



## **FAMILIAS SALUDABLES, NIÑOS SALUDABLES.**

**UNA GUÍA PARA COMPRENDER LA RELACIÓN ENTRE  
LA PARENTALIDAD Y LA ALIMENTACIÓN**

María Alejandra Aguirre Quezada  
Xavier Rodrigo Yambay Bautista  
Nancy Beatríz Cordero Zumba  
Sandra Patricia Ochoa Zamora  
María Daniela Encalada Torres  
María Isabel Herrera Jaramillo  
Diana Mariela Méndez Pedroza

**Familias Saludables, Niños  
Saludables.**

**Una guía para comprender la  
relación entre la parentalidad y  
la alimentación**

## **Familias Saludables, Niños Saludables.**

### **Una guía para comprender la relación entre la parentalidad y la alimentación**

© **Autores:** María Alejandra Aguirre Quezada

Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería, Azogues

Xavier Rodrigo Yambay Bautista

Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería y Medicina, Azogues

Nancy Beatríz Cordero Zumba

Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería, Azogues

Sandra Patricia Ochoa Zamora

Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Medicina, Azogues

María Daniela Encalada Torres

Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Medicina, Azogues

María Isabel Herrera Jaramillo

Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Medicina, Azogues

Diana Mariela Méndez Pedroza

Magíster Gestión del Riesgo de Desastres - Universidad Andina Simón Bolívar

© Universidad Católica de Cuenca

© Editorial Universitaria Católica de Cuenca

**Primera edición:** 08 de septiembre de 2022

**ISBN:** 978-9942-27-171-6

**e-ISBN:** 978-9942-27-170-9

**Editor:** Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

**Diseño y diagramación:** María Alejandra Aguirre Quezada, Xavier Rodrigo Yambay Bautista, Nancy Beatríz Cordero Zumba, Sandra Patricia Ochoa Zamora, María Daniela Encalada Torres, María Isabel Herrera Jaramillo, Diana Mariela Méndez Pedroza

**Diseño de portada:** Dis. Alexander Campoverde Jaramillo

Impreso por Editorial Universitaria Católica (Edunica)

**Dirección:** Tomás Ordóñez 6-41 y Presidente Córdova

**Teléfono:** 2830135

**E-mail:** edunica@ucacue.edu.ec



Esta obra cumplió con el proceso de revisión por pares académicos bajo la modalidad de doble par ciego.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de la obra sin permiso por escrito de la Universidad Católica de Cuenca, quien se reserva los derechos para la primera edición.

## **PRÓLOGO**

La alimentación es un proceso en el cual el cuerpo recibe diferentes macro y micronutrientes para poder desarrollar diferentes funciones, pero también permite al ser humano socializar con su entorno.

Descubrir cuáles son las diferentes dimensiones que se encuentran inmersas cuando se habla de nutrición es lo que el libro: “Familias saludables, niños saludables. Una guía para comprender la relación entre la parentalidad y la alimentación”, brindará al lector.

Dentro de las páginas de esta obra el lector podrá entender la realidad de problemas nutricionales existentes en la población como: la desnutrición, sobrepeso y obesidad, así como también la importancia de la familia en el proceso de aprender a alimentarse de manera correcta. Reconocer los diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas para su consumo y así generar un estilo de vida saludable. También, se evidenciará de manera general cuál es el panorama de los problemas nutricionales a nivel de la provincia del Cañar y el Ecuador.

Cada uno de los capítulos desarrollados en la presente obra ponen de manifiesto una realidad en la población infantil, la cual puede ser modificada de acuerdo al accionar de quienes conforman los núcleos familiares donde los niños conviven en el día a día. Reconocer la importancia del consumo de alimentos orgánicos y culturalmente aceptados, recuperar prácticas alimentarias ancestrales son la finalidad para generar un cambio en la realidad nutricional a nivel de nuestro país.

Dra. Nury Devia Solis.



## **PREFACIO**

El ciclo de la vida tiene su curso, pero no debemos permitirnos vivir cada etapa, por la simple acción del paso del tiempo; tenemos la obligación de potencializar cada período y fundamentalmente alcanzar una muy buena calidad de vida.

La ciencia muestra, que se puede prevenir enfermedades, que representan las principales causas de muerte en el país y lo más valioso su conexión con la práctica de hábitos saludables en los que está la alimentación como pilar básico.

Cuánto mayor amor damos a un ser humano, se genera la mayor contribución a su proyecto de vida y además ganamos todos. Padres que se amen, valoren y se respeten y que puedan tener las coincidencias para ejercer la parentalidad de manera que sea un placer y una construcción plena de seres humanos felices y saludables; que el aporte de este libro permita alertar lo grave de un estilo autoritario. Acaso es necesario tener niños que por temor hayan perdido su capacidad de cuidar su barrera de saciedad.

Desde pequeños recibimos información, cada familia genera esa transferencia de costumbres o ideologías sobre cómo debería ser el desarrollo de la vida y así crecer con aprendizajes que duren siempre. Sin embargo, los autores hacen un análisis profundo y sobre la valoración objetiva mencionan pruebas y razones para que los progenitores puedan tomar decisiones con pensamiento crítico, muy lejos de la abrumadora presión publicitaria sobre productos ultra procesados con enfoque infantil.

Por lo cual, esta es una guía que genera una colaboración para los padres o quienes decidirán a futuro ser padres y así puedan comprender que se proyecta lo que tiene en el interior, que

esos cambios que el mundo necesita se pueden alcanzar con el ejercicio de un rol parental democrático.

Este libro nos hace un recorrido, por la Epidemiología nutricional en Ecuador que permite visibilizar la compleja realidad con dos realidades opuestas por déficit y excesos que se tiene y que se debe revertir a través del trabajo esencial de la familia como núcleo de la sociedad, puntualizado en el capítulo 1. Luego el capítulo 2, describe la relación de la parentalidad y la alimentación. Por otra parte, se menciona como se puede realizar la prevención de enfermedades infantiles a través de la alimentación, como lo detalla el capítulo 3. Además, se aborda la lactancia materna como factor protector de la vida, la alimentación complementaria y alimentación del preescolar en el capítulo 4 y finalmente en el capítulo 5, profundiza cuál es la realidad nutricional de la provincia del Cañar.

Finalmente consideramos es posible cambiar la manera en que el mundo alimentario está funcionando, que es posible girar el timón para evitar el colapso no solo nutricional sino de salud mental, pero si quienes hacemos educación no nos involucramos simplemente no sucederá.

## ÍNDICE

PRÓLOGO .....	3
PREFACIO .....	5
CAPÍTULO I .....	11
Epidemiología nutricional en Ecuador .....	11
1.1.- Introducción.....	13
1.2.- Epidemiología nutricional ¿De dónde viene? .....	14
1.2.1.- Epidemiología Nutricional .....	15
1.3.- Análisis de la desnutrición en Ecuador .....	16
1.3.1.- Los reveladores datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutricional .....	18
1.3.2.- Causas de la desnutrición .....	19
1.4.- Análisis de la obesidad en Ecuador.....	20
1.5.- Análisis de la dieta en Ecuador .....	22
1.5.1.- El aporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.....	26
Glosario: .....	27
Referencias Bibliográficas.....	28
CAPÍTULO II .....	31
Relación de la parentalidad y la alimentación .....	31
2.1.- Introducción.....	33
2.2.- Estilo parental y conducta alimentaria .....	34
2.2.1.- ¿Padres permisivos generan niños de comportamiento alimentario rebelde? .....	44
2.2.2.- ¿Padres agresivos generan niños de comportamiento alimentario pasivos? .....	46
2.2.3.- ¿Padres democráticos generan niños de comportamiento alimentario cooperativo? .....	47
2.3.- Recomendaciones nutricionales para preescolares.....	48
2.3.1.- Requerimientos nutricionales .....	49
2.4.- Funcionalidad familiar y malnutrición infantil .....	51
Referencias Bibliográficas.....	52
CAPÍTULO III.....	55
Prevención de enfermedades infantiles a través de la alimentación .....	55
3.1.- Introducción.....	57
3.2.- La familia como núcleo en la alimentación saludable .....	58
3.3.- Ingestas dietéticas de referencia para niños .....	60



3.3.1.	Requerimiento medio estimado (EAR): .....	61
3.3.2.	Ingesta dietética recomendada (RDA):.....	61
3.3.3.	Ingesta adecuada (AI):.....	61
3.3.4.	Nivel superior de ingesta tolerable (UL): .....	61
3.3.5.	Ingesta segura recomendada: .....	62
3.3.6.	Requerimiento nutricional: .....	62
3.4.-	Alimentación en la prevención de la obesidad infantil .....	64
3.5.-	El semáforo nutricional en los productos industrializados.....	72
	Referencias Bibliográficas.....	76
CAPÍTULO IV .....		81
Etapas clave: Lactancia materna, Alimentación complementaria y Alimentación del preescolar ...		81
4.1.-	Introducción.....	83
4.2.-	Lactancia materna.....	83
4.2.1.-	Beneficios de la Lactancia Materna .....	84
4.2.2.-	Nutrientes de la leche materna .....	90
4.2.3.-	Técnicas de conservación de leche materna.....	91
4.3.-	Alimentación complementaria .....	93
4.3.1.-	Recomendaciones para introducir la alimentación complementaria .....	94
4.3.2.-	¿En qué orden se introducen los alimentos? .....	96
4.3.3.-	Guía de introducción de los alimentos .....	97
4.3.4.-	La alimentación perceptiva .....	99
4.4.-	Alimentación del preescolar.....	100
4.4.1.-	Recomendaciones nutricionales en el preescolar .....	101
4.4.2.-	Requerimientos nutricionales en preescolares .....	102
	Referencias Bibliográficas.....	107
CAPÍTULO V .....		109
Realidad alimentaria de la Provincia del Cañar.....		109
5.1.-	Introducción.....	111
5.2.-	Malnutrición en la provincia del Cañar.....	114
5.2.1.-	Ubicación de la provincia del Cañar .....	114
5.2.2.-	Las cifras de las Instituciones Gubernamentales en la región.....	116
5.2.3.-	Investigaciones sobre la realidad nutricional en el Cañar .....	119
5.2.3.1.-	Malnutrición infantil en Cañar y sus determinantes.....	119

5.2.3.2.- Estado nutricional antropométrico de niños menores de 5 años de la región interandina del Ecuador. ....	120
5.2.3.3.- Visión general de la situación nutricional del Distrito 03D01. ....	120
5.2.3.4.- Hallazgos población de estudio Unidades Operativas: Guapán, Cojitambo y Luis Cordero. ....	122
5.2.3.5.- Funcionalidad y estado nutricional en preescolares .....	123
5.2.3.6.- Estado nutricional y estilo de vida en escolares. Una mirada desde Unidades Públicas y Privadas.....	124
5.2.3.7.- Estado nutricional y perfil lipídico de adolescentes.....	125
5.2.3.8.- Estado nutricional de adolescente en el cantón La Troncal. ....	125
5.2.3.9.- Modelo de consumo habitual de alimentos en familias indígenas, Suscal, Ecuador. ....	126
Referencias bibliográficas .....	127



# **CAPÍTULO I**

## **Epidemiología nutricional en Ecuador**

María Alejandra Aguirre Quezada<sup>1</sup>

1. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## **1.1.- Introducción**

Es evidente que la realidad de los pueblos, varía de manera sustancial en función de los indicadores de salud. Así se observa la brecha que existe entre los países en desarrollo y los de economía emergente.

Los derechos fundamentales, se reconocen en el marco jurídico de los Estados y son los que permiten regular la vida en sociedad en los aspectos más universales de los ciudadanos y están la salud, educación (1).

A diferencia de la alimentación y nutrición que son el contenido esencial de varios de estos derechos y así se constituye en el compromiso visible del Estado a través del planteamiento de políticas públicas que fomentan la promoción y protección de la salud.

Por otra parte, el compromiso de 193 países, apunta alcanzar el desarrollo sostenible y destaca como un hecho sin precedentes la agenda 2015–2030; de la propuesta de 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) al menos 7 están vinculados con salud (2).

Sin embargo, se debe reconocer que el mundo hoy vive una grave crisis nutricional. El incremento de casos de obesidad crece y de manera paralela las cifras de desnutrición infantil aumentan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca que se establecieron metas globales proyectadas hacia el 2025 con miras al mejoramiento del estado nutricional de la población en general. Las metas planteadas incluyen a Ecuador y se propone la reducción en un 40% del retraso en el crecimiento en los menores de 5 años; bajar en un 50% la anemia de mujeres en edad fértil; disminuir en un 30% el bajo peso al nacer, mantener por debajo del 5% la

emaciación en niños, incrementar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses hasta el 50%, así como lograr que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños no incremente (3).

Ante esta situación, la realidad del Ecuador no es diferente, en la región se identifica al país por la alta prevalencia de desnutrición crónica en niños con menos de 5 años, además los indicadores en el déficit de micronutrientes sobresalen en familias con mayor pobreza. Esto limita el potencial de los niños en el mediano y corto plazo, aunque Ecuador es un país megadiverso con una producción importante de alimentos, que sí podría cubrir los requerimientos de sus pobladores, lo cual sugiere que el problema real es un asunto de distribución.

Finalmente, la adversa realidad desafía a los líderes de turno, sobre la responsabilidad del Estado para generar las condiciones y enfrentar todas las formas de malnutrición.

## **1.2.- Epidemiología nutricional ¿De dónde viene?**

La parte de la medicina encargada del estudio de la dinámica epidémica y la incidencia de las enfermedades en la población, se define como Epidemiología. Este término proviene de las voces griegas: “epi” arriba, “demos” pueblo y “logos” estudio o tratado. Por tanto, etimológicamente quiere decir: “estudio que se efectúa sobre el pueblo o la comunidad, en lo referente a los procesos de salud y enfermedad” (4).

La función más importante de la Epidemiología tiene que ver con determinar la ocurrencia y el riesgo de exposición a factores o marcadores que se asocian con daño o enfermedad. Una vez identificados los factores determinantes de la causalidad en el proceso de salud-

enfermedad, la Epidemiología tiende a evaluar las necesidades de atención y recursos, midiendo la eficacia de las medidas implementadas (4).

Con estos antecedentes y en concordancia con el objetivo de este trabajo académico se debe analizar el alcance de la epidemiología nutricional (EN), en función, no solo del estado nutricional, sino también desde el punto de vista integral de la seguridad alimentaria.

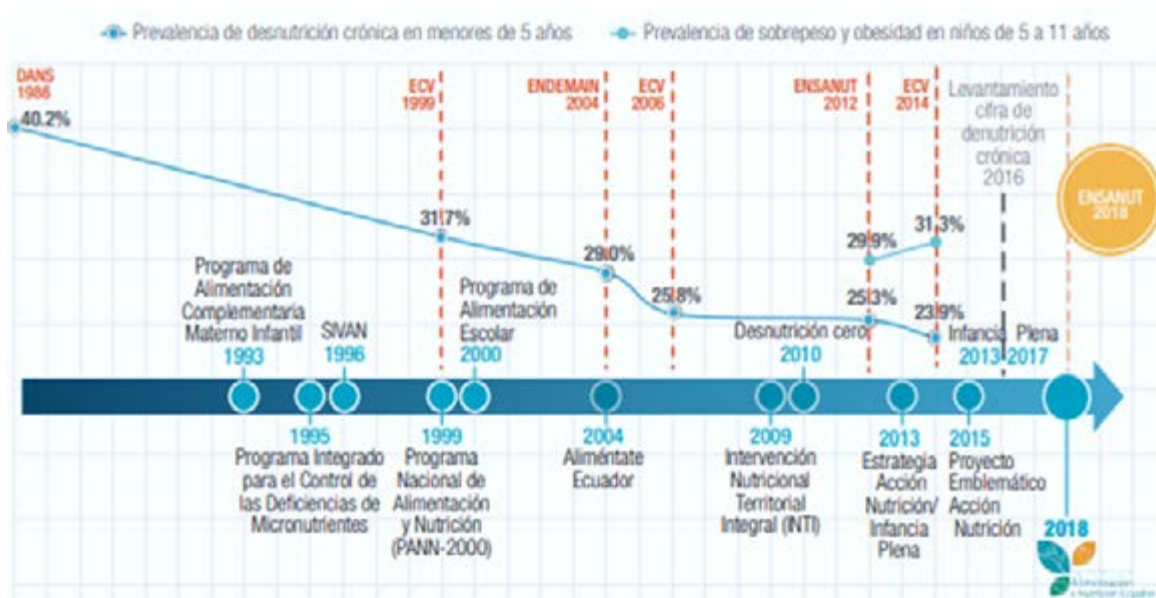
### **1.2.1.- Epidemiología Nutricional**

Esta parte de la Epidemiología, consiste en el abordaje de los determinantes relacionados a la nutrición en la salud de la población, donde los principales objetivos radican en la vigilancia (del consumo de alimentos, la ingesta de nutrientes y el estado nutricional), en generar evidencia para la toma de decisiones, crear nuevas hipótesis acerca de la relación existente entre la dieta y la enfermedad; todo esto considerando la política y la vulnerabilidad socio-cultural (5).

La EN conlleva al conocimiento de las condiciones nutricionales y alimentarias en las que se desenvuelve la salud, también permite indagar los efectos de estos condicionantes en la frecuencia y distribución de las enfermedades en la población, lo cual a la postre contribuirá al diseño de intervenciones nutricionales efectivas (5). En la figura 1 se expresa los programas y proyectos ejecutados tomando en cuenta la relación existente entre las prevalencias de: desnutrición crónica (en menores de 5 años) y sobrepeso u obesidad (en niños de 5 a 11 años)



**Figura 1.** Análisis comparativo de intervenciones frente la doble carga de malnutrición en Ecuador



**Fuente:** PIANE 2018 – 2025 (10)

### 1.3.- Análisis de la desnutrición en Ecuador

La frecuencia de desnutrición en el mundo ha tenido un drástico incremento y muy lejos se avizora una solución. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), establece que alrededor de 690 millones de personas la padecen y la región africana es la más crítica. Este mismo informe prevé que la emergencia sanitaria por COVID-19 declarada en el año 2020, no hace sino agudizar la situación y la han nominado como una pandemia paralela de graves complicaciones para los países que mostrarán un incremento alarmante (6).

La desnutrición constituye una condición patológica que sucede por una dieta deficiente de nutrientes esenciales o por una mala asimilación de los alimentos, es decir, su origen es

multicausal, entonces, pensar que solamente se relaciona con el acceso a los alimentos es un error, ya que también se ha visto asociada con el acceso a servicios básicos (3).

La limitada capacidad de adquisición de las familias para cubrir el requerimiento energético hace que se reciba en el mejor de los casos el 50% de kilocalorías por día, que no cubren sus necesidades, impactando en la modificación del estado nutricional (6), siendo la pérdida de grasa corporal el signo más elemental de la carencia de calorías (7).

Al no consumir lo que se requiere, el organismo activa rutas metabólicas de emergencia que le permitan su sobrevivencia, así otros nutrientes empiezan a transformarse en energía que en lo posterior genera un deterioro sistémico que podría llevar a la muerte de la persona.

Lamentablemente en los países con altas tasas de inseguridad alimentaria, se observa un aporte alimentario inadecuado, que sostenido en el tiempo genera un déficit que visibiliza una situación diagnóstica crónica.

La desnutrición marcada por deficiencia proteico-calórica se muestra con dos diagnósticos complejos como marasmo y kwashiorkor, caracterizados principalmente por bajo peso y la característica el edema en moneda respectivamente (7).

De esta revisión de la evidencia científica se infiere que la desnutrición no solo genera un impacto negativo en la morbi-mortalidad, sino además disminuye la productividad del país, afectando gravemente a los indicadores económicos.

### **1.3.1.- Los reveladores datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutricional**

La caracterización de la situación nutricional del Ecuador está publicada en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012 y su actualización 2018, misma que metodológicamente fue realizada por muestreo probabilístico, con el objetivo de generar indicadores acerca de la situación nutricional y los principales problemas de salud en la población ecuatoriana. La finalidad de este informe fue evaluar y generar las políticas públicas en beneficio de la población de estudio: mujeres de 10 a 49 años, menores de 5 años, hombres mayores de 12 años, niñas y niños de 5 a 11 años, con una muestra de 43.311 viviendas, con dominios de estimación nacional/urbano/rural y provincial (8).

La información del estudio, penosamente visibiliza resultados que marcan un panorama desalentador respecto de la desnutrición crónica en niños con una edad menor de cinco años, considerando que en 2018 la prevalencia fue de 23%, alcanzando una reducción de apenas un punto porcentual cuando se compara con la prevalencia del 2014 que fue de 23,9%, mientras en los menores de dos años, en el mismo periodo, la prevalencia de desnutrición crónica aumentó de 24,8% a 27,2%. Otro dato de interés, alerta que el 8,9% de recién nacidos pesó menos de 2.500 gramos (8).

Las conclusiones del estudio constituyen un importante aporte en los campos de investigación e intervención en todas las provincias del país. En este contexto, se ha podido evidenciar que la realidad de los territorios es diversa con provincias que superan el 40% de desnutrición crónica; se indica que existe diferencia en niños del área urbana y rural, siendo la población indígena la más afectada.

Por su parte, el índice referente al inicio temprano de la lactancia materna incrementó de 50,6% a 72,7% entre 2014 y 2018. De igual manera se indica un aumento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de 46,4% en 2014 a 62,1% en 2018. La publicación destaca que: “a medida que el nivel de instrucción de la madre es mayor, la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida disminuye” (9).

Un elemento importante por su vínculo con el estado nutricional del que no se habla con frecuencia, se relaciona con el control odontológico, cuyos hallazgos revelan que en los últimos 12 meses más de la mitad (53,1%) de niños de 5 a 17 años acudió al dentista. En cuanto al cepillado de dientes, el 75,5% de este grupo etario lo realiza al menos dos veces al día (8).

### **1.3.2.- Causas de la desnutrición**

Es necesario abordar las causales de la desnutrición con una visión integral, desde las inmediatas hasta las estructurales, lo cual permite reconocer la alimentación insuficiente y una serie de infecciones recurrentes que a su vez están relacionadas con las causas subyacentes como el limitado acceso al agua, al saneamiento y a alimentos adecuados, estableciéndose el vínculo con vinculándose con la pobreza, la falta de educación, la urbanización, entre otros (10).

Uno de los efectos más complejos de la desnutrición tiene que ver con el menor desarrollo cognoscitivo de las personas, por lo tanto, condiciona el futuro de quien la padece. Además, no permite desarrollar el máximo potencial del individuo, cerrando así el llamado círculo de la pobreza (10).

