados

1. Práctica de la lactancia materna

Tomando en cuenta los criterios para la definición del tipo de lactancia durante los primeros seis meses de vida, se encontró que 80 % de los niños estudiados (171/213) recibió lactancia materna, entre ellos solo 16% (34/171) en forma exclusiva. Para los niños que recibieron lactancia materna mixta, 58% la combinaron con leche completa y 7% la tomó desde los primeros días de edad como único alimento. Con respecto a la utilización de la fórmula de inicio, 39% (83/213) la recibió durante los primeros seis meses de vida en forma mixta (combinada con leche materna) o exclusiva; en esta última práctica se reportó solo 3% (7/213) de estos niños (Cuadro 1).

2. Duración de la lactancia materna

El mayor número de los niños estudiados 61% (n=105) fue destetado antes de los 6 meses (Cuadro 2). Un menor porcentaje 3% (6/171) prolongó la lactancia materna por encima de los 18 meses.

Cuadro 1. Tipo de lactancia en niños desnutridos durante los primeros seis meses.

Tipo de lactancia	n	%
Lactancia materna + leche completa	89	42
Lactancia materna + fórmula de inicio	48	23
Lactancia materna exclusiva	34	16
Fórmula de inicio + leche completa	28	13
Fórmula de inicio	7	3
Leche completa	7	3
Total	213	100

Cuadro 2. Distribución por edad del destete en niños desnutridos menores o igual a 24 meses.

Rango de edad	n	%
< 4 meses	71	41
4 - 6 meses	34	20
6 - 18 meses	60	35
> 18 meses	6	3
Total	171	100

3. Razones para el abandono de la práctica de la lactancia materna

Las causas más comunes reportadas por las madres para la suspensión de la práctica de la lactancia materna, fue el rechazo del niño al pecho 28% y la decisión de la madre a abandonar esta práctica en 19%.

4. Lactancia artificial o mixta y tipo de fórmula

Al analizar los diferentes tipos de fórmulas utilizadas para la lactancia artificial, así como también su duración, mostraron que 75% (n=160) de los niños fueron alimentados con fórmula de inicio independientemente del tiempo en que la consumieron y 24% (n=51) se alimentó con leche completa, fórmula de soya o lactancia materna exclusiva desde su nacimiento. Es importante mencionar que de los 160 niños que tomaron fórmula de inicio, 90% (n=144), inició su consumo durante el primer trimestre de la vida y 49% (n=78) suspendieron su uso antes de cumplir el tercer mes; solo un quinto de ellos se alimentó con fórmula de inicio hasta el sexto mes.

Solo 2% de los niños entrevistados consumieron las fórmulas de continuación antes del tercer mes por indicación médica. 43% de los niños (n=92), inició el consumo de leche completa antes del tercer mes, al quinto mes 124 niños (58%) la tomaban y el 42% (n=89) restante inició su consumo entre los 6 y 13 meses de edad, los hallazgos anteriores demuestran una introducción temprana de la leche completa antes del sexto mes.

En lo que se refiere a la dilución de la leche, 42% (n=89) de los niños la consumían normodiluida, 40% (n=85) hipodiluida, 12% (n=26) concentrada y 6% (n=13), no precisó la dilución.

5. Uso del biberón:

Al momento de la entrevista 85% (n=181) de los

niños mantenían el uso del biberón y 53% (n=96) de los mismos eran mayores de un año; solo 15% (n=32) de los niños atendidos había suspendido su uso y de éstos solo 3% (n=1) lo suspendió después del año de edad. Es importante señalar que la mayoría de los que tomaban biberón tenían mas de un año de edad (114 niños). En la población estudiada, tres de los pacientes no usaron el biberón como instrumento para la alimentación.