Entonces, alcanzar la reducción de la desnutrición potenciará el crecimiento económico del país y para lograrlo se deberá plantear políticas públicas de varios sectores que articule el nivel nacional con el local.

#### **1.4.- Análisis de la obesidad en Ecuador**

La OMS define al sobrepeso y obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (11). El incremento sostenido de personas que la padecen a nivel mundial levanta la alerta debido a la relación existente con la mayor probabilidad de muerte por contagio de COVID-19; así los expertos mencionan el desarrollo de una pandemia paralela (sindemia) que se advierte como un grave problema de salud pública (12).

De la revisión de la literatura se conoce que alrededor del 30% de la población mundial está afectada con sobrepeso u obesidad, siendo muy prevalente en Estados Unidos y Europa, con una incidencia superior al 40% (12). La complejidad de esta malnutrición por exceso radica en el mayor riesgo de complicaciones relacionadas con más de veinte enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, ictus, apnea de sueño y algunos tipos de cáncer, todos ellos asociados a la susceptibilidad o mayor mortalidad de COVID-19. (13)

Ecuador no marca una diferencia con las estadísticas mundiales, las autoridades sanitarias advierten de un continuo incremento de sobrepeso/obesidad en todas las edades. Al mismo tiempo se destaca que esta situación genera un impacto biológico, emocional y económico de gran magnitud, provocando enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas principalmente con la alimentación, mismas que se han posicionado entre las primeras causas

de morbi-mortalidad en el país. Los gastos sanitarios que debe asumir el Estado por el manejo de estas enfermedades superan los 400 millones de dólares anuales (9).

El “Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018–2025”, menciona de manera explícita que: “el sobrepeso y obesidad afectan cada vez más a una mayor cantidad de personas durante todo el curso vida. Esto es causado, en parte, por los cambios en los patrones de alimentación y de actividad física de la población” (10).

El Ecuador presentó los resultados de la ENSANUT por vez primera en el año 2012, donde la autoridad sanitaria nacional alertó que el 8,6% de niños menores de 5 años se encontraban con sobrepeso y obesidad. Dos años más tarde, a través de la Encuesta de Condiciones de Vida, se observó que la cifra de sobrepeso/obesidad en niños de 5 a 11 años se marcaba alrededor del 31%, mientras que en el año 2018 se informó que el 35% de los niños entre 5 y 11 años la padecen, mostrando un crecimiento sostenido en el tiempo; no obstante, el reporte de Galápagos se situó cercano al 47%, avizorando un panorama de mayor gravedad que en el resto del país (8).

Al analizar el comportamiento de la variable actividad física, se informa que: “los niños de 5 a 17 años realizan en promedio 2 días a la semana alguna actividad física durante al menos 60 minutos”. En cuanto al sedentarismo este grupo poblacional “pasa 2 horas al día sentado o recostado viendo televisión, jugando videojuegos, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado” (8).

Con lo expuesto, lejos de pensar que el Ecuador se enfrenta a una situación compleja en niños y adolescentes, la misma encuesta refiere que más del 63% de adultos entre 19 y 59 años; y,

el 58.9% de adultos mayores, padecen de sobrepeso u obesidad. Entonces se observa que en todos los grupos etarios la situación es sumamente complicada (8).

Un estudio realizado en Cuenca con 318 individuos de ambos sexos presenta una prevalencia de obesidad de 23,6% (27,5% en mujeres y 18.4% en hombres), posicionando a la diabetes mellitus tipo 2 como el factor de riesgo de mayor asociación mostró, seguido de la hipertensión arterial y el alto consumo diario de calorías (14).

En conclusión, será necesario replantear las estrategias emprendidas y pensar en la realidad particular de cada territorio para determinar acciones propias enfocadas en hacer frente a la problemática planteada. El trabajo sinérgico de las instituciones del Estado con la academia podría ser la ruta que todavía no ha sido trazada.

### **1.5.- Análisis de la dieta en Ecuador**

En esta parte del capítulo se lleva a cabo un análisis de la importancia que tiene la dieta para los pueblos, su relación con los saberes culturales, así como el vínculo con la condición nutricional que pueden tener los pobladores.

En más de una ocasión se ha podido escuchar “Somos lo que comemos”, “Que tu medicina sea tu alimento, y el alimento tu medicina”; “No comas mejor, deja de comer peor” y se reflexiona sobre la influencia que genera un acto tan básico como la alimentación en la vida de las personas.

Los expertos mencionan que la globalización y el urbanismo son la causa del cambio en el patrón alimenticio (15), que está dado por aquellos alimentos que se consumen con mayor frecuencia y se relaciona estrechamente con la salud y la sostenibilidad ambiental. Por ello

es necesario evaluar la ingesta de alimentos en la población para medir la cantidad de energía y nutrientes consumidos que coadyuven a la estimación del estado nutricional, que será el principal insumo para el desarrollo de planes y programas de intervención alimentaria basados en las necesidades poblacionales.

La FAO en el año 2009, publicó que: “en 29 países de América Latina y el Caribe el trigo, el arroz, el maíz y el azúcar sin refinar correspondían a los productos básicos de mayor disponibilidad” (16). En todos los países de la región, el suministro de kilocalorías proviene mayormente de productos de origen vegetal que de productos de origen animal. Ecuador, Haití, República Dominicana y Suriname tienen un suministro menor a los 60 g/d de proteína per cápita (15). En ese mismo orden, 13 años después se alerta sobre la grave crisis en el cumplimiento de las recomendaciones de consumo que tiene Venezuela y Haití, agudizada por la pandemia de COVID-19.

Se debe mencionar que la situación actual es crítica debido a la modificación del patrón de consumo que depende de la densidad poblacional. Todo apunta al crecimiento sostenido de las poblaciones más pobres que conlleva a un acceso limitado a los elementos esenciales para mantener la vida, pues se debe compartir los alimentos disponibles con un número cada vez mayor de miembros de la familia, lo cual aleja el cumplimiento de los requerimientos nutricionales. Esto permite agregar una reflexión adicional: ¿acaso también se experimenta un acceso limitado a la planificación familiar?, pregunta que podría marcar la hoja de ruta para revertir la dramática situación.

Será entonces que los espacios de educación para la salud se deben fortalecer, y ahí se podría analizar la inclusión de otros actores con el fin de que se multiplique el mensaje de manera



responsable y técnica. Las escuelas de Enfermería y Nutrición pueden ser pilares fundamentales para contribuir en la solución o al menos ser parte inicial del cambio.

Por su parte, la falta de disponibilidad de alimentos saludables y nutritivos se ve agravada por la disminución en la diversidad de las cosechas. En consecuencia, promover un estado de salud óptimo demanda que el abordaje de la nutrición se haga de manera diferenciada y se realice con enfoque territorial, que respete las costumbres, oriente sobre la disponibilidad característica de cada zona.

En conjunto se debe reconocer que el cumplimiento de estándares nutricionales adecuados establece la base para minimizar las posibilidades de desarrollar enfermedades, sin embargo, desde inicios del siglo XXI ya se anunciaba que se había pasado de dietas de alto consumo de carbohidratos complejos a dietas altas en azúcares y grasas saturadas.

En referencia a la agricultura: “Las políticas relacionadas con la pequeña agricultura y desarrollo rural se relacionan con la problemática de seguridad alimentaria en la medida que se encuentran dirigidas a la población rural y a la agricultura familiar. Este tipo de acciones buscan incrementar tanto la disponibilidad de alimentos de los hogares como sus ingresos y por ende el acceso a alimentos” (6).

En Ecuador, se estima que la oferta de alimentos es muy superior al volumen de la población, lo cual significa que hay suficientes alimentos para cubrir los requerimientos de los ciudadanos. Las cifras indican que: “la disponibilidad de kilocalorías diarias por miembro del hogar (2.273 kilocalorías) es superior en un 6% al mínimo requerido (2.141 kilocalorías diarias por adulto equivalente)” (15).

Entonces, el déficit de accesibilidad a una cantidad suficiente de alimentos tiene una connotación más de índole económico que de otra cosa, ya que el consumo kilocalórico de los hogares ecuatorianos así lo refleja. “Mientras los hogares que tienen asegurado el abastecimiento de alimentos disponen en promedio de 2.406 kilocalorías para cada miembro del hogar (12% más de lo necesario), los hogares que no tienen dinero para comprar una cantidad mínima de alimentos tienen en promedio por miembro equivalente apenas 1.180 kilocalorías, (casi la mitad de lo requerido)” (15).

El análisis “Cerrando la Brecha de Nutrientes”, realizado en Ecuador en 2018, demuestra hallazgos que vinculan la poca accesibilidad a dietas nutritivas con la doble carga de la malnutrición (desnutrición crónica y sobrepeso), situación que afecta a una gran proporción de los ecuatorianos (6). Los resultados evidentemente confirman que las dietas en el país carecen de diversidad y tienen una calidad nutricional deficiente. Además, una parte de la población no accede adecuadamente a los alimentos debido al costo o al desconocimiento de prácticas de alimentación saludable, generando un detrimento a la hora de cubrir sus necesidades diarias de nutrientes.

El estudio publicado por Sánchez et al. (17) denominado “Evaluación nutricional preliminar de la dieta ecuatoriana basada en un estudio de recordatorio de alimentos de 24 horas en Ecuador”, realizado a través de una encuesta, halló diferencias significativas en hombres y mujeres en las variables energía y ciertas vitaminas, también se pudo identificar que la mayor contribución energética se obtiene del almuerzo, seguida de la merienda y el desayuno. Otra evidencia importante fue que las ingestas no alcanzaron los valores de referencia para hidratos de carbono, algunas vitaminas (tiamina, ácido pantoténico, biotina, folato, vitamina

D y vitamina E) y minerales (Ca, K, Cu, Mn, I y Fe). Finalmente, la ingesta de sodio se estableció en valores muy por encima de lo recomendado, algo que es indicativo de un problema a nivel de salud pública.

### **1.5.1.- El aporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición**

En el año 2012, la ENSANUT refirió que un número cercano a la mitad de los niños entre 6 y 11 meses no acceden a una variedad adecuada de alimentos, generando preocupación porque en esta etapa los niños están en la necesidad de familiarizarse con texturas sabores y olores que conducen a una aceptación de alimentación adecuada a futuro. En ese mismo orden, se resaltó que el 6,4% de los ecuatorianos tenía un déficit en el consumo de proteínas, aunque con esta cifra no se lo podía catalogar como un problema de salud pública. Además, alrededor del 70% tenía una probabilidad de un consumo inadecuado de hierro y más del 85% un consumo inadecuado de vitamina A (8)

Se reveló que para el año 2012, uno de cada 1000 personas en el Ecuador tenía un consumo adecuado de fibra, sin embargo, al referirse a la dieta el 29% presentaron un consumo excesivo de carbohidratos, siendo mayor en el quintil más pobre. El consumo de grandes cantidades de grasa se asoció a la urbanización y a las personas de mayores ingresos económicos, observándose una marcada tendencia al uso de aceite de palma como fuente de grasa a escala nacional. (8).

Respecto al tipo de alimento, el arroz correspondía al cereal de mayor aporte de energía en el país. En relación a las frutas y vegetales, todos los grupos etarios no tienen un consumo adecuado, este se encuentra muy por debajo de los 400gr que establece la OMS como referencia (8).

En la actualización de la ENSANUT en 2018, sólo el 50% de hogares ecuatorianos tendrían acceso a una dieta nutritiva desde el punto de vista económico. El costo de una dieta nutritiva modelo para una familia de 5 miembros sería de aproximadamente US \$8,60 diarios frente a los US \$ 2,50 al día que costaría una dieta que cumple con las necesidades energéticas; el costo mensual de cada dieta es el equivalente a \$250 y \$75 respectivamente (9), tomando en cuenta que el salario básico unificado para 2022 es de US \$425 al mes. En este sentido, se puede analizar si el afamado “Bono de desarrollo humano” ha cumplido con la expectativa de llevar una dieta nutritiva a las familias beneficiarias. Lo único cierto es que la condición alimentaria visibiliza grandes problemas que condicional la potencialidad de la población.

#### **Glosario:**

**Desnutrición aguda:** “Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo”.

**Desnutrición crónica:** “Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico”.

**Desnutrición global:** “Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ( $P/A \times A/E = P/E$ )”.

## Referencias Bibliográficas

1. Chiriboga G. Los Derechos Fundamentales. Derecho Ecuador. 2005; 3(39).
2. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. ODS agenda 2015-2030; 2019.
3. Organización Mundial de la Salud. Metas Mundiales de Nutrición 2025. España: OMS; 2017.
4. Dirección Regional de Epidemiología de Arequipa. Dirección General de Epidemiología [Internet]. 2018 [citado 6 enero de 2022]. Disponible en: [https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/enlac/Que\\_es\\_la\\_Epidemiologia.pdf](https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/enlac/Que_es_la_Epidemiologia.pdf).
5. PRESANCA. Programa Regional de Seguridad Alimentaria [Internet]. 2009 [citado 6 enero 2022]. Disponible en: <https://www.sica.int/busqueda/Noticias.aspx?IDItem=35897&IDCat=3&IdEnt=115#:~:text=La%20epidemiolog%C3%ADa%20nutricional%20es%20el,generar%20nuevas%20hip%C3%B3tesis%20sobre%20la>.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Versión resumida del estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021. Transformación de los sistemas alimentarios en aras de la seguridad alimentaria, una mejor nutrición y dietas asequibles y saludables para todos. Roma: FAO; 2021.
7. González F. Desnutrición. Sal Pub Mx. 2003; 4(45).
8. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. Quito: INEC; 2012 [citado 22 febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf).
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. Quito: INEC; 2018 [citado 22 febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/ENSANUT\\_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf).
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Intersectorial de Salud y Nutrición. [Internet]. Quito: MSP; 2018 [citado 22 febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf>.
11. Organización Panamericana de la Salud [Online]. Washington D.C.: Temas Prevención Obesidad Sobrepeso; 2016 [Actualizado 2016; citado 22 febrero de 2022]. OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad#:~:text=La%20obesidad%20y%20el%20sobrepeso,de%20la%20talla%20en%20metros>.

12. Di Angel, A. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *LANCET*. 2016; 12(1).
13. Simonnet A. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) during Invasive Mechanical Ventilation. *OBESITY*. 2020; 28(7).
14. Campoverde ME. Factores de riesgo para obesidad en adultos de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Rev Latinoam Hipertens*. 2014; 9(3).
15. Cabrera C. Seguridad Alimentaria en Ecuador. Quito: FLACSO; 2012.
16. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la Seguridad Alimentaria en America Latina y el Caribe. Roma: FAO; 2018.
17. Sánchez S, Neira J, Perez F. Preliminary nutritional assessment of the Ecuadorian diet based on a 24-h food recall survey in Ecuador. *Nutr. Hosp* [Internet]. 2019 [citado 22 febrero de 2022]; 28(5): 1646-1656. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-16112013000500042](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112013000500042)



# **CAPÍTULO II**

## **Relación de la parentalidad y la alimentación**

María Alejandra Aguirre Quezada<sup>1</sup>

1. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería





## 2.1.- Introducción

¿No es acaso la familia el núcleo de la sociedad?

Es en ese espacio tan único para sus miembros, donde deberían generarse los más valiosos aprendizajes, con seguridad se infiere una respuesta afirmativa, sin embargo, no en todos los casos se consigue un proceso de enseñanza efectivo para la vida.

Mediante este capítulo se pretende transmitir al lector la inquietud de los beneficios de la convivencia armónica y de amor sobre la alimentación. Consideran ustedes que ¿Un entorno saludable deja una huella saludable?, y aunque la analogía sea evidente, no es exclusivamente la temática nutricional la que nos ha traído a esta producción.

La familia siendo nuclear o monoparental, si dispone de una buena salud mental, podrá tener miembros en equilibrio emocional y eso es precisamente lo que se espera explicar. A partir de estas líneas se dimensionará la influencia del rol parental sobre las decisiones de los hijos en múltiples áreas, pero sobre todo a la hora de alimentarse. La vida en común, con los pequeños, es el espacio ideal para amarlos intensamente y generar su protección, con la finalidad de que luego en los sitios en los que les corresponda desarrollarse sean humanos excepcionales lejos de una actitud egocéntrica.

Con estos antecedentes y como parte de la propuesta referida a la alimentación de manera específica, se considera que la comida es sinónimo de unión, zona ideal para el encuentro, pero fundamentalmente de salud y prevención de enfermedades.

Al nacer los seres humanos, no tienen memoria alimentaria, resultando complejo pensar que, en sus primeros meses de vida sin ninguna interacción externa, este sea capaz de aceptar o

rechazar un alimento. Corresponde entonces una ventana importante de oportunidad para generar una adherencia deseable. Los niños en edad preescolar son la población ideal en la que se pueden fijar hábitos y los adultos no podemos perder ese único momento para crear conductas alimentarias saludables, aunque es frecuente encontrar justificativos, ya sea por falta de tiempo, recursos insuficientes o limitado conocimientos. Expertos advierten que: “los hábitos son conductas aprendidas precozmente, por lo tanto, enseñarlos tempranamente contribuirá al fomento de una vida más sana” (1).

Adicionalmente, no se debe olvidar que son los adultos quienes tienen el poder adquisitivo y la decisión final sobre la selección de los grupos de alimentos que se colocan en casa, como elemento fundamental de la prevención de enfermedades.

Se debe recordar que las familias integran las comunidades y es ahí donde la figura de los profesionales de salud se debería potencializar en un trabajo sinérgico que permita la verdadera promoción de salud.

## **2.2.- Estilo parental y conducta alimentaria**

El contexto mundial por COVID-19 visibilizó la grave situación de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y su mayor probabilidad de muerte frente al virus (2). En consecuencia, se analiza en varios espacios las acciones preventivas que deberían alcanzarse de manera más eficiente en toda la comunidad y en el área nutricional todo apunta a la existencia de una estrecha relación entre los hábitos alimentarios adquiridos en la infancia y el riesgo para desarrollar enfermedades a lo largo de la vida.

Las preguntas son: ¿Se pueden prevenir enfermedades?, ¿El núcleo familiar en verdad puede ejercer semejante encargo de la ciencia?, ¿Las emociones se relacionan con la alimentación?, en este sentido, más de una respuesta es afirmativa.

La decisión de tener un hijo o hija, es sin duda un aspecto trascendental en la vida de cualquier ser humano. Aunque suene trillado, se debe mencionar que la llegada de un hijo cambia radicalmente los espacios en la pareja, desde el desvelo para su cuidado, la responsabilidad frente a sus necesidades, la inquietud sobre su desarrollo o su simple ganancia de peso representa múltiples inquietudes. Sin embargo, no es menos cierto que todas estas preocupaciones se minimizan frente al amor infinito por ese pequeño ser y se espera que desde la capacidad de padres se pueda aportar a su formación, que permita su consolidación como ser humano capaz de decidir de manera acertada sobre los aspectos más valiosos de la vida que a la postre genere un hijo feliz.

Desde el ámbito de la salud, las acciones que se llevan a cabo en el primer nivel de atención han demostrado que no todas las patologías están originadas por fallas orgánicas, pues algunas pueden estar relacionadas con crisis familiares. Al observar los motivos de consulta en la práctica profesional se advierte un incremento en los casos de inapetencia infantil, que generan ciertas alteraciones en el estado nutricional y modifican la funcionalidad de la familia.

La variación en el comportamiento infantil genera preocupación en el entorno familiar y ahora con la grave crisis dejada por la COVID-19 se han presentado varias reacciones de conductas inapropiadas que deben ser abordadas por los profesionales, en función de que no toda inapetencia se relaciona solamente con los alimentos.

Por tanto, se debe diferenciar cuando realmente existe un problema patológico que merece ser tratado, dando prioridad a (3):

- Niños que no comen suficiente o muestran poco interés en la alimentación.
- Niños que solo aceptan una dieta limitada (Alimentación altamente selectiva)
- Niños en quienes el rechazo a la comida existe en relación a una experiencia traumática.
- Niños con problemas digestivos.
- Pérdida significativa de peso o enlentecimiento del crecimiento

Con estos antecedentes de priorización, se aborda la conducta alimentaria y la parentalidad. Al hablar de conducta, los expertos delimitan a “la manera en la que nos comportamos frente a” y en consecuencia al hablar de la alimentaria corresponde a “la forma en la que nos comportamos frente a los alimentos” (3). Pero esta práctica tiene una connotación para la vida, está relacionada con las costumbres de alimentación, la forma de seleccionar los alimentos, la manera de prepararlos, las cantidades ingeridas. Todo esto está ligado al estado de salud y la prevención de enfermedades crónicas.

El desarrollo de la conducta alimentaria implica un complicado proceso donde se encuentran inmersos aspectos fisiológicos del niño, que se encargan de la regulación de la ingesta de alimentos, del crecimiento y del peso corporal. También se ven involucrados ciertos elementos psicológicos, culturales y sociales del niño, de los padres y de la familia. Una inadecuada conducta alimentaria produce frecuentemente alteraciones en los primeros años

de vida como son: “el retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar” (3).

Los hábitos de alimentación se vinculan directamente con un concepto de gran dimensión como el apego que es la relación emocional que se forma en los primeros meses de vida, con mayor tendencia hacia la figura materna (4). El apego termina siendo un factor preponderante para la adquisición de conductas alimentarias y de un normal desarrollo posterior. Lobo et. al (5) en un estudio longitudinal concluyó que: “los niños con fracaso del desarrollo tenían contactos menos frecuentes y menos positivos con sus madres”. Por ello que es fundamental indagar si en la madre hay trastornos serios de personalidad (depresiones, problemas de conducta alimentaria, personalidades caóticas) o trastornos familiares (violencia intrafamiliar, dificultades conyugales).

El aprendizaje del niño en cuanto a la alimentación depende de su madre, que lo alimenta según sus creencias, costumbres, valores y representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Entonces, es vital que los programas de educación para la salud se enfoquen en realizar esta explicación, lo cual generará una asesoría eficiente sobre las decisiones a futuro que tomarán las madres para la ejecución de acciones preventivas que minimicen en lo posterior el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas a la dieta (3).

Por otra parte, se debería analizar las referencias que establecen que las madres con desordenes del comportamiento alimentario pueden ser particularmente controladoras con sus hijos (6). Es posible que esta situación condicione además la salud del niño o niña y sean otras las patologías alimentarias que se empiecen a presentar.

Bion et. al (7) encontraron diferencias en una muestra de preescolares con trastornos alimentarios orgánicos versus aquellos con fallas no orgánicas. Los aspectos psicosociales como la angustia emocional y el estatus social de los padres, tuvieron un mayor grado de repercusión en los niños que presentaron falla del crecimiento por disfunciones orgánicas en comparación con los niños que tenían trastornos alimentarios con falla del crecimiento no orgánica.

Concretamente, el punto de análisis que se desea aclarar en este capítulo es la influencia de la parentalidad sobre la conducta alimentaria. Resulta vital que se comprenda que la *“Condición de padre/madre, así como el desempeño del rol que implica”* (4), corresponde al concepto en discusión.

Así el ejercicio de la parentalidad incide sobre la manera en la que un niño o niña se comporta frente a los alimentos, desde esta visión se podrá entender que la preferencia o rechazo hacia un alimento o grupo no siempre está ligado a un factor biológico. Durante los 5 primeros años de vida, los seres humanos pueden aprender cosas nuevas e incluso desaprenderlas e iniciar de nuevo, así se podrá generar un hábito, luego de esta etapa únicamente se genera una réplica de lo aprendido.

González (8) manifiesta que existen varias señales orgánicas que controlan los momentos de inicio en la ingesta alimenticia. Estas señales son básicamente de tipo digestivo relacionadas al vaciamiento gástrico e intestinal, acompañadas de señales sensoriales visuales, olfatorias, gustativas, táctiles y metabólicas. Es función de los centros hipotalámicos integrar las señales mencionadas con una alta contribución de péptidos y neurotransmisores. La regulación de la ingesta alimentaria tiene que ver con el control del peso corporal, por tanto, algunas señales

provenientes de las reservas corporales se integran con las señales que regulan la ingesta de alimentos para mantener un peso adecuado, “con fluctuaciones estrechas o con un aumento estable y controlado cuando se trata de un niño”.

Todo esto permite inferir que un proceso clave en el cuidado de la salud infantil y su estado emocional se relaciona con la alimentación complementaria. El esfuerzo de la consejería en esta etapa busca la reflexión de la familia para hacerlo de manera ordenada y de acuerdo a la evidencia científica.

Trabajar entonces en la memoria alimentaria, podría significar una importante estrategia que mejore la adhesión hacia los alimentos saludables y todos coinciden que la mejor forma de hacerlo es a través de la lactancia materna. Ahí se destaca otro beneficio que tal vez no ha sido analizado.

La literatura destaca que el sentido del gusto tiene una participación significativa en la modulación del apetito y de la saciedad, por este motivo se conoce la inclinación de los humanos por lo dulce o salado y mientras más se tarde en introducir estos sabores en la dieta, mejores resultados se tendrán (9).

Las categorías y conceptos de alimentación infantil suponen una transmisión cultural por vía femenina, donde la madre alimenta al niño/a según lo enmarcado en sus valores, creencias, costumbres, símbolos. “Por ejemplo las representaciones que tiene ella sobre el cuerpo ideal del hijo pueden corresponder a la de un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción, las porciones de alimentos tenderán a ser mayores que las recomendables y exigirá al hijo que deje el plato vacío” (8).



Este rol de desempeño como padre o madre está fuertemente ligado a la disponibilidad económica, sin los recursos no se podrían adquirir alimentos procesados, mismos que no aportan los beneficios nutricionales que se pretende ni tampoco cubren los requerimientos nutricionales.

Lamentablemente se puede observar que existe un descontrolado proceso de publicidad en alimentos para niños, que hacen un trabajo silencioso. Frente a la presión social, por la petición del niño, los padres pueden acceder a complacerlos y es ahí cuando se genera el aprendizaje no adecuado.

En estrato socioeconómico al que pertenece el niño es un elemento influyente en la conducta alimentaria. Aguirre (10) en su estudio antropológico realizado en Buenos Aires, destaca que: “cada estrato establece modos de alimentarse claramente identificatorios del grupo al que pertenece, aunque con múltiples interacciones entre estratos. Por ejemplo, al niño proveniente de un estrato pobre se le inculca desde pequeño la ingestión de alimentos baratos, tales como el pan y las pastas; en los estratos con mayores ingresos se incorpora crecientemente la necesidad que los alimentos ingeridos sean sanos y favorezcan una figura corporal más estilizada”.

Lo expuesto anteriormente denota la percepción que tienen los estratos más pobres cuando normalizan en un niño la tendencia a la obesidad, incluso “la madre es valorada positivamente en la medida que cría un hijo con sobrepeso”. Esto ha llevado a creer a las madres que las porciones y tipos de alimentos deben tener cantidades abundantes, que los niños deben vaciar el plato antes de completar el horario de alimentación, o que a los biberones se los debe completar con cereales y azúcar.

Nuevamente, se destaca la responsabilidad de la madre en la incorporar del niño a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia. Sin embargo, en las familias extendidas (sobre todo monoparentales), se incluye por diversas situaciones a otras figuras de apoyo como la abuela. “En ambientes socioeconómicos medios o altos aumenta la frecuencia de trabajo de la madre fuera del hogar en una familia de tipo nuclear, por lo que el desarrollo de la conducta alimentaria pasa a ser compartida con una asesora del hogar o con un jardín infantil” (7).

Por otra parte, no comer de forma adecuada conlleva a un déficit en el aumento de peso o peor aún a una pérdida significativa del mismo. Esto se debe a que ciertos niños tienen trastornos de alimentación relacionados a dietas extremadamente limitadas que inciden negativamente en su desarrollo físico y psicosocial (1). Se estima que los trastornos de alimentación en niños están presentes en el 20% a 80% a nivel mundial, teniendo una mayor prevalencia en niños con problemas en el ambiente familiar, asociándose además con alteraciones en el desarrollo (11).

Para De la Fuente et. al (9), en un estudio publicado en 2020 sobre los rasgos del apetito en niños de 6 a 12 años, solamente entre el 25% al 45% de los niños con inapetencia o cualquier otro problema de alimentación tienen un desarrollo normal, aunque, hasta el 80% de estos experimentarán un retraso. “La etiología del rechazo alimentario, en la mayoría de las veces se correlaciona con etapas de crecimiento, así como la influencia de los padres en el cumplimiento del ritual de la alimentación”.

Lozada (6) propone que: “los trastornos de alimentación deben ser definidos como un trastorno de las relaciones entre los padres y el niño”. Esta teoría se basa en el seguimiento

realizado a niños en su proceso de alimentación, donde se ha demostrado que la interacción y democracia de los padres a la hora de la alimentación generalmente culminan con una buena adaptación al proceso de alimentación del niño, en cambio, “si los padres son excesivamente rígidos (...), hay una ausencia de comprensión apropiada y adecuada sobre los alimentos, no exponen al niño a una serie de alimentos o no tienen habilidades en resolución de problemas; esto influye en el desarrollo de un niño, en los patrones de alimentación y en general en su habilidades psicosociales”.

Todavía no está claro el papel terapéutico en el manejo del rechazo a la alimentación. Se recomienda a los padres no premiar a los niños para que consuman la comida, aunque este refuerzo positivo es el componente más aceptado en estudios de intervención (12).

Es evidente la preocupación que los padres o cuidadores sienten cuando se identifican retrasos en el crecimiento que adicionalmente se asocian con conflictos en la alimentación. En la valoración del niño sano, Barnard y Eyres (13) han propuesto un modelo ecológico de evaluación que explica la adquisición de trastornos en el desarrollo cuando “los padres y los niños están en interacción recíproca”, concluyendo que: “la alteración de una de las partes afecta inevitablemente a la otra”.

Analizando la crítica situación del Ecuador, respecto de la desnutrición crónica, descrita en el capítulo 1, corresponde puntualizar que no todos los casos de retraso en el crecimiento se asocian al consumo alimentario, existiendo otros factores como la talla baja familiar y el retraso constitucional.

En estos casos es preciso evaluar la anamnesis para profundizar aspectos como: los antecedentes gestacionales, el parto y postparto, la curva de crecimiento, la talla de los padres, entre otros. Por ejemplo, en la talla baja familiar puede haber antecedentes genéticos, donde la velocidad de crecimiento suele disminuir entre los 12 y 36 meses, a diferencia del retraso constitucional que ve acentuada esta disminución de la velocidad de crecimiento, en la etapa adolescente (14).

Una vez que estas causas han sido descartadas, se debe indagar en la posibilidad de la existencia de causas orgánicas como el reflujo gastroesofágico, enfermedad celíaca, enfermedades metabólicas, entre muchas otras. Finalmente, un análisis especial debe referirse a ciertas puntualizaciones de la nutrición infantil, que tienen un manejo más exigente.

Ciertas deficiencias de micronutrientes tienen asociación con la falta de apetito y para su abordaje es necesario la conceptualización y diferenciación entre los términos apetito, hambre y saciedad. Rico Hernández et. al (15), define al apetito como “un deseo psíquico o emocional de ingerir un alimento específico y puede o no ir acompañado de la necesidad urgente de comer, está relacionado con sensaciones placenteras de comer”. El concepto propuesto de hambre “es el ansia por la obtención del alimento, es la necesidad física de comer y va acompañada de sensaciones como dolor de estómago o epigastralgia”. En tanto, que la saciedad es definida como “la sensación de plenitud que se acompaña en la satisfacción de haber suprimido el hambre”.

Desde esta perspectiva, las alteraciones químio sensoriales pueden conllevar a la reducción de la alimentación en las personas. En el caso del zinc, este se ha visto asociado fuertemente

con alteraciones de gusto y olfato, por ello resalta trascendental verificar que el aporte de nutrientes sea suficiente (15).

Los niños con falla del crecimiento y que además tienen trastorno del apetito, comúnmente derivan en un compromiso nutricional leve que muchos niños mejoran con intervenciones de dieta (11). Por su parte, en los niños menores de dos años la falla del crecimiento se asoció a menor consumo de alimentos en cantidad y variedad, a patrones más inmaduros de alimentación, al destete tardío y al poco interés en los alimentos nutritivos (16).

Otro aspecto relacionado a las alteraciones del apetito tiene que ver con el tratamiento que reciben los niños que padecen de alguna neoplasia (17). Adicionalmente, la infección por VIH se asociada con un riesgo muy alto de desnutrición a consecuencia de la disminución en ingreso alimentario por falta de apetito (18).

### **2.2.1.- ¿Padres permisivos generan niños de comportamiento alimentario rebelde?**

Durante los años de ejercicio profesional, se ha podido observar que la alimentación infantil genera problemas de pareja, cuando no se maneja de manera apropiada. La falta de tiempo derivado de múltiples actividades laborales, el número de niños en casa, o la situación emocional de los cuidadores, puede causar que cada vez que haya que alimentar al niño/a, se asocie con un momento de tensión.

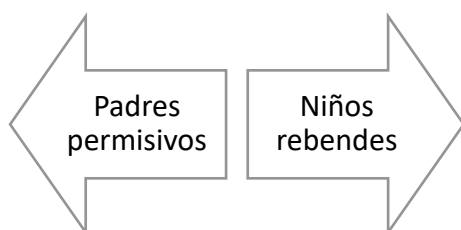
Si se reflexiona sobre la escena de un niño/a que no para de llorar y que avienta la comida cada vez que se intenta la consuma o simplemente se niega a ingerir los alimentos preparados, y la situación se repite 5 veces por día, entonces sólo ahí se podrá reconocer la existencia de

una compleja situación que requiere de la intervención de profesionales que orienten el proceso y el compromiso de padres y cuidadores para revertir y mejorar la situación.

Al hablar de padres permisivos, se describe a aquellos que permiten absolutamente todo comportamiento y exigencia de los niños, esta posición genera como respuesta niños rebeldes, con total decisión sobre lo que comen, la cantidad que comen y sobre todo cuándo comen.

El rechazo a la alimentación en los niños se identifica el momento que evitan comer a toda costa, retrasando este proceso utilizando conductas como el llanto, berrinches, hablar excesivamente, tirar la comida y/o la negociación. Del otro lado los padres o cuidadores, en respuesta de tales comportamientos incluyen ruegos, súplicas o gritos para inducir a los niños a comer o peor aún, cuando se recurre al chantaje a cambio de confites altos en calorías vacías, todo con el fin de que el niño coma. Este tipo de métodos no tienen el éxito esperado porque lejos están de reducir comportamientos inadecuados del niño al momento de comer (6). La figura 2 muestra de forma gráfica la conclusión a la que se llega cuando se trata de padres permisivos.

**Figura 2.** Divergencia del comportamiento alimentario del niño en padres agresivos



**Fuente:** Autor

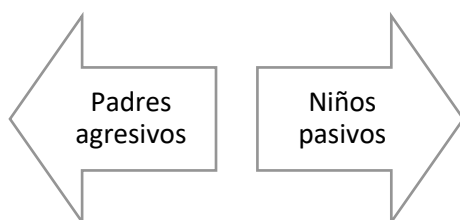
### 2.2.2.- ¿Padres agresivos generan niños de comportamiento alimentario pasivos?

Una verdad absoluta es que el niño **NO** debe ser castigado de manera física, ni psicológica y menos ser obligado a comer alimentos que no le gusten. Lamentablemente, el manejo inadecuado de las emociones en los adultos puede generar hechos de violencia. En esta realidad, se observa a padres que obligan a comer a los niños, todo lo que se les ofrece, y si el niño/a se llega a negar entonces es agredido de manera física o verbal, generando más violencia si el pequeño continúa negándose.

El agresor justifica su comportamiento en relación a evitar desperdicio de alimentos, desconociendo que la violencia puede llegar a ser naturalizada y entonces lo que al inicio funcionaba luego no es efectivo. Y un efecto adicional que no se analiza es la enseñanza al niño, que más tarde replicará la violencia con los compañeros de su unidad educativa y se tenga que atender un caso de bullying o acoso escolar.

Por otra parte, hay un riesgo importante que se debe evitar y corresponde a la eliminación de la barrera de saciedad, las personas consumen lo que es capaz de saciarlo, y generar una presión podría llevar a comer más de lo que se requiere, modificando a su vez el estado nutricional (6). La figura 3 indica la direccionalidad entre los padres agresivos y sus hijos.

**Figura 3.** Divergencia del comportamiento alimentario del niño con padres agresivos

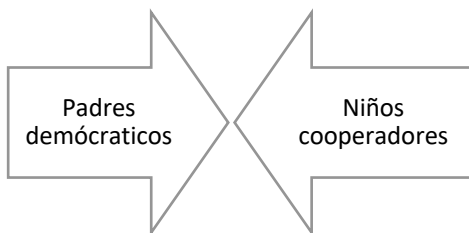


**Fuente:** autor

### 2.2.3.- ¿Padres democráticos generan niños de comportamiento alimentario cooperativo?

En este estilo de parentalidad se observa la posición de decisión del padre o cuidador, pero acompañada de una explicación y conceso de la selección de los alimentos, donde el niño/a aprende de su padre o madre, reconoce que los alimentos que se colocan en la mesa son los que generan un aporte nutricional y contribuyen a la protección de la salud (1). Ejercer de manera responsable el rol de padre respecto de los alimentos que consumen los hijos, será un regalo útil para toda la vida y así se demuestra una acción concreta en la prevención de enfermedades. La figura 4 explica la direccionalidad convergente de los padres democráticos frente a la conducta alimentaria de sus hijos.

**Figura 4.** Convergencia del comportamiento alimentario del niño con padres democráticos



**Fuente:** autor

En conclusión, los distintos estilos parentales generan tres efectos en la conducta alimentaria de los niños y en el marco de la razón siempre se debería aplicar el democrático. Sin embargo, la situación actual genera una profunda preocupación, respecto de los padres y madres de familia que se han separado y comparten la tenencia de los hijos, decidiendo estilos



diferentes, que ocasionan una gran confusión y por lo tanto la búsqueda de la solución con asesoramiento profesional es más compleja y de mayor duración.

La verdad es que retomando el espacio de unión que logran los alimentos y al que se hacía referencia en líneas anteriores, las familias deberían disfrutar el momento, nutrir el cuerpo y recordar que ahí en esa mesa, se graban las más valiosas conversaciones.

### **2.3.- Recomendaciones nutricionales para preescolares**

La selección adecuada de los diferentes grupos de alimentos en la etapa de preescolares, posee un sinnúmero de beneficios, desde el aporte nutricional de acuerdo a los requerimientos, la fijación de hábitos saludables a futuro, el control de peso y la ganancia correcta de talla.

Es evidente que en más de una ocasión la falta de conocimiento hace que se proceda de manera inapropiada sobre el cuidado nutricional de los hijos y en ese contexto se comparten varias recomendaciones para fortalecer el trabajo en casa.

Una situación que merece un especial énfasis, es el trabajo educativo que se debe realizar en las consultas pediátricas y de nutrición infantil, para orientar a los padres o cuidadores sobre las características fisiológicas de la edad que deben ajustarse en tamaño de porciones para la ingesta reconociendo la diferencia con la condición de los adultos.

En Ecuador, las “Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA)” establecen que (19):

- No existe un solo alimento que contenga todos los nutrientes que puedan cubrir las necesidades de un individuo, se requiere una selección equilibrada.

- El preescolar debe tener cinco tiempos de comida, desayuno, refrigerio de media mañana y tarde, almuerzo y merienda.
- Los padres o cuidadores deben identificar que el desayuno es el tiempo de comida más importante, rompe el ayuno y además evita un consumo abundante en el refrigerio de media mañana.
- Los horarios en los hogares serán flexibles a fin de mantener la unión familiar en los diferentes tiempos de comida.
- Es mejor buscar diferentes variedades de preparación y combinaciones, cambiando su sabor y presentación para lograr que sean aceptados con gusto.
- Se debe mantener el hábito de consumo de vegetales y frutas, en distintas preparaciones.
- Los niños entre dos y cinco años deben recibir alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico, con frecuencia de consumo diario para motivar su crecimiento y desarrollo.
- El desarrollo cognitivo y psicomotriz está directamente relacionado con ciertos nutrientes: Hierro y ácidos grasos omega 3.
- La desaceleración del ritmo de crecimiento es propia de cierta edad y como consecuencia se presentan variaciones en la ingesta y no representan problema, siempre y cuando el niño este sano, activo y crezca de manera adecuada

### **2.3.1.- Requerimientos nutricionales**

Para comprender en el contexto real del manejo nutricional, se tiene lo descrito en las GABA, Ecuador (19) respecto al requerimiento energético de un niño en edad preescolar, que

corresponderá al cálculo sencillo de 1000kcal + 100kcal (año), así un niño de 4 años, deberá consumir 1400kcal/día.

Por su puesto que no solamente se trata de cubrir el requerimiento con alimentos que aporten nutrientes, sino se debe alcanzar un equilibrio con la distribución de 55% de calorías que provengan de fuentes de hidratos de carbono, 15% de calorías de fuentes proteicas y 30% de calorías de los lípidos. Se sugiere considerar una distribución calórica por tiempo de comida, de acuerdo a la siguiente tabla:

**Tabla 1.** Aporte calórico de cada comida

<b>Tiempo de comida</b>	<b>Porcentaje de aporte</b>
Desayuno	25%
Refrigerio de media mañana	10%
Almuerzo	35%
Refrigerio de media tarde	10%
Merienda	20%

**Fuente:** Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, Ecuador 2021 (19)

Entre los alimentos que aportan hidratos de carbono complejos y que se propone se ofrezca a los preescolares están: arroz, quinua, avena, centeno y maíz. Las fuentes de proteínas sugeridas son: leche, carne, huevos o las mezclas de cereales con leguminosas. En relación a los lípidos, la recomendación es el consumo de: aceite de oliva, frutos secos y la carne de pescado. También está recomendado el consumo diario para frutas y vegetales, como fuente de vitaminas y minerales.

## **2.4.- Funcionalidad familiar y malnutrición infantil**

Una temática que merece ser reflexionada, con padres y cuidadores corresponde a la funcionalidad de la familia y la malnutrición infantil.

La niñez corresponde al período conocido como “dependencia constituida en características biológicas y psíquicas que impiden comportarse como adultos”, atribuyendo a los padres en esta etapa la responsabilidad del sustento y supervivencia de los hijos (20).

En la familia se pueden observar a la vez factores de riesgo y factores de protección hacia los niños/as. Los factores de riesgo son las características individuales internas y/o externas que aumentan la probabilidad o predisposición de que se produzca un evento. Los factores de protección se refieren a características del individuo destinadas a evitar o mitigar el efecto de las alteraciones que se presentan en la salud.

Es evidente entonces, que dentro del entorno familiar se conjuga una serie de acontecimientos que determinan el desarrollo de sus integrantes. Tal es el caso de la mayoría de niños que crecen en un ambiente socioeconómico y afectivo favorable, que tienen altas posibilidades de tener un buen estado de salud. Sin embargo, la disfuncionalidad familiar ocasiona cambios con difíciles implicaciones para todos los miembros de la familia, para los que abandonan el hogar como para los que permanecen juntos.

La convivencia conflictiva en el seno familiar podría favorecer el desarrollo de malnutrición como mecanismo compensatorio. En los estudios analizados no hay consenso, por cuanto unos señalan que las familias conflictivas tienen mayor riesgo a desarrollar enfermedades nutricionales, y otros indican que no hay asociación entre los dos.

Si se relaciona entonces la funcionalidad familiar con el estado nutricional, podría demostrarse otra causa de esta patología, que a su vez permitiría la orientación de nuevos programas educativos que coadyuven a la prevención de la malnutrición infantil.

La cierto es que la pérdida de vínculos afectivos familiares, incrementa las probabilidades de que los niños no reciban el mismo cuidado ni tampoco tengan la protección adecuada para evitar la exposición a los factores analizados.

### Referencias Bibliográficas

1. Morales Villares M, Galeano Segovia M. Alimentación del niño preescolar, escolar y adolescente. *Pediatría integral*. 2015; 19(4).
2. Serra Valdés MA. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Rev. Finlay [Internet]*. 2021 [citado 25 febrero de 2022];10( 2 ):78-88 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342020000200078](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000200078).
3. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev. chil. nutr. [Internet]*. 2002 [citado 25 febrero de 2022]; 29( 3 ):280-285. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182002000300002#:~:text=El%20desarrollo%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20es%20un%20proceso%20complejo,adem%C3%A1s%20componentes%20culturales%20y%20sociales](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002#:~:text=El%20desarrollo%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20es%20un%20proceso%20complejo,adem%C3%A1s%20componentes%20culturales%20y%20sociales).
4. Díaz Atienza J. Foro de la Infancia y adolescencia. In *Vínculo, parentalidad y psicopatología en la infancia*; 2018; Almería. p. 25.
5. Lobo ML, Barnard KE, Coombs JB. Failure to thrive: a parent-infant interaction perspective. *Pediatr Nurs [Internet]*; 1992 [citado 25 febrero de 2022]; 7(4):251-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1507060/>.
6. Losada AV. Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales. *Revista Perspectivas Metodológicas*. 2018; 18(21).
7. Bion A, Cascales T, Dubedout S, Bodeau N, Olives JP, Raynaud JP. Early restrictive feeding disorders: Quantitative assessment of parent/infant feeding interactions. *Encephale [Internet]*; 2018 [citado 25 febrero 2022]; 44(1):32-39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27742391/>.