En cuanto al número de tomas promedio al día de leche completa consumidas por la población estudiada, 63% (n=134) de los niños consumían entre 3 y 4 tomas al día, y 15% (n=32) consumían 5-6 tomas. El número de onzas por día varió desde 2 hasta 56 onzas, dicha amplitud nos refleja que el niño desde muy temprana edad (recién nacido) hasta más de 24 meses, consume leche en biberón, sin embargo 24% (n=51) de los niños tomaban 24 onzas/día, 19% (n=40) tomaban 32 onzas/día y 14% (n=30) tomaba 16 onzas/día, el 46% restante (n=91) consumió un número variable de onzas al día. El 68% (n=145) de los niños consumían teteros con agregado de cereal no precocido y 18% (n=38) con cereal precocido. Adicionalmente el 81% (n=173) consumieron sus teteros con un agregado de 1 a 2 cucharaditas de azúcar refinada por toma.

Al momento de la entrevista solo un niño tomaba fórmula de soya y 7 niños la habían tomado; la mayoría de ellos iniciaron su consumo antes del cuarto mes y finalizaron antes del año de edad. El consumo de fórmulas especiales en la muestra seleccionada fue muy pequeño, solo un niño consumió este tipo de fórmula por indicación médica y lo hizo desde el primer mes hasta el cuarto mes. Todos los niños estudiados consumían leche o fórmula al momento de la evaluación, sin embargo cabe destacar que solo él (52%) tenía una dilución adecuada.

6. Edad de inicio de la incorporación de la alimentación complementaria

Se observó que al tercer mes de edad 53% de los niños estudiados incorporó alimentos complementarios (Cuadro 3), de estos 76% lo hizo con cereales líquidos (harina de arroz, cebada, avena), seguido por los vegetales (auyama y zanahoria) en 55%; las frutas (guayaba, lechosa, naranja y manzana) en 49%, y los tubérculos (papa, apio, ocumo y plátano verde) por 47%. Los grupos de alimentos menos utilizados para esta edad fueron las carnes (pollo, carne de res, queso blanco, pescado), grasas (margarina aceite, y mayonesa) y granos (Figura 1).

Cuadro 3. Distribución de los niños desnutridos según la edad cuando incorporaron alimentos complementarios.

Edad (años y meses)	N	(%)	Acumulado (%)
< 1	11	5,6	
1	18	9,3	15,0
2	22	11,3	26,4
3	52	26,9	53,3
4	38	19,6	73,0
5	10	5,1	78,2
6	30	15,5	93,7
7	4	2,0	95,8
8	4	2,0	97,9
9 y +	4	2,0	100
Total	193	100	

Todos los grupos de alimentos fueron incorporados en una misma proporción a partir del cuarto mes, exceptuando al grupo de las grasas, en las cuales se observó una menor frecuencia de incorporación.

7. Dieta

Se obtuvo la adecuación de calorías y macronutrientes de los niños estudiados, comparando la ingesta obtenida por el método de recordatorio de 24 horas con su requerimiento nutricional individual, estos resultados se muestran en el Cuadro 4

Con el fin de conocer la variedad de la dieta ofrecida y las distintas preparaciones, se analizó cualitativamente el recordatorio de 24 horas y se agruparon las preparaciones por grupos de alimentos, estos resultados se muestran en los Cuadros 5, 6 y 7. También se observa que la preparación consumida con mayor frecuencia por los niños fue la leche con cereal.

Cuadro 4. Descriptivos de la adecuación de calorías y macronutrientes en niños desnutridos menores de 24 meses.

	X	Md	DE
Calorías	83,7	76	5,91
Proteínas	97,9	97	3,97
Grasas	65,7	68	2,70
Carbohidratos	67	68	3,01

Cuadro 5. Frecuencia diaria de consumo, preparaciones y número de tomas de leche, vegetales y frutas en la dieta de niños desnutridos menores de 24 meses.

Grupo de alimento	Preparación	Veces/día	n	%
Leche N=197 (75%)	Sola (51)	1 a 2	27	73
		3 a 4	11	22
	Con cereal (184)	1 a 2	143	78
		3 a 4	32	17
Vegetales N=75 (30%)	Sopa (72)	1	66	92
		2	6	8
	Ensaladas (5)	1	5	100
		Jugos (91)	1 a 2	68
Frutas N=141 (56%)	Enteras (60)	3 a 4	3	3
		1 a 2	56	93
		3 a 4	4	7

(*) El niño pudo haber consumido mas de un alimento. Los niños estudiados consumieron preparaciones diferentes de un mismo grupo de alimentos durante el día en cuestión.

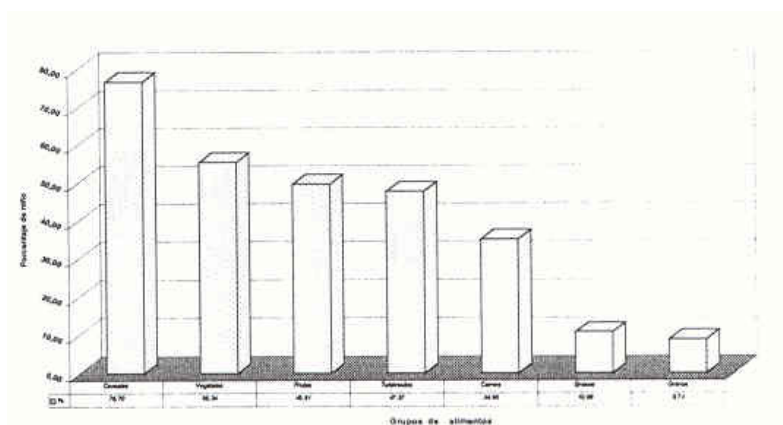


Figura 1. Introducción de alimentos complementarios durante el primer trimestre de vida.

Cuadro 6. Frecuencia diaria de consumo, preparaciones y número de tomas de pan y cereales en la dieta de niños desnutridos menores de 24 meses.

Grupo de alimento	Preparación	Veces/día	n	%
Pan y cereales N=219 (87%)	Arepa (173)	1	141	82
		2 a 3	32	18
		1 a 2	129	89
	Tubérculos (144)	3 a 4	13	9
		5 a 7	2	2
	Arroz (120)	1	107	89
		2	12	11
	Pasta (85)	1	83	98
		2	2	2
	Plátano (63)	1	59	94
		2	4	6
	Granos (49)	1	48	98
	Galletas (42)	1	38	90
Pan (25)	1	24	96	
Tortas (4)	1	4	100	

(*) El niño pudo haber consumido mas de un alimento. Los niños estudiados consumieron preparaciones diferentes de un mismo grupo de alimentos durante el día en cuestión.

Discusión

La práctica de la lactancia en este grupo de estudio, se describe como una lactancia mixta (leche materna combinada con la leche completa) durante los primeros meses de vida, lo que trae como consecuencia un destete precoz, cuyas causas son reportadas por la madre como que el niño rechaza el pecho y la decisión materna a destetar.

La alimentación recibida por estos lactantes no fue la más apropiada (14), sin embargo, esta forma de alimentación, quizás pueda deberse a un patrón cultural característico de este grupo y al factor económico, debido a que la leche completa es menos costosa que las fórmulas de inicio, las cuales solo se recomiendan cuando el niño no puede ser alimentado al pecho por algunas razones como: enfermedad de la madre, galactosemia por parte del niño entre otras causas (15).

Situación similar se evidenció en nuestro país desde la década del 80, en los datos sobre el tipo de lactancia recibida durante los primeros seis meses de vida

Cuadro 7. Frecuencia diaria de consumo, preparaciones y número de tomas de carnes y derivados, grasas y misceláneos en la dieta de niños desnutridos menores de 24 meses.