8. González-Jiménez E., Schmidt Río-Valle J. Regulación de la ingesta alimentaria y del balance energético: factores y mecanismos implicados. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2012 [citado 25 febrero de 2022]; 27( 6 ): 1850-1859. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000600009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600009)
9. De la Fuente-Reynoso A, Romero-Velarde E., Hunot-Alexander CE., Vásquez-Garibay EM., Mariscal-Rizo AG. Rasgos del apetito en niños de 6 a 12 años: asociación con la obesidad y diferencias por sexo. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [Internet]. 2020 [citado 25 febrero 2022]; 77( 2 ): 83-89. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462020000200083](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462020000200083)
10. Aguirre P., Lesser R. Creer para ver: perspectivas teóricas y metodológicas sobre estrategias de consumo de las familias pobres. *Cuadernos médicos sociales.* 1993; 45(5).
11. Portela de Santana ML., Da Costa Ribeiro JH., Mora Giral M., Raich MA. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2012 [citado 25 febrero de 2022]; 27( 2 ): 391-401. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008)
12. Ortiz H, Barragán A. Inapetencia infantil. *Gastrohnutp* [Internet]; 2012 [citado 25 febrero de 2022]; 14(1): S35+. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA420436249&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01243691&p=IFME&sw=w&userGroupName=anon%7E394dc936>.
13. Eyres S. Asistencia del niño en el primer año de vida. *Educación y Salud pública.* 1979; 23(4).
14. Cassorla F., Gaete X., Román R. Talla baja en pediatría. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2000 [citado 25 febrero de 2022]; 71(3): 223-227. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000300009](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300009)
15. Rico Hernández MA, Calvo Viñuela I, Gómez E, Díaz Gómez J. La malnutrición como causa y consecuencia de distorsiones sensoriales. *Nutrición Hospitalaria Suplementos.* 2011; 4(2): 25-30.
16. Wright C, Loughridge J, Moore G. Failure to thrive in a population context: two contrasting studies of feeding and nutritional status. *Proceedings of the Nutrition Society.* Cambridge University Press; 2000;59(1):37-45.
17. Huerta Aragonés J., Mata Fernández C. Seguimiento en Atención Primaria del niño oncológico. Cómo detectar las secuelas tardías. *Pediatría Integral.* 2021; 15(7): 372-385.
18. Benítez CV., Meléndez LadinoL. Nutrición e Infección por VIH/Sida en niños. *Gastrohnutp.* 2010; 12(2): 84-87.

19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para facilitadores de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) del Ecuador [Internet]. FAO. Quito: FAO; 2021 [citado 20 de marzo de 2022]. 85 p. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GABAS\\_Guias\\_Alimentarias\\_Ecuador\\_2018.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GABAS_Guias_Alimentarias_Ecuador_2018.pdf).

20. Caja de Compensación Familiar de Quindío. Huérfanos de padres vivos. Así somos. 2009; 59(2).

# **CAPÍTULO III**

## **Prevención de enfermedades infantiles a través de la alimentación**

Xavier Yambay Bautista<sup>1,2,3</sup>  
Nancy Cordero Zumba<sup>1</sup>  
Diana Méndez Pedroza<sup>4</sup>

1. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería
2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Medicina
3. Médico investigador - Grupo Health & Behavior (HBr)
4. Magíster Gestión del Riesgo de Desastres – Universidad Andina Simón Bolívar





### 3.1.- Introducción

“Que la comida sea tu alimento y el alimento, tu medicina”. Hipócrates

Nada más cierto que la sentencia que antecede, no obstante, las estadísticas actuales proyectan una alarmante situación epidemiológica en torno a los indicadores nutricionales a nivel mundial, sobre todo en niños. El Ecuador no está exento a esta cruda realidad, donde el rol de la alimentación no solamente debe estar abocado a su función biológica esencial, sino también a cumplir con una función social primaria, que debe procurar la búsqueda de alimentos cada vez más saludables para prevenir enfermedades.

En cierto sentido, los hábitos alimenticios son construidos por el mundo adulto y desde esta perspectiva existe el llamamiento desesperado de forjar modelos de alimentación saludables desde la base de la sociedad que es la familia, para formar futuros adultos sanos, aunque resulte tedioso para los padres hacerle frente a la negativa de los niños a la hora de consumir productos sanos.

Lo mencionado anteriormente, nos lleva a considerar las ingestas dietéticas de referencia (IDR), pues el consumo diario de cantidades mínimas de nutrientes garantizará un buen estado nutricional de los individuos, por ello se debe hacer énfasis en la promoción de las “Guías Alimentarias Basadas en Alimentos” que dispone cada país para brindar consejería acerca de las pautas alimenticias a seguir en la población.

En los últimos años se ha demostrado hasta la saciedad que la malnutrición por exceso en la población infantil ha incrementado sobre manera, obedeciendo esta carga a estructuras como: la presencia de obesidad en el núcleo familiar, la obesidad materna durante la gestación, el

peso al nacer, la lactancia materna, la falta de actividad física, el consumo indiscriminado de alimentos malsanos, entre otros.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de la alimentación constituyen el camino a seguir y en este sentido, el desarrollo de políticas públicas que mitiguen las malas prácticas alimenticias de la población, pueden ser una luz al final del túnel, como es el caso del etiquetado o semaforización en los productos de consumo humano.

Este capítulo aborda la problemática planteada con el fin de concientizar a las personas sobre pautas de alimentación saludable que coadyuven a la prevención de enfermedades, principalmente en la población pediátrica que siempre serán los más vulnerables.

### **3.2.- La familia como núcleo en la alimentación saludable**

La familia es concebida como el núcleo de la sociedad y por tanto ejerce influencia en los hábitos alimenticios de una población determinada. Construir un modelo de alimentación saludable implica generar acciones integrales que combine factores personales, familiares y sociales, sin dejar de lado los factores genéticos y psicológicos (1,2).

Las familias al ser agentes de formación juegan un papel fundamental en la alimentación saludable, pues múltiples son los mensajes sobre la salud que invaden el núcleo familiar, es por ello que en algunos países se han implementado políticas públicas que incentivan la práctica de “comer en familia” porque generan un aumento en el bienestar de los distintos miembros de la familia al hacer posible el compartir de experiencias, lo cual a su vez se convierte en el momento ideal para crear y transferir hábitos alimenticios saludables, sobre todo a los niños (2–4).

La comida en familia debe incluir una planificación adecuada de lo que se debe consumir, procurando la variedad de alimentos, fundamentalmente de origen vegetal, como frutas y hortalizas, legumbres, frutos secos o derivados de los cereales como el pan, la pasta o el arroz. Se recomienda también crear ambientes relajados y sin discusiones durante las comidas (4), recordando lo abordado en el capítulo 2, donde se señala que: Padres permisivos generan niños de comportamiento alimentario rebelde; padres agresivos generan niños de comportamiento alimentario pasivo; y, padres democráticos generan niños de comportamiento alimentario cooperativo.

Es responsabilidad de padres y madres brindar a los hijos una mejor alimentación y motivarlos a llevar estilos de vida saludable que ayuden prevenir la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. Por ello, disponer de información oportuna permitirá a las familias educarse en temas de alimentación y nutrición, ya que es en el hogar donde se aprenden patrones de conducta alimentaria (5).

Es importante mencionar que a pesar del rol destacado que desempeña la familia en los hábitos de alimentación, se requiere la intervención de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) para la construcción de un modelo de alimentación saludable global validado científicamente, que permita establecer referencias de ingestas, recomendaciones nutricionales, indicadores de salud, patrones de crecimiento, entre otros. En este contexto, en el año de 1995 estos organismos propusieron la creación de Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) como herramientas para trabajar la alimentación y la nutrición en la población (2).

### **3.3.- Ingestas dietéticas de referencia para niños**

Desde la aparición de ciertos axiomas referentes a la influencia de los factores nutricionales en la salud de la población, la comunidad científica ha establecido a través del tiempo una serie de recomendaciones para garantizar un estado nutricional adecuado, basado en la ingesta diaria de cantidades mínimas de nutrientes, enfocándose no sólo en el déficit de nutrientes, sino también en la prevención de enfermedades crónicas y degenerativas. A este grupo de recomendaciones se les denominó ingestas dietéticas de referencia (IDR) o Recommended Dietary Allowances (RDA) o Recommended Nutritional Intakes (RNI) dependiendo del país donde se implementaron (6,7).

Para Cuervo et. al (8):

“Los valores de referencia son un conjunto de conceptos que ayudan a los profesionales de la salud a comparar la dieta actual de la población con unos patrones previamente establecidos (...) Tener un conocimiento más profundo y real de la diferencia que existe entre dichos patrones y la ingesta de la población, facilita el diseño de políticas nutricionales adecuadas que proporcionen resultados más fructíferos que disminuyan los gastos económicos de la Administración Sanitaria”.

Es importante mencionar que las ingestas de referencia difieren en cada país según el grupo poblacional, tipo de nutrientes incluidos y la metodología empleada, aunque casi todos coinciden al definir los términos más importantes (8). Esto sirve a las autoridades de salud para plantear los objetivos nutricionales en cada territorio y formular las GABA, que son

utilizadas para brindar consejería acerca de las pautas alimenticias que debería seguir la población (7).

Las IDR están constituidas por cuatro categorías o estándares que se utilizan para evaluar y planificar las dietas de individuos sanos (7,9). Se pone a consideración los conceptos de los parámetros de las IDR:

**3.3.1. Requerimiento medio estimado (EAR):** consiste en la cantidad diaria estimada de un nutriente que satisfaga las necesidades del 50% de los individuos, en función de su etapa biológica, sexo, estado fisiológico, nivel de actividad física, entre otros (7,9,10).

**3.3.2. Ingesta dietética recomendada (RDA):** nivel de ingesta nutricional diaria que cubre las necesidades de un 97% a un 98% de los sujetos sanos de acuerdo a las variables edad y sexo (7,9,10).

**3.3.3. Ingesta adecuada (AI):** cantidad diaria recomendada de un nutriente cuando no hay suficiente evidencia científica para estimar el requerimiento medio estimado. Estos valores deben ser considerados como un valor provisional, previo al cálculo de la ingesta dietética recomendada (7,9,10).

**3.3.4. Nivel superior de ingesta tolerable (UL):** representa la ingesta máxima diaria de un nutriente que probablemente no tenga riesgo para la salud de las personas de un grupo particular (7,9,10).

Además de las definiciones anteriores, han surgido otros conceptos tales como:

**3.3.5. Ingesta segura recomendada:** cantidad de ingesta recomendada para evitar la aparición de posibles signos clínicos de deficiencia, aunque no es adecuada en caso de infección prolongada (6).

**3.3.6. Requerimiento nutricional:** cantidad mínima de energía, proteínas, carbohidratos, lípidos, agua, vitaminas y oligoelementos importantes para el funcionamiento normal del organismo. Los requerimientos nutricionales varían en función de cada individuo, de acuerdo a su edad, género, complejión, estado fisiopatológico y actividad física (6).

Las IDR se fundamentan principalmente en la edad de los sujetos y generalmente a partir de los 10 años se considera también el sexo de los individuos. Además, las IDR incluyen recomendaciones para el embarazo y la lactancia (6). Algunos organismos internacionales y sociedades científicas, sobre todo de países europeos y norteamericanos, han editado sus propios valores de referencia para la ingesta recomendada de nutrientes.

En lactantes, las recomendaciones FAO/OMS se establecen en intervalos de acuerdo a la edad: primeros seis meses y de siete a once meses. Los cálculos de necesidades diarias, se realizan en función de la cantidad de nutrientes ingeridos a través de lactancia materna provista por madres sanas con nutrición adecuada, tomando en cuenta que algunos nutrientes como el calcio y el hierro, son mejor absorbidos con la leche materna (6).

Para los niños, las IDR de la FAO/OMS, se consolidan en tres etapas sin distinción del sexo: 1 a 3 años, 4 a 6 años y 7 a 9 años, mientras que a partir de los 10 años las IDR hacen diferencia entre hombres y mujeres (6). En las tablas 2 y 3, se presenta las IDR propuestas por la FAO/OMS para lactantes y niños, basado en:

- Macronutrientes: proteínas y aminoácidos.
- Minerales: calcio, magnesio, hierro, zinc, yodo y selenio
- Vitaminas: tiamina, riboflavina, niacina, biotina, vitamina B6, ácido pantoténico, ácido fólico, vitamina B 12, vitamina C, vitamina A, vitamina D, vitamina E y vitamina K.

**Tabla 2.** Necesidades de energía e IDR de proteínas y minerales en lactantes y niños.

Categoría	Energía kcal/día	Proteínas g/kcal/día	Ca mg	Mg mg	Fe mg	Zn mg	I µg	Se µg
0-6 meses	-	2,5	300 <sup>1</sup> 400 <sup>2</sup>	26 <sup>1</sup> 36 <sup>2</sup>	- <sup>4</sup>	1,1-6,6 <sup>3</sup>	15 <sup>6</sup> (30 <sup>6,7</sup> )	6
7-11 meses	-	2,2-2,0	400	53	6-19 <sup>3,5</sup>	0,8-8,3 <sup>3</sup>	135	10
1 a 3 años	1.140-1.410	1,55-1,6	500	60	4-12 <sup>3</sup>	2,4-8,4 <sup>3</sup>	75	17
4 a 6 años	1.440-1.810	1,5	600	73	4-13 <sup>3</sup>	3,1-10,3 <sup>3</sup>	110	21
7 a 9 años	1.900-2.070	1,35	700	100	6-18 <sup>3</sup>	3,3-11,3 <sup>3</sup>	100	21
10 a 13 años (hombres)	2.140-2.310	1,35	1300	250	10-38 <sup>3,8</sup>	5,7-19,2 <sup>3</sup>	135-110 <sup>8</sup>	34
10 a 13 años (mujeres)	1.910-2.050	1,3	1300	230	9-65 <sup>3,8</sup>	4,6-15,5 <sup>3</sup>	140-100 <sup>8</sup>	26

**Nota:** “<sup>1</sup>Si es de leche materna. <sup>2</sup>Si es de fórmula. <sup>3</sup>En función de la biodisponibilidad. <sup>4</sup>Los depósitos de hierro neonatales deben ser suficientes para cubrir los requerimientos durante los 6 primeros meses de vida. <sup>5</sup>La biodisponibilidad del hierro dietético en esta época varía enormemente. <sup>6</sup>Debido a la gran variabilidad en el peso corporal del bebé en esta etapa, la ingesta recomendada de yodo se expresa en g/kg/día. <sup>7</sup>Para niños prematuros. <sup>8</sup>En función de cuando se produce el estirón puberal”.

**Fuente:** FAO/WHO, 2001. Adaptado de Cuervo et. al (8)



**Tabla 3.** IDR de vitaminas en lactantes niños.

Categoría	Tiamina	Riboflavina	Niacina	Vit. B <sub>6</sub>	Ác. fólico	Vit B <sub>12</sub>	Vit. C	Vit. A	Vit. D	Vit. E <sup>11</sup>	Vit. K	Ác. Pantoténic	Biotina
	mg	mg	mg	mg	µg	µg	mg	µg	µg	mg	µg	mg	µg
0-6 meses	0,2	0,3	2	0,1	80	0,4	25	375	5	2,7	5	1,7	5
7-11 meses	0,3	0,4	4	0,3	80	0,5	30	400	5	2,7	10	1,8	6
1 a 3 años	0,5	0,5	6	0,5	160	0,9	30	400	5	5	15	2	8
4 a 6 años	0,6	0,6	8	0,6	200	1,2	30	450	5	5	20	3	12
7 a 9 años	0,9	0,9	12	1,0	300	1,8	35	500	5	7	25	4	20
10 a 13 años (hombres)	1,2	1,3	16	1,3	400	2,4	40	600	5	10	35-65	5	25
10 a 13 años (mujeres)	1,1	1,1	16	1,2	400	2,4	40	600	5	7,5	35-65	5	25

**Fuente:** FAO/WHO, 2001. Adaptado de Cuervo et. al (8)

### 3.4.- Alimentación en la prevención de la obesidad infantil

La malnutrición se ha perfilado como uno de los principales problemas de salud, que afecta en gran medida a los países de ingresos medios y bajos, donde los menores de 5 años son el grupo más vulnerable. En 2017 alrededor de 51 millones de estos niños fueron afectados por la desnutrición aguda (bajo peso para la estatura) y otros 41 millones padecían sobrepeso u obesidad; así mismo, se identificó a más de 340 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 19 años, con esta condición (sobrepeso u obesidad), triplicándose las cifras de prevalencia mundial en obesidad entre 1975 y 2017 (11,12). En Ecuador los datos revelan que el 8,5% de los niños menores de 5 años tienen sobrepeso y obesidad, mientras que el 29,9% de escolares padecen de esta condición (13)

La obesidad es considerada una enfermedad crónica no transmisible, caracterizada por la acumulación excesiva de grasa, asociada a determinantes biopsicosociales entre los que

destacan los estilos de vida poco saludables como los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo. Los niños con sobrepeso y obesidad tienen complicaciones futuras en su salud y calidad de vida, relacionadas con una mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, dificultad respiratoria, síndrome de ovario poliquístico, cáncer de mama o discapacidad en la edad adulta (14–18).

El exceso de peso corporal en la población pediátrica obedece a factores específicos tales como: la presencia de obesidad en el núcleo familiar, la obesidad materna durante la gestación, el incremento de peso gestacional de la madre, la multiparidad, el peso al nacer, la lactancia materna, la falta de actividad física en el desarrollo, el incremento del consumo de alimentos ultra procesados, la preparación académica de los padres y el nivel socioeconómico, mismos que se convierten en un detonante para la aparición, en edades tempranas, de la denominada obesidad común o primaria (17,19–21).

Otro tipo de obesidad infantil es la obesidad secundaria, que aparece cuando hay enfermedades endocrinológicas de base o en caso de afecciones al eje hipotálamo-hipófisis o por el uso de ciertos fármacos como los medicamentos psicoactivos. Del mismo modo, se distingue la obesidad monogénica, resultante de una alteración en un único gen, siendo la etiología menos prevalente de obesidad infanto-juvenil (15).

El índice de masa corporal (IMC) refleja la relación entre el peso (en kilos) y la talla (en metros cuadrados), es una medida utilizada para estimar el estado nutricional de las personas y aunque tiene baja sensibilidad es de gran ayuda en el cribado y la vigilancia nutricional de los niños, no obstante, la OMS ha establecido patrones o curvas de crecimiento según la

puntuación Z, llamada también puntuación de desviación estándar (DE), presentando las siguientes categorías de malnutrición por exceso en los menores de cinco años (17,22):

- Por encima de 1 DE = riesgo de sobrepeso
- Por encima de 2 DE = sobrepeso
- Por encima de 3 DE = obesidad

La obesidad es una epidemia que sobrecarga económicamente los sistemas sanitarios y para abordar la problemática del sobrepeso y obesidad infantil es necesario iniciar a edades tempranas y estar orientado a la prevención y el tratamiento de sus multifactores (23).

En este sentido, la mayoría de los programas, diseñados en los diferentes países, se centran en la auto vigilancia, con un modelo generalizado que incluye acciones educativas referidas a patrones dietéticos y al ejercicio físico; sin embargo, estas medidas no han podido detener la creciente incidencia de sobrepeso y obesidad porque a la hora de proponer los estándares de alimentación se ofrecen soluciones sin tomar en cuenta la situación de precarización social y alimentaria de las poblaciones de bajos recursos (16).

En los países de Latinoamérica algunas iniciativas relacionadas con la prevención de la obesidad infantil incluyen: impuestos a las bebidas azucaradas y a la comida chatarra, semaforización y etiquetado de alimentos, reducción de ácidos grasos trans en el suministro de alimentos, programas de ciclovías, entre otros, que con la ayuda de las redes sociales pudieron generar ciertos cambios en los patrones del comportamiento colectivo (24).

La evidencia científica demuestra que la mayoría de intervenciones para prevenir o reducir la obesidad infantil se realizan en la escuela y en el hogar con la participación activa de la

familia y la comunidad (18). En la tabla 4 se presenta las recomendaciones para la prevención de la obesidad infantil.

**Tabla 4.** Prevención de la obesidad en niños.

Recomendaciones para embarazadas	Recomendaciones para escolares	Recomendaciones para la familia
Mantener dieta adecuada durante el embarazo para control de peso. Control de diabetes gestacional (si aplica)	Aumentar el consumo de frutas, hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos. Disminuir la ingesta de grasas. Reducir la ingesta de azúcares. Realizar actividad física 60 minutos diarios. Mantener 10 horas diarias de sueño.	Realizar al menos una comida juntos y comer todos lo mismo. Evitar premiar o castigar con la alimentación. No ver televisión mientras se come. Motivar la actividad física y fomentar hábitos deportivos. Reducir el tiempo de ocio sedentario: videojuegos, computador, etc. Establecer un horario para dormir, para lo cual, no debe existir en la habitación televisores, consolas de videojuegos o computadores

**Fuente:** Revista Quaderns de Polítiques Familiars (15)

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la FAO han formulado las “Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA)” con el objeto de combatir la doble carga de malnutrición, y a la vez, crear la referencia nacional de consumo alimentario adecuado para toda la población sana mayor a 2 años, promoviendo la alimentación y estilos de vida saludables en el país. En este sentido, el marketing y promoción que se ha dado a la campaña de las GABA incluyen una imagen que la identifica plenamente y se la conoce como la "Cuchara Saludable", que reemplaza a la tradicional pirámide alimenticia (de otros países), fomentando el consumo de productos nacionales para una alimentación sana y balanceada, tal como se muestra en la figura 5 (13,25).