Grupo de alimento	Preparación	Veces/día	n	%	
Carne y derivados N=209 (83%)	Queso (122)	1	105	86	
		2	17	14	
	Pollo (100)	1	85	85	
		2	15	15	
	Res (90)	1	79	88	
		2	11	12	
	Grasas N= 1990 (76%)	Huevo (43)	1	43	100
		Pescado (19)	1	19	100
		Cerdo (17)	1	17	100
			Margarina (105)	1	83
Aceite (82)	2-3	21	21		
	1	68	83		
Mantequilla (47)	2-3	14	17		
	1	47	100		
Mayonesa (16)	1	16	100		
	1	63	57		
Misceláneos N=110 (44%)	Azúcar, papelón o miel (110)	1	63	57	
		2-3	47	43	

(*) El niño pudo haber consumido mas de un alimento. Los niños estudiados consumieron preparaciones diferentes de un mismo grupo de alimentos durante el día en cuestión.

(muestra urbana), reportados en el estudio del Proyecto Venezuela (16), en donde se observaba que el mayor porcentaje (73%) practicó la lactancia mixta durante el primer mes de vida, la cual declinó progresivamente alrededor del sexto mes, dándole paso a la alimentación artificial (59,1%). La lactancia materna exclusiva durante el primer mes fue utilizada por 16.9% de la muestra, disminuyendo progresivamente hasta el sexto mes.

De igual forma entre las décadas del 80 y el 90, en el estudio de Jaffé (17), en donde se compara la práctica de la lactancia materna en Venezuela, se observó que para el año de 1995 el 51% (n=312) de las madres de una muestra del área metropolitana de Caracas y 10 ciudades del interior sin incluir zonas rurales, mantenían lactancia materna mixta hasta los seis meses; hasta el primer mes en forma exclusiva 52% y en forma mixta el 46%. Es decir, que también según este reporte, la tendencia en la practica de la lactancia materna exclusiva es la de ser la menos utilizada y la que menos se prolonga en el tiempo.

En el estudio de Dehollain y col. (18) en la ciudad de Caracas, en 1984, se caracterizó la lactancia materna en mujeres de alta escolaridad y alto nivel socioeconómico; sus resultados muestran que los niños amamantados en forma exclusiva, recibieron leche materna por un período mayor que aquellos con alimentación mixta desde el inicio, reportando que para el sexto mes habían destetado 74% (n=22) de los niños con lactancia materna exclusiva; mientras que un mayor porcentaje de destete, 97% (n=28) correspondió a los niños con lactancia mixta.

También los trabajos de Vandale y Rivera (19), señalan una preocupante y creciente tendencia al abandono temprano de la práctica, en las comunidades rurales mexicanas, produciéndose el destete precoz antes de los 4 meses, y que esto dependía de la región geográfica, así como de una menor paridad, de tener una mejor vivienda, de una mayor educación materna y de la atención médica.

En el 4to reporte de la situación nutricional del mundo, muestran que los países en vías de desarrollo presentan los niveles más altos de la lactancia materna en recién nacidos, sin embargo la recomendación de mantener una lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de la vida no es acatada en la mayoría de los casos, por esto las prácticas de lactancia están muy lejos de ser óptimas. En América Latina y el Caribe, la introducción de alimentos complementarios fue la causa por la cual el 50% de los niños menores de 4 meses de edad abandonaron la lactancia materna precozmente (14).

El rechazo del niño al pecho y la decisión de la madre a abandonar esta práctica fueron las causas más comunes reportadas por las madres para el abandono de la práctica de la lactancia materna, lo cual coincide con el Proyecto Venezuela, donde la principal causa de destete (45.9%) es “el niño no quiso más leche materna” (16). Así mismo, el rechazo al pecho constituyó la causa más importante reportadas en el trabajo de Dini y col.(20), para madres de estrato socioeconómico medio - alto y alto de Caracas, y en el de Barcia y colaboradores (21) en comunidades rurales de Ecuador. Mientras que la decisión de la madre como causa principal para la lactancia fallida es similar a los hallazgos del estudio realizado en el casco urbano de Cartagena, Colombia (22).

Estos resultados difieren de lo reportado por Furzán y col. (23) entre 1990 - 1991 en el estado Falcón (Venezuela), quienes observaron que la causa principal de suspensión de la lactancia fue “leche insuficiente” y

por Vandale y Rivera (19) (n=5409), quienes señalan la poca producción de leche, desconocimiento del valor nutritivo de la misma, conflictos con el horario del trabajo y congestión de mamas, como las principales razones aducidas para suspender la lactancia. En esta investigación solo 12% de las madres reportaron el conflicto con el trabajo como la causa para la suspensión de la lactancia.

Como puede observarse en esta discusión al igual que en otros estudios tanto en nuestro país, como en otros países en vías de desarrollo y en diferentes décadas, la práctica de la lactancia no pareció tener variaciones importantes. Las razones que las madres adujeron como la causa del destete son diversas, pero la razón real que lo promueve, quizás se pueda explicar, por la estrecha relación que existe entre la disminución de la frecuencia y duración del amamantamiento de manera espontánea y la introducción de la alimentación complementaria antes del cuarto mes, principalmente con cereales preparados en forma líquida o bien sea con leche diferente a la de la madre. Además se observa, la escasa probabilidad de las mujeres, en insistir con el mantenimiento de la lactancia materna con la misma frecuencia aún cuando sus hijos han disminuido la demanda (6,21).

En la encuesta de hábitos de alimentación infantil en familias obreras de Caracas realizada por Vélez Boza y col (1962), encontraron que las leches maternizadas hoy conocidas como fórmulas de inicio y la leche completa, fueron las más utilizadas en caso de lactancia mixta o artificial (26); estos hallazgos son semejantes a los encontrados en este estudio 33 años después, lo cual refleja el arraigo de la práctica y lo ineficaz de las estrategias que han promovido el cambio.

Generalmente la madre entrevistada refiere que prepara todos los teteros del día al mismo tiempo y los almacena de manera inadecuada; pocas veces alimenta al niño en un lugar tranquilo que permita fortalecer el vínculo madre - hijo y lo más importante es que emplean este instrumento como medio para la alimentación por un tiempo muy prolongado impidiendo al niño probar nuevas texturas, retardando la masticación y la integración a la mesa familiar (25).

La velocidad del proceso de incorporación de nuevos alimentos hasta la ingesta de una dieta de adulto modificada está determinada por la velocidad de maduración del sistema nervioso, inmunológico, digestivo y renal del lactante (4,6). Como se observa, 100% de los niños después del noveno mes habían consumido alimentos de todos los grupos, sin embargo,

dentro de cada grupo, la variedad de alimentos fue muy limitada, lo cual tiene relación con la incapacidad del cuidador para enseñar el consumo de una alimentación variada y lo retrasado de la progresión dietética tanto en texturas, variedad, como en la utilización de instrumentos para la alimentación de acuerdo con la edad (vasos en vez de biberón, frutas enteras en vez de jugos, vegetales en sopas en vez de utilizarlos en otras preparaciones por ejemplo).

Los niños comienzan a responder a las claves ambientales relacionadas con la ingesta de alimentos después de los 10 meses, ya que durante el primer período de la vida, las señales internas de depleción energética controlan fisiológicamente la ingesta de alimentos. A medida que el niño acumula experiencia con la ingesta y los rituales que la rodean, se promoverá el aprendizaje y se establecerán las claves ambientales que regularán su ingesta alimentaria (1,27).

De acuerdo con los últimos lineamientos, la introducción de alimentos complementarios debe ser progresiva, comenzando a partir del sexto mes cuando el niño recibe lactancia materna exclusiva o al cuarto-quinto mes cuando la lactancia es mixta o artificial, con alimentos disponibles para la familia y aceptados culturalmente. El orden recomendado por grupo de alimentos es: verduras y tubérculos, posteriormente cereales, frutas variadas a excepción de cítricos, vegetales que no produzcan flatulencia, carnes de aves, res, pescado y cerdo dependiendo de la disponibilidad de otras fuentes proteicas, y las grasas (4,28,29).