**Figura 5.** Cuchara Saludable para una alimentación sana en Ecuador



**Fuente:** Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) del Ecuador (25)

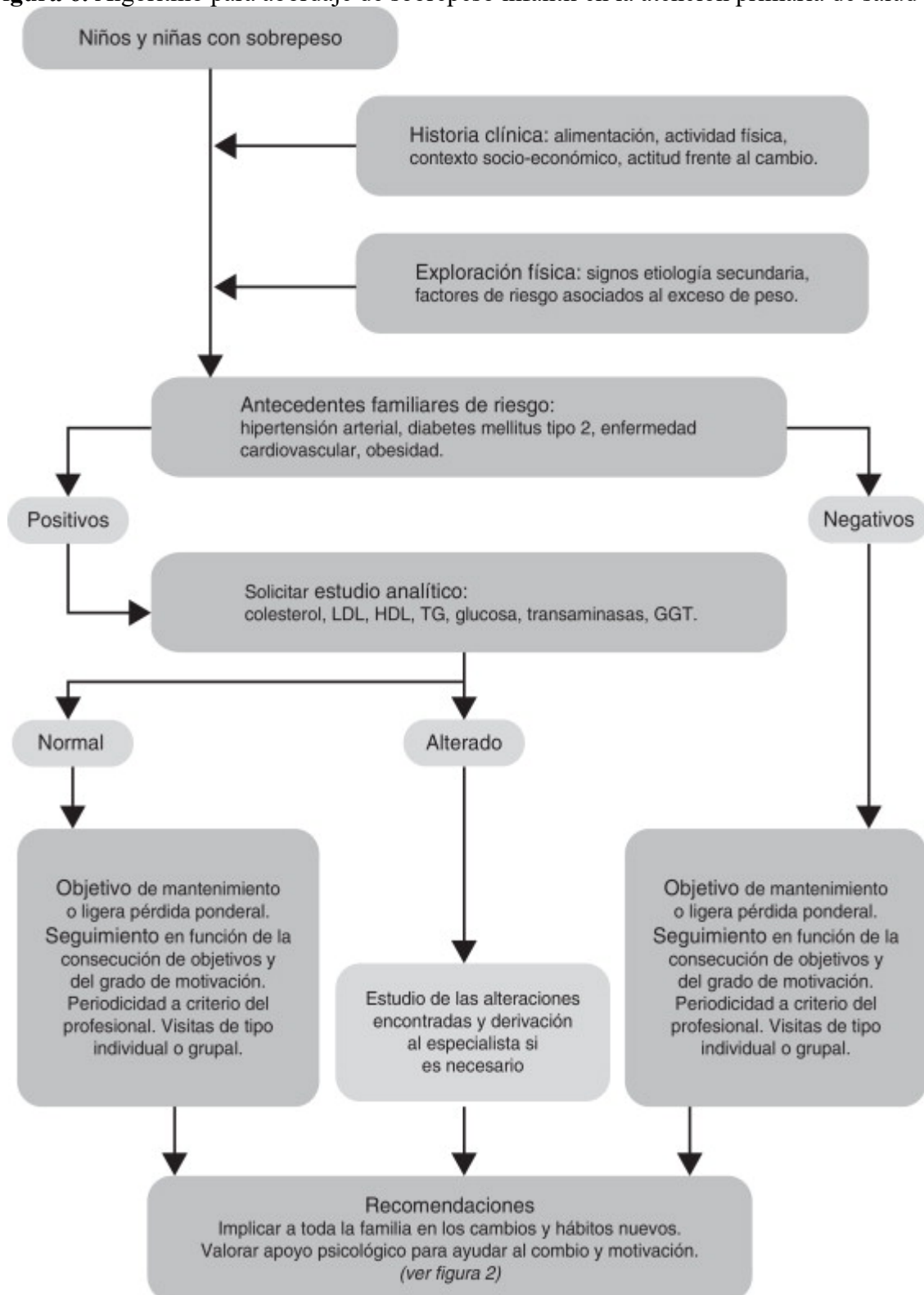
El mensaje de la “cuchara saludable” para prevenir la malnutrición en la población ecuatoriana tiene 3 componentes:

- a) ¡Consumamos!, recomienda el consumo diario de alimentos naturales y variados, además de 8 vasos de agua segura (25).
- b) ¡Evitemos!, fomenta el NO consumo de productos ultra procesados, comida rápida y bebidas azucaradas, de esta manera se busca prevenir enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión (25).
- c) ¡Disfrutemos!, este componente recomienda disfrutar realizando actividades tales como: “cocinar alimentos nacionales y comer en familia, realizar 30 minutos de

actividad física, comprar los alimentos a productores locales, revisar información de los alimentos que vamos a consumir (fecha de caducidad, semáforo nutricional e ingredientes)” (25).

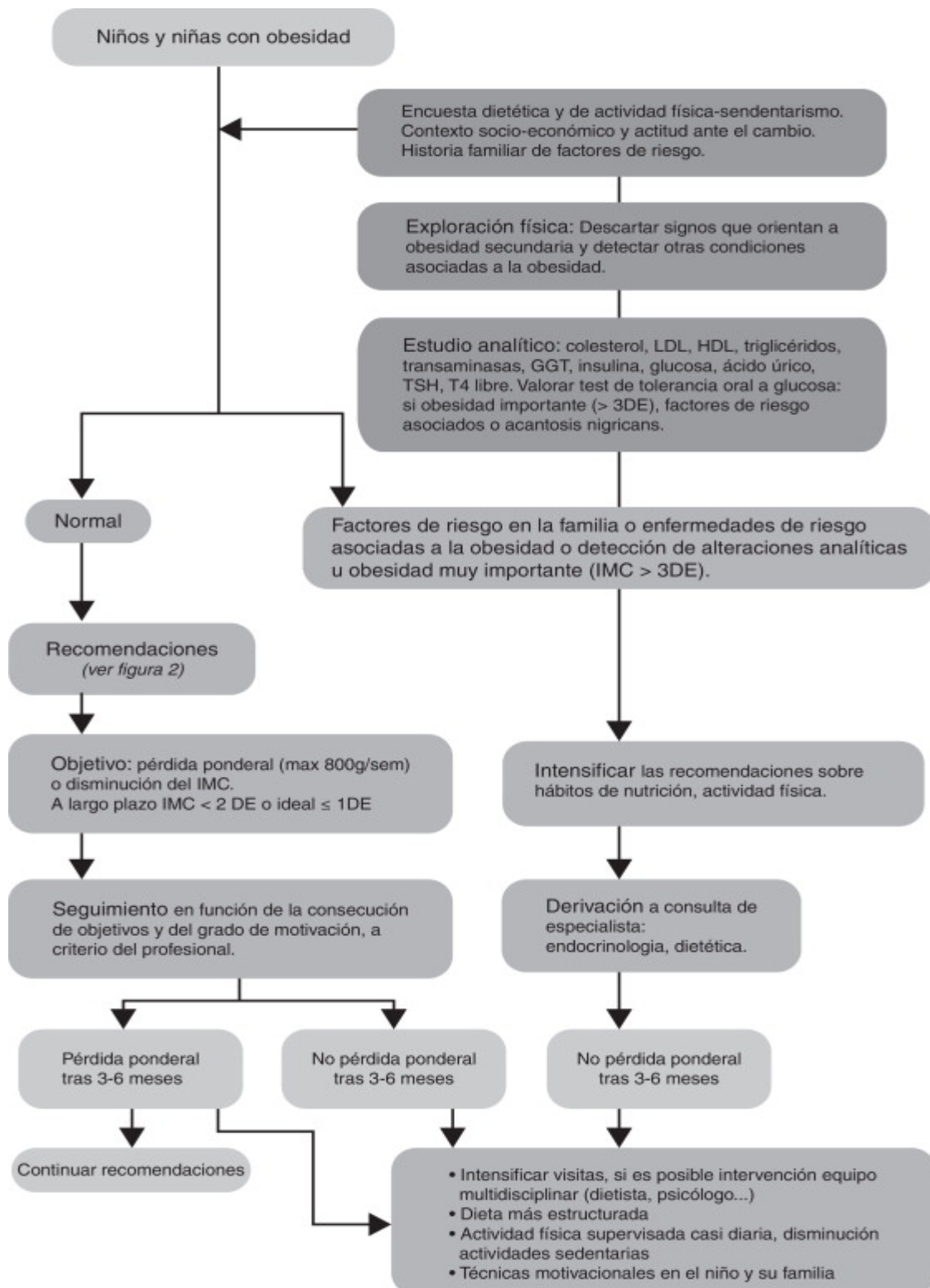
Para la actuación de los profesionales de salud en cuanto a reducir la malnutrición por exceso, Ariza et. al (18) proponen algoritmos de atención para sobrepeso (figura 6) y obesidad (figura 7) en niños.

**Figura 6.** Algoritmo para abordaje de sobrepeso infantil en la atención primaria de salud



**Fuente:** Tomado de Revista Atención Primaria, volumen 47, número 4, 2021. Pág. 251 (18)

**Figura 7.** Algoritmo para abordaje de obesidad infantil en la atención primaria de salud



**Fuente:** Tomado de Revista Atención Primaria, volumen 47, número 4, 2021. Pág. 253 (18)



### **3.5.- El semáforo nutricional en los productos industrializados**

Los factores de riesgo que se asocian con alta mortalidad a nivel mundial son la hipertensión arterial, la hiperglicemia en ayunas y la malnutrición por exceso, tanto, que en la región de las Américas fueron los causantes de 3,1 millones de defunciones, que representan el 44% del total de las muertes. Diversos estudios atribuyen como uno de los factores más influyentes en esta problemática al consumo excesivo de productos alimenticios procesados y ultra procesados (elevado contenido de azúcares, grasas totales, grasas saturadas y grasas trans), que se han posicionado en los hogares debido a su amplia disponibilidad, asequibilidad y promoción (26–28).

El manual para facilitadores de las GABA (25) define a los alimentos procesados como:

“aquellos a los que se les ha agregado dos o más ingredientes, generalmente grasa, sal o azúcar, y que han sido sometidos a procesos de conservación o cocción para incrementar su durabilidad, modificar o mejorar sus cualidades sensoriales (sabor, olor, color y textura). Ejemplo: atún enlatado, camarones apanados casi listos para el consumo, manzanas en conserva, coctel de frutas en conserva, aceitunas en conserva, arvejas en conserva, espárragos en conserva, zanahorias en conserva, queso mozzarella, queso parmesano, quesos frescos, etc.”

Por su parte, los alimentos ultra procesados son aquellos que contienen grasa, sal o azúcar, a los que se suman: colorantes, estabilizadores alimenticios, saborizantes y edulcorantes con poco o ningún alimento natural (embutidos, paté, margarina, manteca vegetal, yogures saborizados de forma artificial, chicles, chupetes, mayonesa, cubitos para condimentar,

esencias, salsas, snacks de sal, refrescos en polvo, gaseosas, cereales listos para el consumo, y edulcorantes artificiales sin calorías) (25).

En este contexto, se recomienda el consumo de productos naturales que son alimentos frescos “que provienen directamente de plantas y/o animales y no tienen sustancias añadidas como sal, azúcar o aditivos. Por ejemplo: verduras, legumbres, tubérculos, frutas, nueces y semillas o de origen animal como: el pescado, mariscos, carnes de ave, vacuno, cerdo” (25).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugiere, como parte de la solución para reducir el consumo de productos poco saludables, la implementación de leyes y políticas públicas encaminadas a regular la oferta y demanda de este tipo de productos (28). El Ecuador desde el año 2013, optó por aplicar el uso de etiquetas nutricionales (tipo semáforo), lo cual está normado en el “Reglamento Sanitario de Etiquetado de alimentos procesados para el consumo humano”, donde las industrias que fabrican, importan y comercializan alimentos procesados, se ven obligadas a informar los niveles de grasas, sal y azúcar que contienen los productos (29).

El artículo 9 del citado reglamento indica que: “Para la valoración del alimento procesado en referencia a los componentes y concentraciones permitidas de grasas, azúcares y sal se utilizará la siguiente tabla”:

**Tabla 5.** Componentes y concentraciones para el etiquetado (semaforización) de productos procesados

Nivel / Componentes		Concentración Baja	Concentración media	Concentración Alta
Grasas Totales	Procesados sólidos	Menor o igual a 3 gramos en 100 gramos	Mayor a 3 y menor a 20 gramos en 100 gramos	Igual o mayor a 20 gramos en 100 gramos
	Procesados líquidos	Menor o igual a 1,5 gramos en 100 mililitros	Mayor a 1,5 y menor a 10 gramos en 100 mililitros	Igual o mayor a 10 gramos en 100 mililitros
Azúcares	Procesados sólidos	Menor o igual a 5 gramos en 100 gramos	Mayor a 5 y menor a 15 gramos en 100 gramos	Igual o mayor a 15 gramos en 100 gramos
	Procesados líquidos	Menor o igual a 2,5 gramos en 100 mililitros	Mayor a 2,5 y menor a 7,5 gramos en 100 mililitros	Igual o mayor a 7,5 gramos en 100 mililitros
Sodio (sal)	Procesados sólidos	Menor o igual a 120 miligramos en 100 gramos	Mayor a 120 y menor a 600 miligramos en 100 gramos	Igual o mayor a 600 gramos en 100 gramos
	Procesados líquidos	Menor o igual a 120 miligramos en 100 mililitros	Mayor a 120 y menor a 600 miligramos en 100 mililitros	Igual o mayor a 600 gramos en 100 mililitros

**Fuente:** Acuerdo Ministerial 5103, Registro Oficial Suplemento 318 de 25-ago.-2014 (29)

Adicionalmente, se estableció un sistema gráfico con barras de colores de diferente tamaño dispuestas horizontalmente en la parte frontal de los envases de los alimentos procesados para indicar el nivel de concentración en el producto como alto (rojo), medio (amarillo) o bajo (verde), como indica la figura 8 (26,30).

**Figura 8.** Etiquetado tipo semáforo implementado en Ecuador



**Fuente:** Tomado de Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, volumen 21, número 2, 2017 (30)

Es importante indicar que los productos que se encuentran dentro de la “cuchara saludable” (figura 5) no están obligados a mostrar semáforo nutricional porque son alimentos naturales, es decir, no se les ha añadido grasa, azúcar o sal; así mismo, se debe considerar que existen ciertos productos que reportan en su semáforo: “no contienen azúcar”, sin embargo, tienen endulzantes artificiales como: el aspartamo, acesulfame K, sucralosa, sorbitol, truvia y sacarina (25).

Varios estudios (26,27,30–32), han tratado de evaluar en Ecuador el efecto del etiquetado (semáforo nutricional) en los productos industrializados, evidenciándose resultados y conclusiones divididas respecto a la implementación de esta política pública encaminada a reducir la presencia de sobrepeso y obesidad. Se menciona como beneficio de este sistema, el hecho de que un gran porcentaje de la población entiende con claridad el mensaje del etiquetado, no obstante, los hábitos de consumo no cambian significativamente por la presencia del etiquetado tipo semáforo.

Díaz et al (26), concluyen que la industria de alimentos procesados siempre se verá contraria a este tipo de estrategias (etiquetado), aunque por sí sola, la semaforización no es suficiente para reducir el consumo de alimentos poco saludables. Montilla (27) indica que el sistema de semaforización debe forjar una cultura nutricional correcta para mejorar la calidad de vida de la población, en espera de un cambio de actitud en los consumidores, relacionado con la práctica de buenos hábitos de alimentación.

En definitiva, la etiqueta de un alimento se convierte en su carta de presentación para que el consumidor identifique y elija el comestible a consumir, basándose en: el contenido

nutricional, el método de conservación y el periodo de vida útil, pues el principio básico siempre será la protección al consumidor (31).

## Referencias Bibliográficas

1. Marfil R, Sánchez MI, Herrero-Martín G, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. JONNPR [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo de 2022];4(9):925-48. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3171>
2. Pereira Álvarez PG. Construcción del modelo de alimentación saludable y su implicancia en la configuración de la subjetividad de la infancia y la familia. DEMETRA [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2022];13(2):341-61. Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/33244>
3. Riquelme O, Giacoman C. La comida en familia: La idealización de un evento social. Rev Chil Nutr [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2022];45(1):65-70. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182018000100065&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182018000100065&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
4. Moñino Gómez M. La familia clave en la alimentación saludable [Internet]. Junta de Castilla y León; 2017 [citado 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/alimentacion-saludable/familia-clave-alimentacion-saludable>
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ministerio de Educación. Guía de alimentación y nutrición para padres de familia. Quito, Ecuador: MSP; 2017. 26 p.
6. Corbalán M, Cuervo M, Baladía E, Martínez JA. Ingestas dietéticas de referencia: Conceptos y evolución histórica. En: Ingestas Dietéticas de Referencia (IDR) para la Población española (Consenso FESNAD 2010) [Internet]. España: FESNAD; 2010 [citado 20 de marzo de 2022]. p. 33. Disponible en: <https://www.sennutricion.org/es/2010/03/02/ingestas-dieteticas-de-referencia-idr-para-la-poblacion-espaola-consenso-fesnad-2010>
7. Arija V, Pérez Rodrigo C, Martínez de Victoria E, Ortega RM, Serra-Majem L, Ribas L, et al. Valores de referencia de ingesta dietética y de antropometría en estudios poblacionales. Rev Esp Nutr Comunitaria [Internet]. 2015 [citado 20 de marzo de 2022];21(Supl. 1):157-67. Disponible en: <https://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.sup1.5062>
8. Cuervo M, Corbalán M, Baladía E, Cabrerizo L, Formiguera X, Iglesias C, et al. Comparativa de las Ingestas Dietéticas de Referencia (IDR) de los diferentes países de la Unión Europea, de Estados Unidos (EEUU) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutr Hosp [Internet]. 2009 [citado 20 de marzo de 2022];24(4):384-414.

Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000400003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000400003)

9. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones de Ingesta Energía y Nutrientes para la población uruguaya [Internet]. Uruguay: Escuela de Nutrición; 2020 [citado 20 de marzo de 2022]. 26 p. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-ingesta-energia-nutrientes-para-poblacion-uruguaya>

10. Novartis Consumer Health. Tablas de Recomendaciones (Normativas y recomendaciones nutricionales). NOVARTIS; 2017.

11. Yambay Bautista X, Vázquez Cárdenas A, Contreras Sanango M, Méndez Pedroza D. Caracterización epidemiológica-nutricional de la población de 6 a 59 meses atendida en establecimientos del primer nivel. Distrito 03D01: Situación 2019. En: Enfermería desde una mirada prospectiva [Internet]. Ecuador: CIDEPRO; 2021. p. 70-98. Disponible en: <https://doi.org/10.29018/978-9942-823-97-7>

12. López Gil JFL. El paradigma de la alimentación saludable en educación primaria. ¿Nos estamos equivocando? EmásF [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo de 2022];(56):13-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6751155>

13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Documento técnico de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) del Ecuador [Internet]. Quito: FAO; 2021 [citado 20 de marzo de 2022]. 225 p. Disponible en: <https://recursos2.educacion.gob.ec/gaba-guiasalimentariasec/>

14. Moreira Ochoa DC, Rodríguez Ortiz VP, Mera Cedeño JP, Medranda Zambrano RG, Medranda Ortiz FJ, Avendaño Alonzo GC. Factores de Riesgo más relevantes en el aumento de obesidad infantil. Mundo de las ciencias [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2022];2(4):24-40. Disponible en: <http://www.reciamuc.com/index.php/es/article/view/213>

15. Serrano JA. La obesidad infantil y juvenil. Quad polít fam [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2022];(4):36-47. Disponible en: <http://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/958>

16. Gracia Arnaiz M, Demonte F, Kraemer FB. Prevenir la obesidad en contextos de precarización: respuestas locales a estrategias globales. Salud colect [Internet]. 2020 [citado 20 de marzo de 2022];16:e2838. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2838>

17. Cordero-Zumba NB. Malnutrición por exceso evaluando índice de masa corporal en niños (12-36 meses) de una guardería urbana en Azogues, Ecuador. Ponencia presentado en: IDEIN; 2019; Azogues.

18. Ariza C, Ortega-Rodríguez E, Sánchez-Martínez F, Valmayor S, Juárez O, Pasarín MI. La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. Aten Primaria [Internet]. 2015 [citado 20 de marzo de 2022];47(4):246-55. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714003989>

19. Machado K, Gil P, Ramos I, Pérez C. Sobrepeso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo. Arch Pediatr Urug [Internet]. 20 de junio de 2018 [citado 20 de marzo de 2022];89(S1):S16-25. Disponible en: <http://www.sup.org.uy/web2/archivos-de-pediatria/adp89-S1/web/pdf/adp.2018.89.s1.a02.pdf>
20. Gómez LF, Mora-Plazas M, Parra MF, Smith Taillie L, Popkin B. Contraargumentos a los sectores que se oponen a acciones políticas efectivas para promocionar una alimentación saludable y prevenir la obesidad. En Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2021 [citado 20 de marzo de 2022]. p. 1-33. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/356148780\\_Contraargumentos\\_a\\_los\\_sectores\\_que\\_se\\_oponen\\_a\\_acciones\\_politicas\\_efectivas\\_para\\_promocionar\\_una\\_alimentacion\\_saludable\\_y\\_prevenir\\_la\\_obesidad](https://www.researchgate.net/publication/356148780_Contraargumentos_a_los_sectores_que_se_oponen_a_acciones_politicas_efectivas_para_promocionar_una_alimentacion_saludable_y_prevenir_la_obesidad)
21. Minchala-Urgiles RE, Ramírez-Coronel AA, Estrella-González MDLÁ, Altamirano-Cárdenas LF, Pogyo-Morocho GL, Andrade-Molina MC, et al. La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. AVFT [Internet]. 2020 [citado 20 de marzo de 2022];39(8):941-7. Disponible en: <https://zenodo.org/record/4543500>
22. Torres-Páez F, Camacho-Camargo N. Estudio comparativo de las curvas de crecimiento NCHS y OMS en la evaluación del estado nutricional en niños menores de 5 años. RevVenez Endocrinol Metab [Internet]. 2021 [citado 20 de marzo de 2022];19(3):149-61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3755/375569375004/html/>
23. Solans A. Alimentación infantil: políticas globales y locales de prevención y promoción de la salud. Prescripciones, entornos y desigualdades. REA [Internet]. 2021 [citado 20 de marzo de 2022];(29):1-19. Disponible en: <https://revistadeantropologia.unr.edu.ar/index.php/revistadeantropologia/article/view/solans>
24. García LM, Hunter RF, Haye K, Economos CD, King AC. An action-oriented framework for systems-based solutions aimed at childhood obesity prevention in US Latinx and Latin American populations. Obesity Reviews [Internet]. 2021 [citado 20 de marzo de 2022];22(S3):1-12. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13241>
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para facilitadores de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) del Ecuador [Internet]. FAO. Quito: FAO; 2021 [citado 20 de marzo de 2022]. 85 p. Disponible en: <https://recursos2.educacion.gob.ec/gaba-guiasalimentariasec/>
26. Díaz AA, Veliz PM, Rivas-Mariño G, Vance Mafla K, Martínez Altamirano LM, Vaca Jones C. Etiquetado de alimentos en Ecuador: implementación, resultados y acciones pendientes. Rev Panam Salud Publica. 2017;41(e54):1-8.
27. Montilla Pacheco A. La semaforización nutricional y su influencia en la salud de la población ecuatoriana. Cysa [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo de 2022];3(3):15-22. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1544/2120>

28. Organización Panamericana de la Salud. El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas. [Internet]. OPS; 2020 [citado 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53013>
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento sanitario sustitutivo de etiquetado de alimentos procesados para el consumo humano: Acuerdo Ministerial 5103. R.O. Suplemento 318; 2014.
30. Ramos Padilla PD, Carpio Arias TV, Delgado López VC, Villavicencio Barriga VD, Andrade CE, Fernández-Sáez J. Actitudes y prácticas de la población en relación al etiquetado de tipo “semáforo nutricional” en Ecuador. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2017 [citado 20 de marzo de 2022];21(2):121-9. Disponible en: <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/306>
31. Andrade MJ, Solís A, Rodríguez M. Semáforo nutricional una ventana hacia el cuidado de la salud en el Ecuador. CienciAmérica [Internet]. 2017 [citado 20 de marzo de 2022];6(2):97-100. Disponible en: <http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/125/116>
32. Peñaherrera V, Carpio C, Sandoval L, Sánchez M, Cabrera T, Guerrero P, et al. Efecto del etiquetado de semáforo en el contenido nutricional y el consumo de bebidas gaseosas en Ecuador. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2022];42:e177. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49683>





# **CAPÍTULO IV**

## **Etapas clave: Lactancia materna, Alimentación complementaria y Alimentación del preescolar**

Sandra Patricia Ochoa Zamora <sup>1</sup>

María Daniela Encalada Torres <sup>1</sup>

María Isabel Herrera Jaramillo <sup>1</sup>



#### **4.1.- Introducción**

En los últimos tiempos se ha priorizado la LM, pero la decisión de amamantar al hijo de parte de la madre puede estar influenciada por muchos factores, los que podrán determinar la continuidad o interrupción de la misma.

Se debe de forma universal estimular, apoyar y alentar la importancia del amamantamiento durante los controles de la madre gestante antes del nacimiento; priorizando las ventajas para la madre y para el niño, así se estimula y prepara mental y fiscalmente; también al entorno familiar para animar a una LM exclusiva.

Es vital anotar que no se encuentra leche artificial que iguale las bondades de la leche humana para el niño, la leche materna es capaz de cubrir todas las necesidades nutricionales, energéticas, inmunológicas tanto para el recién nacido prematuro como para el nacido a término.

#### **4.2.- Lactancia materna**

La lactancia materna (LM) es una acción propia de los mamíferos, ha sido considerada desde siempre un hábito íntimamente ligado a la alimentación, nutrición, salud y por tanto a la supervivencia, crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño. La LM es un acto natural, insustituible e indispensable para el desarrollo humano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (Unicef) postulan que la superioridad de la lactancia materna frente a lactancia artificial es indiscutible y la evidencia científica así lo demuestra, convirtiéndose en un factor positivo para la salud de la madre y su hijo. Por ello, es importante la promoción y recuperación de

este hábito, más allá de la moda o tendencia, pues constituye un factor preponderante de la salud materno infantil a corto, mediano y largo plazo.

El niño es lactante exclusivo, modo idóneo de alimentación desde el nacimiento hasta el comienzo de su alimentación complementaria, donde se genera la introducción de alimentos de forma ordenada y paulatina. Actualmente se sugiere el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses de vida, sin embargo, según la OMS se debe mantener la LM hasta los 2 años de vida o más.

La LM exclusiva se define como aquel lactante que se alimentó únicamente con leche materna y ningún otro alimento líquido o sólido; y, LM parcial se considera cuando una fracción de alimentación es leche materna.

Se denomina LM precoz cuando la lactancia se inicia dentro los tres primeros días de vida y el inicio tardío cuando se realiza con posterioridad al tercer día de vida. La leche materna es un fluido dinámico, significa que su composición no es la misma siempre, sino que se adecua de modo idóneo al momento de la succión, el periodo del día y a la edad gestacional del niño. De tal suerte, que es importante resaltar y educar sobre los inconvenientes del abandono de la LM.

#### **4.2.1.- Beneficios de la Lactancia Materna**

Los beneficios más visibles de la LM se concentran en la inmediata salud y supervivencia del lactante, estos se ven reflejados en diversos aspectos que pueden prolongarse por muchos años después del destete. En este sentido, los lactantes y niños pequeños gozan de los múltiples favores de la LM, directamente relacionados con la salud infantil, morbilidad y mortalidad, el desarrollo físico e intelectual óptimo, así como también la reducción posterior

del riesgo de desarrollar algunas enfermedades crónicas. En definitiva, los beneficios que vienen de la mano con el consumo de la leche materna están reflejados en el niño, en la madre y en la salud pública.

### Beneficios para el niño

#### a) Nutrientes

Si se trata de alta calidad de nutrientes de fácil y eficaz absorción y biodisponibilidad, la leche materna es el mejor medio que los suministra, incluido el agua necesaria y electrolitos, sin que el lactante requiera otro líquido para su adecuada hidratación y metabolismo.

La leche humana no es solo un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, contiene más de 200 componentes que interactúan y tienen más de una función individual.

La leche materna es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades del niño, la producción de la leche inicia incluso desde la gestación hasta el final de la misma y cuando esta llega a término, su contenido es diferente según la etapa, así tenemos: el calostro (secreción inmediata al parto), la secreción láctea en etapa de transición y la leche madura (que varía igualmente según avanza la vida del lactante). Se destaca también que este fluido es diferente al inicio de la lactancia y al final de la misma.

Es importante anotar que la leche materna de las madres con parto prematuro se adapta perfectamente a las necesidades especiales del niño prematuro; se cree que cuanto más prematuro más se beneficia de la leche de su madre, que contiene cantidades importantes de inmunoglobulinas, calorías y proteínas para su crecimiento; además, contribuye con un efecto antiinflamatorio y antioxidante.

Entre los nutrientes que se encuentran en la leche materna, la lactoferrina que contiene hierro protege al niño de un déficit que puede causar anemia. Los neuromoduladores o neurotransmisores como la taurina (exclusiva de la leche humana) actúan a nivel de cerebro y retina. La leche materna contiene una dotación de enzimas digestivas que el lactante necesita porque su sistema digestivo termina de madurar en la vida extrauterina, como la amilasa y lipasa que contribuyen al aprovechamiento de carbohidratos complejos y grasas.

Otro importante aporte es el aminoácido carnitina, que contribuye a la oxidación de los ácidos grasos, al transportarlos al interior de la célula a las mitocondrias, proceso alternativo de suma importancia como fuente de energía para el lactante.

#### b) Inmunidad

El contenido de células, factores antiinflamatorios, factores específicos tales como anti bacterianos, anti víricos, anti parasitarios y la presencia de Inmunoglobulina (IgA), anticuerpo de defensa confieren a la leche materna un carácter inmunitario de protección contra las infecciones, de tal suerte que el niño cuyo sistema inmunitario no está totalmente desarrollado depende del aporte por parte de su madre de lo necesario para combatir y luchar con los agentes causales de enfermedad. Los efectos y beneficios de la lactancia materna para la salud se prolongan por mucho tiempo después de su término.

La mayor inmunidad y por tanto la menor exposición a agentes infecciosos, es mayor en los niños pequeños durante los 6 primeros meses de vida y con LM exclusiva. La LM favorece e influye directamente en la constitución de una microbiota bacteriana en el sistema digestivo y se establece a partir del parto, la lactancia y posteriormente por factores externos; tiene un

rol importante en la nutrición, metabolismo, inmunología y protección. La constitución la flora bacteriana es más estable y uniforme cuando se adquiere en la infancia temprana.

c) Desarrollo intelectual y motor

Varios estudios demuestran que aquellos niños que fueron amamantados de pecho materno, tienen un mejor desarrollo intelectual y motor en comparación a los que no lo fueron. La composición química de la leche materna entre otros componentes contiene ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, relacionados en su función con el crecimiento y desarrollo cerebral.

El contacto físico de la madre con el niño durante el período de lactancia crea un vínculo muy especial que se convierte en un estímulo psicosocial que proporciona beneficios importantes para su desarrollo.

En el ámbito neurológico se asocia la LM con un mejor desarrollo cognitivo, coeficiente intelectual, menor impacto en desarrollo del déficit de atención y trastornos del espectro autista.

d) Menor riesgo de enfermedades infectocontagiosas agudas

El calostro, la primera secreción mamaria después del parto, facilitará la colonización de las bifidobacterias y lactobacilos, que van a proteger al recién nacido de infecciones. Por ello, la prevalencia de enfermedades agudas como diarrea, infecciones respiratorias, otitis, entre otras, es menor en niños amamantados que en aquellos que no lo son. Así mismo, la mortalidad asociada a estas enfermedades es menos frecuente.



La LM exclusiva sin la inclusión de otros líquidos ni sólidos se asocia a una reducción importante de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, ejerce un efecto protector incluso luego de suspendida la lactancia, También se refleja una disminución del riesgo de diarrea por infecciones por rotavirus y parásitos como *Giardia lamblia*.

En los neonatos y en los primeros meses de vida la LM ejerce una relación inversa con el riesgo de hospitalización, a causa de enfermedad febril aguda.

En lo referente a infecciones del tracto respiratorio los niños amamantados con leche materna están más protegidos durante los 6 primeros meses de vida e incluso hasta los 2 años de infecciones como: neumonía, bronquiolitis por virus sincicial y otras del tracto respiratorio, así como la otitis media aguda, disminuyendo la enfermedad, hospitalización y muerte por estos motivos.

Respecto a la enterocolitis necrotizante de causa bacteriana patología grave en los recién nacidos, también es menor su incidencia sobre todo en prematuros, de ahí la importancia que el amamantamiento debe iniciarse en el contacto piel a piel.

e) Atopía, alergias, asma y otras enfermedades

Las alergias tanto respiratorias como alimentarias, así como a nivel de la piel el eczema, atopía como erupciones cutáneas pruriginosas y con descamación, conocidas también como dermatitis atópicas; disminuyen su ocurrencia en los niños alimentados con leche materna.

f) Enfermedades crónicas: obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes

Respecto a la LM y su relación con enfermedades crónicas, se le atribuye un rol de protección contra las mismas.

En cuanto al sobrepeso y obesidad que constituyen problemas de salud pública en la actualidad, su relación es inversamente proporcional al hecho de haber recibido leche materna; se constituye por tanto un factor protector de malnutrición.

La diabetes, también una patología crónica que disminuye la probabilidad de desarrollarla con la práctica de la LM por su relación y efecto positivo a largo plazo;

El riesgo cardiovascular y la hipertensión se ven reflejados en valores menores en aquellos niños prematuros alimentados con leche materna, cuando adultos.

Se debe por tanto promover la reducción del riesgo de enfermedad crónica como potencial beneficio adicional proporcionado por la LM.

g) Otros riesgos

Entre otros riesgos de no amamantar y usar biberón se ha descrito interfiere con la maduración de las funciones orales, deglución no adecuada, una mala función de masticación, alteración del desarrollo maxilo-facial, respiración bucal que conlleva a una ventilación inadecuada que determina el riesgo de infecciones respiratorias, dificultades de la fonoarticulación, desarrollo de caries dental, entre otras.

*Beneficios para la madre*

El vínculo afectivo entre la madre, padre e hijo se ve beneficiado por el amamantamiento, lo que influye de manera importante en el desarrollo físico y emocional del niño.

El inicio temprano de la LM (inmediatamente después del parto) estimula la liberación de la hormona oxitocina, la misma favorece la contracción del útero, ayuda a expulsar la placenta y favorece la reducción del sangrado posparto.

La salud y bienestar de la madre desde el punto de vista afectivo mejora al elevar su autoestima cuando da el pecho a su hijo, del mismo modo, se reduce el riesgo de padecer a futuro cáncer de mama, cáncer de ovario, osteoporosis, hipertensión y depresión posparto. Se ha evidenciado que las mujeres que amamantan tienden a perder de forma más rápida el peso ganado durante el embarazo. Con lo expuesto, se demuestra la superioridad de la LM sobre otros métodos alternativos de alimentación para el niño.

Finalmente, existe un ahorro económico asociado a la lactancia, aunque los beneficios no provienen de su costo, proporcionan bondades de tipo económico para la familia, el sistema de salud, los empleadores y la sociedad.

#### **4.2.2.- Nutrientes de la leche materna**

Importantes estudios indican que la leche materna es un alimento completo en la dotación de macro y micronutrientes y cubre las necesidades calóricas y nutricionales para el metabolismo y las funciones del niño lactante.

El desarrollo del niño desde el nacimiento hasta el primer año de vida se caracteriza por el cumplimiento de hitos que marcan tanto en lo físico como en lo cognitivo una etapa de requerimiento de nutrientes elevada, por ello es importante durante los 6 primeros meses que es lactante exclusivo asegurar el aporte los mismos; a partir de los seis meses se inicia la alimentación complementaria con la introducción paulatina y sistematizada de alimentos, sin que se produzca todavía el destete del aporte materno.

La leche materna es un fluido dinámico que se adapta a las necesidades del niño y son:

- a) Calostro primera secreción láctea, que es un compuesto complejo de pequeño volumen, denso y viscoso con bajo contenido de grasas y lactosa y alto de inmunoglobulinas, leucocitos, proteínas y minerales;
- b) La leche de transición, desde el día 6 hasta el final de la segunda semana posparto tiene menor concentración de anticuerpos y proteínas, pero mayormente calorías, lactosa y grasas; y
- c) La leche madura, a partir de la tercera semana después del parto con un contenido mayor de proteínas, azúcares, ácido siálico, vitaminas (A, E y K) y minerales (sodio, zinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso), además de contar con un gran número de componentes bioactivos como hormonas, factores de crecimiento, enzimas y células vivas.

#### **4.2.3.- Técnicas de conservación de leche materna**

Debido a una serie de factores entre ellos la reinserción laboral de la madre a su trabajo, que obliga a la separación transitoria del niño; se hace necesario aprender la manera más idónea de la extracción y conservación de la leche.

Estas técnicas deben ser socializadas con el objetivo de lograr el mayor provecho y no exista pérdida o desperdicio de la leche materna, las mismas que se perfeccionan con la práctica.

La cantidad de leche que se puede extraer varía con factores como el momento del día, la habilidad, la comodidad, el ambiente, la tranquilidad y privacidad. Entre las técnicas de extracción se puede considerar la forma manual o con saca leches (tanto manual como eléctrico).

Para la extracción manual, las condiciones de higiene y limpieza son importantes al realizar un masaje circular suave alrededor de la areola y pezón; a continuación, situar el pulgar y los otros dedos un poco más abajo del pezón, apretarlos hacia atrás y comprimirlos, la leche va a fluir; cambiar de pecho cuando se agote la leche en el primero. Los equipos de saca leches manual y eléctricos tienen su propio método de extracción en las indicaciones respectivas.

En cuanto a la conservación hay varios tipos de recipientes que se pueden utilizar para su obtención y almacenamiento; de plástico y cristal, siendo estos últimos los más indicados.

Al momento de extraer la leche para su conservación debe anotarse cantidad y fecha, para utilizarlas desde la más antigua a la de más reciente extracción. Se refrigera cuanto antes y se congela dentro de las 24 primeras horas de la extracción, si se descongelada y no se usa debe desecharse; se recomienda hacerlo en cantidades pequeñas de 60 a 120 ml. Para el descongelamiento lento lo ideal es cambiar a refrigeración en la noche anterior, si se tiene prisa hacerlo a baño maría (no se recomienda microondas) y homogenizar antes de ser administrada al niño.

La leche fresca recién extraída es la que conserva todas las propiedades, los procesos de refrigeración, congelación y calentamiento a altas temperaturas pueden redundar en cambios en su composición. Por esta razón debe usarse en el siguiente orden cuando sea posible, primero la leche fresca, luego la refrigerada y por fin la descongelada. Cuando se requiera transporte debe ser en una bolsa o recipiente térmico para conservar la cadena de frío. Las recomendaciones de conservación de la leche materna extraída se plasman en la tabla 6.

**Tabla 6.** Temperatura y tiempos de refrigeración/congelación de leche materna

TIPO DE LECHE	TEMPERATURA	REFRIGERACION	CONGELACION
Recién extraída	6 – 8 horas Ideal 3 – 4 horas	72 horas	2 semanas
Descongelada en la nevera	4 horas	24 horas	No volver a congelar
Descongelada baño María	Lo que dure la toma. El sobrante se deshecha	4 horas	No volver a congelar

*Fuente:* Elaboración propia

#### **4.3.- Alimentación complementaria**

La alimentación complementaria (AC) es un proceso que tiene por objeto ofrecer al lactante alimentos sólidos o líquidos diferentes a la leche materna como complemento y no como sustitutos de esta.

Una nutrición adecuada es fundamental durante la infancia y niñez temprana para garantizar el potencial crecimiento, la salud y desarrollo óptimo de los niños. En este sentido, las carencias nutricionales tempranas han sido relacionadas con problemas que afectan la salud de las personas a largo plazo.

Estudios han demostrado que una buena alimentación en los niños previene ciertas enfermedades de la edad adulta como la hipertensión, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos alimentarios o determinados tipos de cáncer.

Así mismo, el déficit nutricional en los dos primeros años de vida es causa de desnutrición crónica, o sea, la persona no alcanza su potencial crecimiento en talla. Se destaca que los adultos con desnutrición en la infancia temprana, tienen consecuencias como rendimiento intelectual bajo.

También se ha observado compromiso en la capacidad reproductiva de las mujeres que tuvieron desnutrición en la niñez, desarrollando un mayor riesgo de partos complicados, teniendo hijos con bajo peso al nacer.

Por lo expuesto, se recalca que los dos primeros años de vida generan una gran oportunidad para asegurar el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, a través de la implementación de una alimentación apropiada.

#### **4.3.1.- Recomendaciones para introducir la alimentación complementaria.**

La AC se inicia cuando la leche materna no cubre las necesidades de energía y nutrientes del lactante, siendo conveniente introducir otros alimentos y líquidos en conjunto con la leche materna. Los alimentos complementarios deben ser seguros y administrados apropiadamente, no obstante, surgen problemas relacionados con la dilución de los alimentos, la frecuencia a o las raciones o el reemplazo total de la leche materna antes de los dos años.

En 2001, La Asamblea Mundial de la OMS cambia la recomendación para introducir la AC, decidiendo que sea a los 6 meses, pues a partir de esta edad la LM no satisface completamente las necesidades de algunos lactantes, debiendo consumir aportes suplementarios de otros alimentos que garanticen tanto calidad como cantidad, sobre todo de vitamina A, tiamina y riboflavina. Las vitaminas C, B6, B12 y folatos pueden ser aportadas por la leche materna si la madre recibe cantidades suficientes en la dieta.

En el caso del hierro y el zinc, los requerimientos no pueden cubrirse de forma exclusiva con la LM por encima de los 6 meses debido al crecimiento acelerado y la consiguiente disminución de las reservas, esto hace necesario el aporte de estos elementos en la dieta como complemento de la LM.

Entre los factores que determinan un adelantamiento en la introducción de la AC antes de los 6 meses están: madres jóvenes, con menor nivel cultural, con tabaquismo materno. Se establece entonces que en los niños con LM que tienen un adecuado crecimiento y desarrollo no hay razones para introducir la AC complementaria antes de los seis meses.

La explicación científica para señalar al sexto mes de vida (17 semanas) como la edad mínima para introducir la AC tiene que ver con el desarrollo de las funciones renal y gastrointestinal, pues a esa edad, los órganos adquieren la madurez suficiente para absorber y metabolizar alimentos diferentes a la leche materna; es importante describir que a los seis meses también se alcanza un desarrollo neurológico capaz de orquestar dichas funciones, prueba de ello es la inhibición del reflejo de extrusión (lo cual facilitan la introducción de otras formas de alimentación), el interés por la comida y mantener la postura de sedestación con apoyo.

La AC debe cumplir con ciertos requisitos, por ejemplo, tiene que ser oportuna iniciando a los 6 meses e incorporando alimentos adecuados para la edad, que proporcionen energía, macro y micronutrientes, que satisfagan los requerimientos nutricionales del niño. Se debe introducir de forma gradual un solo alimento a la vez y no una mezcla de ellos (esto permite valorar la aceptabilidad y tolerancia), preparando y almacenando de forma higiénica los alimentos, utensilios, biberones, etc., Hay que respetar al máximo las señales de apetito y de saciedad del niño, así como las frecuencias de las mismas.

Una introducción precoz de la AC puede conllevar riesgos a corto y largo plazo. En caso de no existir disponibilidad de LM antes de los 4 meses, se deberá utilizar solamente fórmula de inicio (tipo 1) como sustituto. No se han encontrado evidencia que iniciar la AC entre los



4 y 6 meses beneficie a niños amamantados, por el contrario, se ha identificado aumento de las infecciones, tanto en países de ingresos bajos como en países desarrollados.

Varios son los riesgos de introducción precoz de la AC a corto plazo, entre los que destacan: el atragantamiento, gastroenteritis agudas, infecciones del tracto respiratorio superior, interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna, sustitución de tomas de leche por otros alimentos menos nutritivos, mientras que a largo plazo se incrementa el riesgo de obesidad, eccema atópico, diabetes mellitus tipo 1.

En contraposición a lo anterior, el retrasar la AC aumenta el riesgo de padecer déficit de hierro, alergias e intolerancias alimentarias, aceptación restringida de nuevas texturas y sabores, y alteración de las habilidades motoras orales.

#### **4.3.2.- ¿En qué orden se introducen los alimentos?**

Múltiples son las diferencias tanto en la forma como en el orden de introducir la AC, esto dependerá del área geográfica, la tradición cultural y la situación socioeconómica. Por tanto, puede ser variable en cada niño, considerando la incorporación progresiva de alimentos de todos los grupos al finalizar el primer año de su vida. No hay alimentos mejores que otros, ni que un alimento por sí solo tenga todos los nutrientes necesarios, aunque se aconseja la introducción temprana de los alimentos ricos en hierro y los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, por su relación con el neurodesarrollo.