En este grupo, se observó que antes de los 4 meses de edad se inició la introducción de alimentos complementarios lo cual es similar a los hallazgos de Dehollain et al (18), quienes reportan la incorporación de alimentos complementarios antes de los 3 meses de vida en un 62%; dicha edad no es la considerada para iniciar este proceso debido a que las condiciones de maduración fisiológicas no son las mas adecuadas (28), igualmente se considera que la introducción temprana de alimentos complementarios es peligrosa en países en vías de desarrollo porque aumenta la exposición de alimentos contaminados (6), y los niños alimentados al pecho, ajustan su ingesta energética cuando otros alimentos son introducidos; por lo tanto no existen ventajas en introducir alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad en poblaciones de riesgo (30).

El agregado de cereal (harina de arroz la más utilizada) en la preparación del biberón, comienza aproximadamente con la introducción de la leche completa en el primer

mes de vida, notándose que la mayoría de las madres no ven esta práctica como la introducción de un alimento nuevo, tal vez, sólo sea el mantener una costumbre de la alimentación, que se ha transmitido por generaciones.

Durante el tercer mes, el pollo es la primera fuente proteica elegida, en segundo lugar la carne de res y el queso blanco y en último lugar el pescado, sin embargo es de hacer notar que el pollo, conforma la fuente de proteína animal mayormente utilizada en estos niños durante el primer año, probablemente por su menor costo en relación con las otras fuentes proteicas o por la creencia de que esta es una fuente de proteína animal más saludable. Las frutas se inician preparadas en jugo a partir del segundo al tercer mes al igual que las sopas, las cuales se inician durante el tercer y cuarto mes en la mayoría de los niños. Los cereales sólidos, entre los que se encuentran el arroz, las pastas, la arepa y el plátano, se inician después del cuarto mes. Los granos por el contrario se inician luego del sexto mes al igual que las grasas (margarina, aceite, mayonesa).

Definidas en párrafos anteriores las orientaciones dietéticas que aseguran el desarrollo de hábitos y conductas alimentarias que favorezcan en el niño un estado nutricional óptimo, se podría deducir que alteraciones en los diferentes niveles, bien sea en el patrón de lactancia, en el inicio de la alimentación complementaria en forma temprana o tardía, en una reducida disponibilidad de alimentos, y/o en trastornos en el establecimiento de relaciones de alimentación adecuadas, pudieran resultar contraproducente en el desarrollo nutricional del lactante (10).

Observamos un deterioro en la alimentación de estos lactantes debido a la utilización de leche completa a dilución inadecuada combinado con el cereal (almidones crudos preparados) y azúcar, los cuales disminuyen el vaciamiento gástrico del niño (6), interfiriendo en su apetito y como consecuencia, disminuyendo la disposición para consumir otro tipo de alimentos o preparaciones, probablemente sea ésta una de las razones que explique una introducción de alimentos de poca variedad: sopas basadas en verduras tales como papas, apio, ocumo, plátano verde y algunos vegetales como auyama y zanahoria, que se inician en el tercer mes.

Con relación a las prácticas de alimentación y su influencia cultural, en el estudio realizado por Nevling y col. donde se evaluó si el nivel socioeconómico y la edad de las madres influye en las prácticas de lactancia e introducción de alimentos complementarios en

niños del estado de Tennessee (EEUU), encontraron que independientemente de la edad, las madres incorporaron alimentos complementarios antes de lo recomendado (4-6 meses) y el cereal fue el primer alimento empleado en la mayoría de los niños seguido por las frutas, vegetales y carnes. Este trabajo sugiere que la edad materna no es un factor determinante para seguir recomendaciones de alimentación de los niños, ya que ambas, madres adolescentes y adultas no acataban los tiempos óptimos sugeridos para la incorporación de alimentos complementarios y la elección de los alimentos más apropiados para sus niños, lo que pudiera ser el reflejo de otros factores como las prácticas socioculturales (31).