La introducción de la AC debe realizarse de forma individualizada, lenta y progresiva. Habitualmente se debe complementar la ingesta de leche con la introducción de un alimento nuevo a otro en el lapso de al menos 5 días, de esta manera el lactante podrá tolerar los nuevos componentes y sabores de la dieta. Se sugiere no añadir sal, azúcar ni edulcorantes para

acostumbrar al niño a los sabores naturales de los alimentos. Los padres deben comprender que la alimentación es un proceso voluntario, consciente y, además, educable. Es básico incorporar en primera instancia alimentos suaves en consistencia y en pequeñas cantidades, variando gradualmente el tipo de alimentos. Se entiende que los niños que han sido amamantados serán más receptivos a nuevos olores, sabores ya que los han experimentado a través de la leche materna, por lo que el niño estará preparado para esas diferencias en los alimentos.

La consistencia recomendada al inicio es la conocida como papilla (o puré suave), misma que no debe tener grumos ni trozos de fibra porque estimulan el reflejo de extrusión. Luego, a los ocho meses, la consistencia de la papilla debe ser más gruesa, pudiendo ser aplastada con un tenedor; a esta edad los bebés ya pueden masticar.

Es conocido que alrededor de los 10 meses de edad se encuentra el período crítico (ventana) para la introducción de alimentos sólidos grumosos, caso contrario se incrementa el riesgo de dificultades relacionadas con la tolerancia.

#### **4.3.3.- Guía de introducción de los alimentos**

La AC tiene como finalidad el aporte de alimentos nutritivos, variados y suficientes, que respondan a las necesidades del lactante. No existe consenso o evidencia científica para recomendar la introducción de uno u otro alimento antes o después, la sugerencia general es que deben ser alimentos sanos con poco potencial alergénico, indistintamente se puede iniciar con fruta, verdura o cereales.

Se podría iniciar la AC a los 6 meses con vegetales y frutas que se puedan asimilar fácilmente, después aportar cereales (de preferencia fortificados). Las frutas recomendadas como el

mango, guayaba, manzana, pera, banano, papaya, melón, y otras frutas no cítricas, deben ingerirse en la mañana y en la tarde (a manera de papilla, aplastadas) o como postres después de las comidas. Los vegetales de inicio pueden ser la zanahoria, el zapallo, la papa, los vegetales de hoja verde (como la acelga), mismos que deben ser administrados cocidos o en forma de papilla. Los cereales de inicio para la AC pueden ser el maíz y el arroz, se debe evitar los alimentos que contengan gluten (pan y/o galletas a base de trigo, avena, centeno o cebada) hasta aproximadamente los ocho meses de edad.

En lo que respecta a las carnes, estas deben ser introducidas también a los 6 meses, para evitar la anemia, que constituye la principal carencia nutricional en los niños menores de 2 años. El inicio de la AC debe darse con el consumo de carnes blandas como el pollo u otras aves. A los nueve meses se podría introducir pescado (fresco y bien cocido), mientras que al cumplir un año se introduce la carne de cerdo.

#### *Número apropiado de comidas.*

El número de comidas durante el día se condiciona a diferentes factores como la densidad energética de los alimentos y las cantidades consumidas durante cada comida. En términos generales se recomienda iniciar con una comida e incrementar progresivamente el número hasta llegar a las cinco comidas a más de la lactancia materna.

Un niño amamantado debe ingerir entre los 6 y 8 meses de edad, de 2 a 3 comidas diarias, a los niños de 9 a 24 meses se administrarán 5 comidas. A partir del año, los niños se pueden adaptar a los horarios familiares de alimentación, procurando compartir en lo posible el

momento de las comidas con toda la familia. Los alimentos deben servirse separados en el plato con el afán de estimular la visión de diferentes colores y formas por parte del lactante.

En la tabla 7 se recopila las recomendaciones para la alimentación complementaria según los distintos grupos de edad.

**Tabla 7.** Recomendaciones de AC según edad

<b>EDAD</b>	<b>TEXTURA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>Desde los 6 meses</b>	Papillas blandas, verduras, carnes, frutas bien trituradas.	2 veces al día, además tomas de pecho frecuentes.	2 – 3 cucharadas
<b>7 – 8 meses</b>	Alimentos triturados	3 veces al día, además tomas de pecho frecuentes	Aumento gradual hasta 2/3 de taza en cada comida
<b>9- 11 meses</b>	Alimentos triturados o cortados en trozos pequeños, y alimentos que el niño pueda agarrar	3 comidas más 1 refrigerio entre comidas, además tomas de pecho	3/4 partes de taza
<b>12 – 24 meses</b>	Alimentos de la familia cortados o triturados en caso necesario	3 comidas más 1 refrigerio entre comidas, además tomas de pecho	1 taza llena

**Fuente:** Elaboración propia

#### **4.3.4.- La alimentación perceptiva**

La AC adecuada debe estar relacionada no solo con el tipo de alimento que se come, sino además con la forma de alimentación, las cantidades, la frecuencia (tabla 7) y quién alimenta al niño. En este contexto, resulta imperativo que los momentos de la alimentación sean un verdadero aprendizaje, sumados a la paciencia y al amor de los miembros de la familia, por lo que se sugiere conversar con los pequeños, manteniendo el contacto visual, alimentándolos despacio, animándolos a comer, pero sin forzarlos.

Un ambiente monótono o no adecuado al momento de la alimentación hace que se pierda el interés por la comida. Hay que vigilar los signos de hambre y satisfacción, motivando la participación de los niños en su alimentación para que puedan comer solos, minimizando las distracciones a la hora de la comida.

No es aconsejable el consumo de alimentos industrializados (altos en sodio), es preferible utilizar alimentos preparados en el hogar. Tener en cuenta que ofrecer galletas u otros estímulos alimenticios para calmar el llanto puede enviar mensajes equívocos a los niños, que en lo posterior lo llevarán a resolver cualquier situación de disconformidad o angustia, con comida.

#### **4.4.- Alimentación del preescolar**

El periodo preescolar se ubica entre los 2 y 6 años de vida, al final del primer brote de crecimiento, es una etapa de transición en donde el crecimiento es estable; el incremento de peso y talla disminuye de manera gradual lo que modifica las necesidades nutricionales y calóricas a valores entre 80 y 100 cal/kg/día.

En esta etapa se establece los hábitos alimentarios, el niño desarrolla sobremanera su función psicomotora, digestiva y metabólica, alcanza madurez suficiente para aproximar su alimentación a la del niño mayor. El desarrollo oral y neuromuscular lo llevan a mejorar la habilidad para comer y reforzar la conducta alimentaria. Se refina los movimientos del brazo, muñeca y mano, aparecen los dientes primarios y el preescolar tiende a comer solo rechazando cualquier ayuda.

Los patrones alimentarios del niño están caracterizados por la disminución gradual en el consumo de alimentos que ingirió en el primer año de vida, ya que el preescolar se interesa

en explorar el ambiente que lo rodea. Además, es frecuente que el niño juegue con los alimentos o incluso los tire, sin embargo, es recomendable que los padres respeten la sensación de saciedad expresada por los niños y sean cuidadosos al intentar forzar, “sobornar” o castigar para corregir su comportamiento

En este periodo de vida, la mayor parte de los niños se han adaptado a un plan de tres comidas al día, acompañadas de dos refrigerios. El desayuno es una comida muy importante que le ayuda a mantener la salud física e intelectual. Aunque se debe permitir libertad en la dieta de los niños, los padres deben conocer las necesidades dietéticas básicas diarias. La dieta del niño no debe ser distinta al resto de la familia. Todos los nutrientes requeridos deben ser ofrecidos en una dieta variada y balanceada.

Un problema específico suele ser la creencia errónea: que mientras más “gordo” es el niño es más saludable. Por esta razón se les alimenta con más calorías de las necesarias, lo que explica el aumento de la prevalencia de obesidad en edades tan tempranas.

#### **4.4.1.- Recomendaciones nutricionales en el preescolar**

La nutrición del preescolar debe sostenerse bajo la premisa del consumo de alimentos variados con elevado valor nutricional. La adición de sal debe ser moderada. Se debe ofrecer raciones pequeñas, en preparados agradables y sencillos, que sean fácil de masticar y deglutir, a intervalos regulares. Es indispensable cuidar la conducta alimenticia del niño, evitando aversiones y preferencias con respecto a la comida, que puede conducir a una dieta carente de algunos nutrientes. La familia es la que establece los modelos de alimentación lo que originará la conducta alimentaria del niño, por lo que es necesario asesorar a los padres sobre las pautas a seguir.

El biberón deberá suspenderse definitivamente después del segundo año de vida debido a que es causa caries dental, otitis y deformidades de las estructuras bucales. El consumo de golosinas y gaseosas interfieren con la alimentación, causando falsa inapetencia y rechazo de los alimentos básicos, por lo que estos productos no deben estar disponibles para el niño y deben ofrecerse con moderación.

Se debe incorporar un horario de alimentación familiar, donde consten idealmente cinco comidas diarias, aunque se debe tomar en cuenta que horarios muy rígidos pueden ser perjudiciales. Los buenos hábitos alimentarios se construyen con dietas variadas y ambientes placenteros con el tiempo suficiente para la ingestión de los alimentos, los horarios familiares deben ser flexibles con el fin de mantener la unión familiar durante las comidas, evitando forzar al niño a comer lo que no le guste, o los premios y castigos relacionados con la hora de la alimentación.

De preferencia los alimentos deberán ser consumidos de forma natural, algunos crudos, como las frutas y verduras, se debe evitar el refinamiento. Se elegirá los que requieren masticación para estimular las estructuras bucales.

#### **4.4.2.- Requerimientos nutricionales en preescolares**

El concepto de “necesidades nutricionales” se establece como: la cantidad de nutrientes que se precisa para mantener un correcto estado nutricional, evitar la enfermedad y asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo. Las necesidades calóricas en la etapa preescolar son de 100 cal/kg/día aproximadamente. La proporción nutricional recomendada no difiere mucho con la de los adultos.

## Macronutrientes

**Hidratos de carbono:** constituye el 50 – 60 % del total de las calorías (4 kcal/ g). El 90 % son carbohidratos complejos (cereales, legumbres, arroz y frutas). El 10 % corresponden a azúcares simples. Se deberá evitar jugos y batidos envasados, cereales azucarados. Sus necesidades serán de 130 gr/día. Consumir fibra dietética es de importancia en el funcionamiento del tubo digestivo así, como para regular los niveles de glucosa y reducir el colesterol de la dieta.

**Proteínas:** cumple un rol en el crecimiento y el mantenimiento de la estructura corporal. En una dieta equilibrada deberá incluirse del 10 al 15 % de proteínas de alto valor biológico que corresponde de 1-1.2 gr/kg/día, (13 gr/día aproximadamente). El 65% de las proteínas son de origen animal (carne, pescado, huevos, leche y sus derivados), el resto de origen vegetal. La ingesta excesiva de este macronutriente puede causar una mayor movilización del calcio de los huesos con efectos desfavorables para la mineralización.

**Grasas:** Es una fuente importante de energía, que dan soporte al transporte de vitaminas liposolubles y provee ácidos grasos esenciales y colesterol. Aporta 9 kcal/gr. Dietas con contenidos menores de grasa están relacionados con el retardo de crecimiento. El 15% de las grasas totales corresponden a grasa monoinsaturada (aceite de oliva y frutos secos), el 10% a grasa poliinsaturada, en especial omega 3 (pescados), y el 10 % a grasa saturada (comida rápida, mantequilla, margarina, alimentos procesados, alimentos ricos en aceite de palma y coco).



## Micronutrientes

### *Vitaminas*

**Vitaminas Liposolubles: K, A, D, E**, se recomienda “el consumo de cereales, hortalizas y verduras de hoja verde, los aceites de origen vegetal, los productos lácteos no desnatados, la yema de huevo en particular para la vitamina E.”

**Vitaminas Hidrosolubles: C y Complejo B**, se la encuentra “principalmente en el germen de cereales e hígado. La yema de huevo para la vitamina B7, las frutas cítricas para la vitamina C”

### *Minerales*

**Calcio:** Las recomendaciones diarias hasta los 3 años de vida es de 500 mg, después del tercer año se incrementa a 800 mg. El calcio se encuentra principalmente en la ingesta de leche o sus derivados necesarios para el crecimiento óseo

**Fosforo:** las necesidades diarias son de 450 – 500 mg/día.

**Sodio:** Necesidades a los 3 años de edad 1900 mg, aportado por el consumo de sal de mesa.

**Magnesio:** Las necesidades entre 1 y 3 años es de 80 mg/día y entre 4 y 8 años 130 mg/día.

Los alimentos que lo contienen son las legumbres, chocolate y cereales.

**Hierro:** los requerimientos diarios son 7 – 10 mg/día. Lo aportan la carne, huevo, legumbres y cereales, estas dos últimas se absorben mal. La absorción del hierro se mejora con la ingesta en conjunto de la vitamina C.

**Zinc:** las recomendaciones diarias son de 10 mg. Este mineral es necesario para el anabolismo muscular. Se lo encuentra principalmente en la carne roja.

**Flúor:** los requerimientos son de 0.9 a 1 mg/día y se aporta a través del agua. Se deposita en el esmalte dental y hueso.

**Cobre:** “las recomendaciones diarias son de 0.1 mg. Es esencial para la mineralización del esqueleto, sistema nervios, inmune, coagulación, metabolismo de la glucosa y colesterol”.

### Oligoelementos

**Yodo:** el requerimiento diario es de 200 gr en el niño de 1 a 3 años y de 300 gr entre los 4 y 8 años. Su aporte se realiza a través del consumo de la sal yodada.

**Selenio:** los requerimientos son de 20 gr en niños de 1 a 3 años y de 30 gramos entre los 4 a 8 años. Su principal función es antioxidante y se la encuentra en las carnes rojas.

En conclusión, al momento de diseñar una dieta adecuada para los niños mayores de 2 años se debe considerar la variación de las necesidades calóricas entre niños de la misma edad debido a algunas variantes como son el nivel de actividad, el gasto calórico entre niños

aparentemente similares que puede oscilar entre 15 al 20%; por lo que los niños aún con dietas balanceadas deberán ser vigilados para asegurar que el crecimiento sea adecuado.

A medida que los niños crecen y se van independizando, aumenta la cantidad de comida que se consume fuera de casa, sumado al creciente número de madres que trabajan, lo que conlleva a consumir o comprar alimentos ultra procesados y con elevado contenido calórico, volviéndose difícil cumplir con las pautas nutricionales.

Los malos hábitos alimentarios generan problemas frecuentes que se relacionan directamente con déficit o exceso de nutrientes. Como ejemplo, cuando el niño rechaza la leche y sus derivados habrá deficiencia de vitamina A, calcio y fósforo; no consumir carne y vegetales se asocia a la falta de zinc, ácido fólico, hierro y proteínas

**Tabla 8.** Porciones de alimentos recomendados en la edad preescolar

<b>ALIMENTO</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>Leche</b>	500 – 600 ml. (2 tazas diarias)
<b>Huevos</b>	4 – 5 unidades a la semana
<b>Carne, res, pollo, pescado</b>	Alternados 50 gr. diarios
<b>Frutas</b>	2 – 3 porciones diarias
<b>Vegetales</b>	Porción amarilla, verde. 2 diarias
<b>Legumbres</b>	1 – 2 raciones a la semana
<b>Cereales</b>	1 – 2 raciones diarias
<b>Arroz, pasta</b>	2 – 4 raciones a la semana
<b>Azúcares, dulces</b>	50 – 70 gramos diarios
<b>Grasas</b>	25 gramos diarios

**Fuente:** Elaboración propia

## Referencias Bibliográficas

1. Román E, Molina M, Leis R, Castillejo G, Navas V, Quintero J, Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Madrid: Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica; 2021
2. González Calderón O, Expósito de Mena H. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría integral* [Internet]. 2020 [citado 20 de marzo de 2022]; 24(2):98-107. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-03/alimentacion-del-nino-preescolar-escolar-y-del-adolescente-2/>
3. Kliegman R, St. Geme J, Blum N, Shah S, Tasker R. Nelson. Tratado de Pediatría. 21 ed. Barcelona: ELSEVIER; 2020
4. Alcántara H. Fórmulas de utilidad en pediatría, 2020
5. Segarra Cantón O, Redecillas Ferreiro S, Clemente Bautista S. Guía Nutrición Pediátrica Hospitalaria. 5a ed. Madrid: ERGON; 2022
6. Moreno J, Galiano M. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría integral* [Internet]. 2015 [citado 20 de marzo de 2022]; 19(4): 268-276. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/alimentacion-del-nino-preescolar-escolar-y-del-adolescente/>
7. Ross C, Caballero B, Cousins R, Tucker K, Ziegler T. Nutrición en la Salud y Enfermedad. 11a ed. Barcelona: LIPPINCOTT W & W; 2014
8. Barrios E, García M, Hurtado M, Ruíz M, Santana C, Suarez M. Guía Pediátrica de la Alimentación. España: Sociedades Canarias de Pediatría; 2011.
9. Rojas C, Guerrero R. Nutrición Clínica y Gastroenterología pediátrica. Colombia: Editorial médica Internacional; 1999. 522p.
10. Galiano Segovia MJ y Moreno-Villares JM. El papel de la familia en la buena educación alimentaria de sus hijos. *Cuad Pedag* [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo de 2022]; 1(497):28-32
11. Northstone K, Emmett P, Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2001 [citado 20 de marzo de 2022]; 14(1): 43-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2001.00264.x>
12. Przyrembel H. Timing of introduction of complementary food: short- and long-term health consequences. *Ann Nutr Metab* [Internet]. 2012 [citado 20 de marzo de 2022]; 60(S2):8-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000336287>

13. Quigley MA, Carson C, Sacker A, Kelly Y. Exclusive breastfeeding duration and infant infection. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2016 [citado 20 de marzo de 2022]; 70(12):1420-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27460268/>
- 14 Szymlek-Gay EA, Ferguson EL, Heath AL, Gray AR, Gibson RS. Food-based strategies improve iron status in toddlers:a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2009 [citado 20 de marzo de 2022]; 90(6):1541-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19828711/>
15. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington D. C.: OPS; 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49355>
16. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Infant and young child feeding counselling: an integrated course. Geneva: WHO; 2007
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años. Ecuador: MSP; 2013

# **CAPÍTULO V**

## **Realidad alimentaria de la Provincia del Cañar**

María Alejandra Aguirre Quezada<sup>1</sup>

1. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## **5.1.- Introducción**

Al llegar al capítulo final de esta obra, con una pandemia en curso y un 2022 lleno de esperanza por que la crisis termine, los sistemas sanitarios han visibilizado otras problemáticas de salud que se derivan de la relación con el estilo de vida. A continuación, un análisis de los más valiosos trabajos de investigadores de la provincia del Cañar, que demuestran que al interior de las familias no se ajusta un cumplimiento de recomendaciones y patrones de consumo que lamentablemente ocasionan enfermedades que desde la ciencia han sido descritas como prevenibles.

Es evidente que hoy se tenga una realidad muy alejada de las metas esperadas por las instituciones de gobierno, nadie estuvo preparado para una situación tan grave como la emergencia sanitaria por la COVID-19. Si todos los ámbitos de la vida se han visto afectados, los cambios en los patrones de consumo y la prevalencia de la malnutrición no están exentos.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), concluye una realidad nefasta para el mercado laboral, se reconoce un incremento en la diferencia de género, las mujeres como efecto de la pandemia son más pobres que los hombres. Esta situación, agudizó tanto la pobreza como la desigualdad y agravó ciertos problemas de salud, como el hambre y la desnutrición crónica infantil (1).

La pandemia ocasionó en poco menos de un año un deterioro equivalente a 10 años referidos al progreso en el ámbito social. En esta compleja realidad, se ha mencionado que la población



en situación de pobreza para el año 2020 en Ecuador fue de 30.8%, siendo el país con el mayor incremento de pobreza extrema (1).

En este mismo ámbito, se dio un incremento anual de 1,12 puntos porcentuales en la tasa de desempleo a nivel nacional, ubicándose en 4,96% en diciembre de 2020. Las mujeres que son parte de la Población Económicamente Activa (PEA) son aproximadamente 3,4 millones, de las cuales 6,7% se encontraban desempleadas a diciembre de 2020, mientras el 3,7% de hombres se encontraba desocupado. Así mismo, el sector informal absorbió el 51,1% de la población ocupada, lo que indica que el Ecuador está lejos de cumplir con los derechos laborales consagrados en la Constitución que incluyen la protección social (2).

En este contexto, la provincia del Cañar no se sustrae a la realidad nacional, se estima que el 34% de la población perdió su empleo durante la pandemia, por lo que es oportuno analizar la situación actual y mirar al futuro (3). El camino recorrido genera un espacio de reflexión, para describir lo que se ha alcanzado y lo que falta, solo así sabremos si se ha cumplido o no con las expectativas ciudadanas.

Con un panorama complejo, la universidad no existe en un vacío social, no está creada para satisfacerse a sí misma, trasciende al reconocimiento de dar respuesta a las necesidades de transformación de la sociedad donde está inmersa. En la era actual, la sociedad ha evolucionado y las Instituciones de Educación Superior (IES) no se encuentran al margen de los requerimientos sociales, debiendo adaptar su organización a estructuras que respondan con objetividad a estas demandas.

Es evidente que no estuvimos preparados para una paralización similar como consecuencia de la pandemia por COVID-19 y las IES deben trazar varias líneas de salida a la crisis y garantizar la continuidad del servicio educativo a través de una adaptación plena a la nueva realidad.

Resulta vital identificar los problemas de salud de la población para generar estrategias que contribuyan a la solución y a la reducción de los riesgos de mortalidad, por esta razón, los trabajos de destacados investigadores han sido seleccionados y sistematizados para la presente caracterización nutricional de la provincia del Cañar. De hecho, la descripción de la epidemiología provincial constituye un aporte investigativo destinado a priorizar las intervenciones y orientar las mesas técnicas de las instituciones competentes, convirtiéndose en una base para construir las políticas públicas y la toma de decisiones de autoridades locales o como fuente de consulta y discusión de los estudiantes de las carreras de salud.

Así también, son las comunidades las plazas más valiosas para trabajar en la prevención de enfermedades, a través del seguimiento a las poblaciones con mayor riesgo, que están descritas en las líneas de este capítulo o plantear la ejecución de otras investigaciones en el primer nivel de atención con la finalidad de ampliar el alcance.

Del mismo modo, los programas preventivos de las instituciones sanitarias de la localidad pueden desde este espacio académico retroalimentar los logros de los procesos o la comunidad académica podría a partir de lo expuesto generar hipótesis y aportar con nuevos conocimientos, consolidando así el propósito de la presente obra.