Hábitos de alimentación

En la práctica se considera que una adecuación calórica y de macronutrientes igual o mayor al 85% y menor o igual al 115% es adecuada (10). Observamos que la dieta del grupo de niños estudiados, mostró una adecuación calórica insuficiente, con relación al cálculo individual estimado para cada niño, tomando en cuenta su diagnóstico nutricional y por lo tanto las calorías adicionales necesarias para la recuperación nutricional.

Al comparar los hallazgos de nuestro estudio con las recomendaciones de raciones/día por grupos de alimentos para los lactantes, encontramos que los niños de nuestro estudio por recordatorio de 24 horas consumieron una dieta deficiente en frutas, panes y cereales, carnes y grasas (4), aún cuando el grupo de mayor consumo lo constituyó panes y cereales en forma de harina de maíz y tubérculos, lo que se traduce en una insuficiencia calórica de la ingesta, lo cual coincide con el diagnóstico de ingreso a la institución. La observación de una mayor frecuencia de consumo de la leche con cereal, se ha encontrado como una práctica común en los países en vías de desarrollo, donde los alimentos complementarios son principalmente almidones crudos que no proveen la proteína requerida para mantener el rápido crecimiento asociado con la infancia (6,30).

A pesar de que para el grupo de leche el número de tomas se asemeja a lo recomendado, no así la dilución de la preparación tal y como se señaló anteriormente.

Dentro de las múltiples causas que conllevan al deterioro del estado nutricional encontrado en los niños al momento de la evaluación, las características de la dieta descrita pudiera ser uno de los factores contribuyentes. Tomando en cuenta solo el aspecto dietético, es posible que las deficiencias encontradas

en las prácticas de alimentación de los niños estudiados, resulte de la sumatoria de cada uno de los elementos descritos (antecedentes de lactancia, incorporación de alimentos complementarios y dieta) ejecutados en forma inadecuada, que dificultaron el mantenimiento de un balance energético positivo.

Para lograr cambios a favor de una mejor alimentación en los lactantes de esta comunidad, se requiere el análisis profundo de las causas de estas prácticas tan arraigadas, para encontrar razones suficientemente convincentes que permitan al cuidador modificarlas a pesar del medio que le rodea.

Dada la importancia del establecimiento de hábitos de alimentación adecuados durante los primeros años de vida como base de una salud óptima, la acción educativa deberá tomar en cuenta, el papel del pediatra y del nutricionista como guías para la alimentación del niño durante sus primeros años. Estos profesionales deberán contar con estrategias efectivas en donde se promueva no solamente una lactancia adecuada, sino también, cuándo y cómo realizar la incorporación de alimentos complementarios incluyendo la progresión dietética hasta la dieta del adulto modificada. Para ello, es necesario tomar en consideración, además del nivel de conocimiento de las madres, la capacidad de las mismas para llevar a cabo una buena alimentación de sus hijos, ya que esto constituye un componente esencial en el proceso de cambio.

Referencias

1. Pearcey SM, De Castro JM. Food intake and meal patterns of one year old infants. *Appetite* 1997; 29:201-212.
2. Jerome NW. Culture-specific strategies for capturing local dietary intake patterns. *Am J Clin Nutr.* 1997;65:1166S-7S.
3. Hendrics KM, Badruddin SH. Weaning recommendations: The scientific basis. *Nutr Rev* 1992; 50:125-133.
4. Garcia M, Dini E. Alimentación en el lactante En: *Nutrición en Pediatría*. Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano (CANIA). Caracas 1999. Cap 5: 107-118.
5. Fundacredesa. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela. Caracas, 1995, pp: 1032-1041.
6. Mossha TC, Laswai HS, Dakiko SOS. Breastfeeding, Weaning practices and anthropometric status of children in Morogoro District, Tanzania. *Ecol Food Nutr.* 1998;37:309-338.
7. Grummer-Strawn LM. Does prolonged breast-feeding impair child growth? A critical review. *Pediatrics* 1993;(91) 4:766-770.

8. Busdiecker BS, Castillo DC, Salas AI. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev. Chill.Pediatr* 2000;71:5-11.
9. García M, Zarzalejo Z. Evaluación dietética. En: *Nutrición en Pediatría*. Centro de Atención Nutricional Infantil (CANIA). Caracas 1999. Apéndice 2ª: 528-539.
10. Zarzalejo Z, García M, Alvarez ML, Millan A. La evaluación dietética como instrumento diagnóstico *An Venez Nutr* 1999; 12:33-44.
11. *Boletín de Nutrición Infantil*. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano) CANIA. Caracas Informe de resultados período 1997 Año 2 N°2 1999:22-28.
12. Satter, E. The feeding relationship: Problems and intervención. *J Pediatr* 1990;117 (Supp):181-189.
13. Henríquez P,G. Evaluación del Estado Nutricional. En *Nutrición en Pediatría*. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA). Caracas 1999. Cap 1:17-62.
14. ACC/SCN (2000). Breastfeeding and Complementary Feeding. In: *Fourth Report on The World Nutritional Situation*. Geneva: ACC/SNC in colaboración with IFPRI. 33-40.
15. García M, Dini E. Aspectos prácticos sobre la lactancia materna. En: *Nutrición en Pediatría*. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA). Caracas 1999. Cap 4: 93-106 .
16. Fundacredesa. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela. Caracas, 1995, pp: 1063-1069.
17. Jaffé W, Rivas O, Mendez CH. La lactancia materna en Venezuela entre 1981 y 1995. *An Venez Nutr* 1997;10: 102-105.
18. Dehollain P, Molina E, Aizman A. Caracterización de la lactancia materna en un grupo de mujeres de alto nivel social, *An Venez Nutr* 1991;4:11-15.
19. Vandale-Toney S, Rivera-Pasquel ME, Kageyama-Escobar ML. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública de México* 1997;39:412-419.
20. Dini GE, García ME, Figarella de A M, Puig AM. Conducta entre la lactancia materna, destete y ablactación en 100 madres de un hospital privado de Caracas. *An Venez Nutr* 1995;8:15-20.
21. Barcia A, Valle E. Lactancia materna: Causa de suspensión en dos ciudades de Ecuador, *Bol Sanit Panam* 1981; 91-92.
22. Martínez A. Características y causas de la lactancia materna fallida. *Actualizaciones pediátricas de la Fundación Santa Fé de Bogotá* 1996;6:32-9.
23. Furzan J, Rivero D, Cordero M, Laguna, M. Factores relacionados por la conducta materna ante la lactancia natural y artificial: un estudio descriptivo. *Arch Ven Puer Ped* 1992;54:69-73.
24. Fomon SJ. *Nutrition of Normal Infants*. St Louis: Mosby-Year Book; 1993:403.
25. Dietary management of young infants who are not adequately breast-fed. *Food Nutr. Bull.* 1980, Vol. 2, N° 3.
26. Vélez Boza F, González M. Encuesta de hábitos de alimentación infantil en las familias obreras de Caracas (1962). *Arch Ven. Nutr.*1964: Vol 14: 63-89.
27. Birch L, McPhee L, Sullivan S. Conditioned meal initiation in young children. *Apetite* 1989;13:105-113.
28. Ministry of Health and Welfare. *Guideline for the weaning*. (Revised Edition) Japan: The Ministry, 1995.
29. Pridham KF. Feeding behavior of 6 to 12 month- old infants: Assessment and source of parenteral information. *J Pediatr* 1990;117 (suppl):164-180.
30. Cohen R, Brown K, Canahuati J, Landa L, Dewey K. Effects of age of introduction of complementary foods of infants breastmilk intake, and growth: randomiset intervention study in Honduras. *Lancet* 1994;343:288-93.
31. Nevling W, Carruth B, Skinner J. How do socioeconomic status and age influence infant food patterns?. *J Am Diet Assoc.* 1997;97:418-420.