Finalmente, este capítulo busca dotar al lector de elementos básicos de análisis que demuestran que existen coincidencias en los objetivos con otras instituciones, pues no se concibe desarrollo humano, sin una adecuada nutrición.

## **5.2.- Malnutrición en la provincia del Cañar**

Sin lugar a duda, los efectos de la malnutrición infantil son para toda la vida, existe una alta probabilidad de que en la edad adulta se cierre el círculo de la pobreza y se articule a la compleja situación de desarrollo del país.

La carga económica para los Estados referida a la demanda de atención de la población con modificación del estado nutricional es muy costosa, quienes la padecen suelen desarrollar otras comorbilidades y de esta manera agravar su estado de salud. En consecuencia, los actores involucrados deben ejecutar estrategias con acciones que permitan cambios integrales en el estilo de vida de esta población, consientes que la dinámica familiar puede estar favoreciendo a esta difícil realidad.

Los lectores podrán analizar los resultados de valiosas investigaciones de la provincia del Cañar y con seguridad aprovecharla para el diseño de nuevas propuestas.

### **5.2.1.- Ubicación de la provincia del Cañar**

La provincia del Cañar, está ubicada en la sierra centro sur del Ecuador, su capital es la ciudad de San Francisco de Peleusí de Azogues, esta provincia es la cuna de “Los Bravos Cañaris”, conocidos por su coraje y valentía, quienes habitaron este espacio geográfico hasta la conquista de los Incas y posteriormente de los españoles. El idioma predominante es el español y en ciertas poblaciones se habla la lengua nativa quichua.

Geográficamente la provincia está ubicada en la Cordillera de los Andes, latitud 023305S y longitud 785615W, a 3083 msnm, con una superficie total de 3187,9 Km<sup>2</sup>. Se registra la creación de la provincia en el año de 1880 con el nombre de “Provincia de Azogues”, no obstante, en 1883 se cambió el nombre a “Provincia del Cañar”, en homenaje a la histórica raza (4). Actualmente está integrada por 7 cantones: Azogues, Biblián, Déleg, Tambo, La Troncal, Suscal y Cañar.

La provincia se reconoce por su aporte a la agricultura y ganadería generando una contribución clara a la alimentación de sus habitantes, maíz, papa, oca, quinua, mellocos. El cantón El Tambo destaca por tener las mejores características del suelo.

Al describir a la población de acuerdo a la información publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se puede observar 225.184 habitantes, con mayor número de habitantes en la zona rural. Existen más mujeres que hombres y se acentúa que las mujeres realizan actividades agrícolas sin recibir una remuneración equitativa. El 15% de la población se autoidentifica como indígena, el 70.6% de mujeres en la provincia no tiene un seguro de salud y la media de escolaridad en la provincia según datos 2010, es de 7.6 años con 12% de analfabetismo (5).

Los cantones de Azogues y Cañar son los más poblados. La proyección al año 2020, estima una población total de la provincia de 281.396 personas. La pobreza por consumo a nivel nacional se encuentra alrededor del 25,8%, existen provincias de la región amazónica que superan este porcentaje en más del 50%, situación que no es similar para el Cañar (5). La encuesta de condiciones 2014, permite visibilizar la realidad territorial más allá de los

promedios nacionales, en relación a la pobreza la provincia está categorizada en la zona 3 que corresponde de 23,4 a 35% (6).

Con esta caracterización se espera articular a la problemática nutricional existente.

**Tabla 9.** Población indígena de la provincia del Cañar

<b>Cantón</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
Azogues	37976	31,7	32088	30,5	70064
Biblián	11624	9,7	9193	8,7	20817
Déleg	3471	2,9	2629	2,5	6100
Cañar	31953	26,6	27310	26	59323
El Tambo	5111	4,3	4364	4,1	9475
Suscal	2745	2,3	2271	2,2	5016
La Troncal	27069	22,6	27320	26	54389
<b>Total</b>	<b>119949</b>	<b>100%</b>	<b>105235</b>	<b>100</b>	<b>225184</b>

**Fuente:** INEC, 2010 (5)

### **5.2.2.-Las cifras de las Instituciones Gubernamentales en la región.**

Los esfuerzos por comprender la situación epidemiológica de la región, se observa analizando las publicaciones de los anuarios de Estadísticas Vitales del INEC. En la Zona 6 de planificación territorial que la conforman las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago, la tasa de morbilidad general es de 91,1 por cada mil habitantes, siendo mayor a la nacional que es de 74,5. Desglosando los datos, Azuay tiene una tasa de mortalidad de 87,1, Cañar 94,2 y Morona Santiago 105,6 por cada mil. Entre las causas de morbilidad más frecuentes de la región se encuentran: enfermedades del sistema circulatorio, tumores e infecciones respiratorias (7).

Según la Agenda publicada por el Ministerio Coordinador de la Producción, Empleo y Competitividad en mayo de 2011, la desnutrición crónica en la Zona 6 afectó a 53% de niños menores de 5 años (57% en Azuay, 59% en Cañar y 42% en Morona Santiago), este índice supera la media nacional que se ubicó en el 26% (7).

Las principales causas de morbilidad general de la provincia del Cañar según datos estadísticos del distrito 03D01 Azogues-Biblián-Déleg durante el periodo enero–septiembre 2017 son:

- Rinofaringitis aguda (resfriado común).
- Amigdalitis aguda no especificada.
- Parasitosis intestinal sin otra especificación.
- Infecciones de las vías urinaria sitio no especificado.
- Faringitis aguda no especificada.
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
- Amigdalitis estreptocócica.
- Cefalea.
- Obesidad no especificada.
- Neuralgia.
- Neuritis.

Es importante resaltar que las principales causas de mortalidad de la provincia del Cañar son:

- Otras enfermedades del Corazón.
- Neumonía.

- Enfermedades Isquémicas del corazón.
- Enfermedades Hipertensivas.
- Diabetes Mellitus.
- Resto de tumores malignos.
- Accidentes por transporte.
- Enfermedades del hígado.
- Enfermedades cerebro vasculares.
- Demás causas externas.

Los principales factores asociados a la mortalidad son los llamados determinantes sociales de la salud como son: la pobreza, el hacinamiento, las pésimas condiciones de vivienda, los cambios en los hábitos alimenticios, la falta de educación y la inaccesibilidad a los servicios de salud.

En el ámbito hospitalario, durante el 2018 los tumores malignos representaron el 14,45% de las hospitalizaciones en la provincia del Cañar, seguido por las enfermedades cardiovasculares (14,13%), las enfermedades crónico degenerativas (11,39%), Neumonía (7,77%) y los accidentes de transporte (4,24%). Además, es importante resaltar la existencia de otros problemas de salud pública como el embarazo adolescente que en el año 2017 reporta 2.159 casos en la provincia, lo cual a su vez pone en riesgo la salud sexual y reproductiva no solo de las adolescentes sino de la población en general, pues a esta problemática se suma las enfermedades de transmisión sexual (7).

En definitiva, no se puede dejar de lado la estadística referente a la malnutrición infantil en esta provincia. La información pública del Ministerio de Salud Pública (MSP) 2016, destaca la presencia de 7.072 niños menores de cinco años con desnutrición crónica que representa una prevalencia del 30,85%.

### **5.2.3.-Investigaciones sobre la realidad nutricional en el Cañar**

No se podría concebir avance de una sociedad sin investigación y en este sentido el rol que desempeñan las Universidades es de vital trascendencia. A continuación, se presentan varias publicaciones de profesores que, a partir de su formación y línea de trabajo, contribuyen a la orientación de la realidad nutricional actual y generan elementos de análisis para estudiantes, académicos y autoridades.

#### **5.2.3.1.- Malnutrición infantil en Cañar y sus determinantes**

Para su publicación, Rivera J. et al, utilizó metodología cuantitativa y propuso el diseño del modelo probabilístico de determinantes para las variables de estudio. De los resultados más destacados se menciona que la prevalencia de sobrepeso y desnutrición en la provincia ha sido siempre superior al promedio nacional. Sobre las estadísticas referidas se enfatiza que la desnutrición crónica para el año 1999 era superior al 60% y al 2018 se habría logrado una reducción hasta el 27%. En lo que respecta al sobrepeso se destaca un incremento importante desde 13,6% a 17,6% en el mismo período (8).

Un aporte importante se realiza respecto del modelo de desnutrición en la provincia, concluyendo que los factores que contribuyen al diagnóstico son: el orden de nacimiento, la edad, el cuidado y trabajo de la madre. Mientras los determinantes que inciden en el sobrepeso son: el orden de nacimiento y el patrón de lactancia materna (8).



### **5.2.3.2.- Estado nutricional antropométrico de niños menores de 5 años de la región interandina del Ecuador.**

Un grupo de investigadores publicó el estudio denominado “Estado nutricional antropométrico de niños menores de 5 años de la región interandina del Ecuador”, tomando datos registrados durante el 2017 en el sistema SIVAN del MSP, correspondiente a todos los niños/as menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud de primer nivel de 11 provincias de la sierra ecuatoriana, donde se incluyó los registros de 80.127 niños. La provincia del Cañar contó con un total de 4.755 atenciones a menores de cinco años (5,9% del total de la sierra) y la prevalencia de retardo en talla se situó en el 28,45%, en tanto que la presencia de sobrepeso/obesidad fue de 5,49% (9).

### **5.2.3.3.- Visión general de la situación nutricional del Distrito 03D01.**

Los investigadores Yambay et al (10), realizaron un análisis de datos secundarios de los registros correspondientes al año 2019 de 1.123 niños entre 6 y 59 meses que fueron atendidos por primera vez (en el año) por el personal del primer nivel del Distrito 03D01, que comprende los cantones de Azogues, Biblián y Déleg de la provincia del Cañar.

En el año 2019 se registraron en los establecimientos de salud del Distrito 03D01 un total de 7.701 atenciones primeras en niños de 0 a 59 meses y 5.557 atenciones subsecuentes. De las atenciones por primera vez 5.826 fueron por morbilidad, en tanto que las atenciones preventivas alcanzaron un número de 1.875 (10).

Los resultados ofrecen una visión general de la situación nutricional del Distrito 03D01, donde la desnutrición crónica obtuvo una prevalencia del 27,33%, enfatizando que en el

cantón Biblián se acercó al 34%. Por otra parte, los datos de desnutrición global y sobrepeso/obesidad mantienen porcentajes similares a los estudios nacionales, mientras la desnutrición aguda se encuentra por debajo del promedio país (10).

Llama la atención la prevalencia de anemia (51,64%) con resultados de hemoglobina ajustados a las directrices de la OMS y la estrategia AIEPI en ciudades de altura. Es importante mencionar que, sin la corrección en el valor de la hemoglobina, se registró una prevalencia del 17%, porcentaje inferior a la prevalencia nacional (10).

Al relacionar las alteraciones encontradas en el perfil epidemiológico nutricional con las características sociodemográficas mediante la prueba de Chi cuadrado, los resultados del análisis bivariado demostraron que la malnutrición, incluida la anemia, están perfiladas como los principales problemas de la salud individual y colectiva (10).

Las unidades del primer nivel de salud del Distrito 03D01 han recopilado la información de 13.258 menores de 5 años, de los cuales se clasificó los datos completos (excepto nombres) de un total de 1.123 niños, en su mayoría varones del área urbana. El perfil epidemiológico nutricional 2019 destaca una elevada prevalencia en Azogues de anemia y desnutrición crónica. En Biblián todos los indicadores, a excepción del sobrepeso, tienen mayor prevalencia incluso que en Azogues. En Déleg no se puede interpretar con exactitud los datos, puesto que se contó únicamente con la información de 24 individuos (10).

Con una visión general, el Distrito supera el promedio nacional en la prevalencia de anemia, desnutrición crónica y desnutrición global, mientras el sobrepeso y la desnutrición aguda se mantienen por debajo del promedio país (10).

#### **5.2.3.4.- Hallazgos población de estudio Unidades Operativas: Guapán, Cojitambo y Luis Cordero.**

Las parroquias de Cojitambo, Guapán y Luis Cordero, pertenecen al cantón Azogues de la provincia del Cañar y a través de un estudio correlacional de corte transversal, los investigadores Romero et. al (11) estudiaron una muestra de 166 madres de niños menores de 2 años que acudieron por consulta externa a los establecimientos del primer de atención del MSP. durante los meses de noviembre y diciembre de 2019 y se consideró las historias clínicas de los niños menores de 2 años completas. Los resultados referentes a las variables sociodemográficas destacan que la mayoría de las madres son amas de casa, de instrucción bachilleres, de estado civil unión libre, con una media de edad de 23,8 años. Con respecto al estado nutricional según peso, talla e IMC, se detectó que más de la mitad de los niños tiene peso normal, sin embargo, porcentajes importantes de niños presentan desnutrición y obesidad. La significancia estadística con ANOVA entre género del niño, estado nutricional y nivel de conocimiento demuestra diferencias estadísticas entre las variables comparadas, el sexo masculino y femenino difieren con la desnutrición aguda, moderada y crónica, e IMC con un  $p < 0,05$ .

La revisión de la literatura recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, sin la incorporación de ningún otro alimento, y luego continuar con lactancia materna complementaria hasta los 2 años, según los resultados se evidencia que el 10,2% de las madres no cumplen con las recomendaciones, el 56,6% de las madres amamantan a sus hijos con leche materna exclusiva, y solo el 33,1% continua hasta los 2 años (11).

La valoración del estado nutricional es un indicador importante a la hora de evaluar a grupos vulnerables, sus excesos y deficiencias dietéticas constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades crónicas. En el estudio realizado en la población de Guapán, Luis Cordero y Déleg, se obtuvo que el 55,4% de los niños tienen un estado nutricional normal, sin embargo, un porcentaje importante (12%) de niños presentaron desnutrición severa, según la valoración de peso, talla e IMC (11)

Al realizar el análisis bivariado de lactancia materna y estado nutricional los investigadores concluyeron que la posición de los expertos en nutrición infantil establece que los niños menores de 2 años que son alimentados con lactancia materna exclusiva y no continúan con la complementaria, tiene mayor riesgo de sufrir malnutrición. En la población de estudio se evidenció que el 56,6% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva y solo el 33,1% complementaria. Al comparar las variables se encontró significancia entre la relación Peso/Talla e IMC/Edad, confirmando que a menor consumo de lactancia materna mayor probabilidad de sufrir malnutrición (11).

#### **5.2.3.5.- Funcionalidad y estado nutricional en preescolares**

Otro estudio realizado por Aguirre et. al (12), mediante tipología correlacional de corte transversal, incluyó a 1.226 madres/padres o cuidadores de niños menores de 5 años, de los cantones de Azogues, Biblián y Déleg. Las variables de interés fueron: funcionalidad familiar y estado nutricional. En los resultados se puede destacar que la mayoría de las familias eran normo funcionales, sin embargo, se observó un 11,6% de disfuncionalidad familiar, por otra parte, la prevalencia de malnutrición infantil fue del 15% y se determinó que en el área de estudio coexisten situaciones nutricionales por déficit y exceso.

La presencia de sobrepeso y obesidad generó interés por las posibilidades de que se desarrollen enfermedades metabólicas a futuro. El retardo en talla es similar a la línea publicada por el MSP del Ecuador, situación que genera preocupación por los graves efectos de este diagnóstico sobre la calidad de vida de quién la padece (12).

Al relacionar el estado nutricional de los niños con la funcionalidad familiar no se observó asociación significativa para ninguno de los indicadores estudiados, sin embargo, se puede destacar que existen niños con desnutrición crónica en los 3 niveles de funcionalidad y se observa obesidad en familias con disfuncionalidad grave y normo funcionales. Al no encontrar relación significativa en las 1.226 familias estudiadas se sugiere incrementar la casuística de familias disfuncionales, y realizar la evaluación del estado nutricional. Se demostró que la prevalencia de malnutrición infantil no está condicionado a la funcionalidad de las familias. Por lo que se infiere que existen otros factores familiares, genéticos, culturales, socioeconómicos y de salud que pueden estar involucrados pero que no fueron evaluados en la investigación (12).

#### **5.2.3.6.- Estado nutricional y estilo de vida en escolares. Una mirada desde Unidades Públicas y Privadas.**

En el año 2019, al analizar el “estado nutricional y estilo de vida en escolares de 8 a 10 años de unidades educativas públicas y privadas del cantón Azogues, Ecuador”, en una muestra de 238 escolares de cuatro establecimientos educativos, la población de estudio mostró un 21,8% de sobrepeso y obesidad. Sobre los hábitos de vida, la mayor parte de los participantes (70%) se ubicó en las categorías de poco saludable y no saludable. Estos resultados reflejaron que los estudiantes se encuentran en riesgo de desarrollar problemas de salud (13).

El consumo de frutas y verduras en escolares con obesidad está por debajo de lo indicado en aquellos que acuden a unidades educativas (UE) públicas, se reveló una frecuencia de consumo de una a dos veces por semana y en las UE privadas el consumo de frutas y verduras es de una a tres veces por mes. Sobre el sedentarismo se identificó un panorama de alta complejidad, pues los escolares con sobrepeso y obesidad de las instituciones públicas afirman que miran televisión en vez de realizar prácticas deportivas diariamente (13).

#### **5.2.3.7.- Estado nutricional y perfil lipídico de adolescentes.**

Los investigadores, Álvarez et. al, estudiaron en el 2016 a 74 colegiales de tercer y cuarto año de una UE particular de la ciudad de Azogues, a través de un diseño observacional, descriptivo, transversal. Los resultados identificaron que un 29,7% de adolescentes presentó sobrepeso y un porcentaje significativamente superior (8,1%) niveles altos de colesterol total (CT) y triglicéridos (TG). Los porcentajes de adolescentes con sobrepeso, niveles límites y altos de CT y TG propusieron la realización de actividades de seguimiento (14)

#### **5.2.3.8.- Estado nutricional de adolescente en el cantón La Troncal.**

La publicación sobre “estilo de vida y estado nutricional de adolescentes”, realizada por Romero et. al (15), seleccionó a 180 estudiantes de octavo a décimo año de educación general básica de una UE del cantón La Troncal, a través de un estudio descriptivo, correlacional, transversal, se encontró la media de peso (47,64, kilos), talla (1,49 metros) e IMC (21,44 kg/m<sup>2</sup>). El 5,5% tuvo obesidad y en relación al estilo de vida el 34,4% tenía alimentación entre buena y regular, 47,8% actividad física regular, autocuidado 42,8 malo, empleo del tiempo libre 35% regular, sueño 53,9%, malo, 43% existe peligro de consumo de sustancias, sueño 32,8% malo. Además, se evidenció una relación significativa entre la escolaridad y

alimentación, con actividad física, con el empleo del tiempo libre y sueño. La talla solo se relacionó con el sueño, el IMC se relacionó con alimentación

#### **5.2.3.9.- Modelo de consumo habitual de alimentos en familias indígenas, Suscal, Ecuador.**

La publicación sobre “Modelo de consumo habitual de alimentos en familias indígenas, Suscal, Ecuador”, trabajado con metodología no experimental, descriptiva y transversal, en la que participaron 111 padres y madres de familia de dos UE, detalló que el grupo de alimentos de consumo muy frecuente fueron los tubérculos en especial la papa, cereales y derivados, principalmente el arroz, a diferencia del consumo frecuente del grupo del azúcar. En la categoría poco frecuente, predominó el consumo de carnes y lácteos que hace suponer que las familias investigadas podrían presentar un déficit de proteínas, al igual que un escaso consumo de frutas. En la opción eventual se identificó baja ingesta de vegetales, pescados y mariscos. Y en la categoría nunca se encuentran los frutos secos. La población estudiada parece estar enmarcada dentro de la tendencia global de consumo cada vez más bajo de productos vegetales (16).

Con esta realidad, es necesario promover un mayor consumo de alimentos que aporten los nutrientes que cubran los requerimientos nutricionales de las familias y minimizar la posibilidad de desarrollar enfermedades. Los autores enfatizan que los resultados aportan información alimentaria de las familias de la localidad y desafía a las instituciones competentes al desarrollo de políticas alimentarias o la ejecución de estrategias educativas para fijar hábitos saludables que prevengan enfermedades relacionadas con la dieta (16).

## Referencias bibliográficas

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estudio Económico de América Latina y el Caribe: Ecuador. Santiago de Chile: CEPAL; 2021.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El desafío social en tiempos del COVID-19 [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2020 [citado 2 abril de 2022]. 22 p. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf).
3. Becerra Molina E., Cuadrado Sánchez G., Astudillo Arias P. Consecuencias sobre el empleo por el impacto del COVID-19, en el entorno de los negocios de la Región 6. Conciencia Digital [Internet]; 2021 [citado 2 abril de 2022]; 4(4): 85-105. Disponible en: <https://www.cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/ConcienciaDigital/article/view/1905>.
4. León G. Cañar: Provincia Emérita. 1a ed. Azogues: Casa de la Cultura Ecuatoriana; 1998.
5. Ecuador en cifras [Internet]. Quito (EC): Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos. 2021 [citado 2 abril de 2022]. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Proyecciones\\_Poblacionales/presentacion.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf).
6. Cabrera E., Molina Vera A., Sharman MA., Moreno L. Cuevas F. Análisis geográfico de la pobreza y desigualdad por consumo en Ecuador. En: Reporte de pobreza por consumo Ecuador 2006-2014. Quito: INEC; 2016. p. 146-171.
7. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Agenda zonal: zona 6-austro. Desarrollo regional. Quito: SENPLADES; 2015.
8. Rivera J, Olarte C. La malnutrición infantil en el Cañar y sus determinantes. La ciencia al servicio de la salud y nutrición. 2022; 12(2).
9. Ramos P, Carpio T. Estado nutricional antropométrico de niños menores de cinco años de la región interandina del Ecuador. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2020; 26(4).
10. Yambay X, Vázquez A. Caracterización epidemiológica nutricional de la población de 6 a 59 meses atendida en establecimientos del primer nivel. Distrito 03D01. En: Yambay X, editor. Enfermería desde una mirada prospectiva. Azogues: Cidepro; 2021. p. 71-98.
11. Espinoza S, Romero L, Romero T. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños menores de 2 años. En: Romero L, editor. Enfermería una mirada prospectiva. Azogues: Cidepro; 2021. p. 25-52.



12. Aguirre M, Cordero N, Godoy E. Funcionalidad familiar relacionada con el estado nutricional en preescolares. En: Aguirre M, editor. Enfermería una mirada prospectiva. Azogues: Cidepro; 2021. p. 54-69.
13. Lema V., Aguirre M., Cordero N., Godoy E. Estado nutricional y estilo de vida en escolares. Una mirada desde Unidades Educativas Públicas y Privadas. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2021; 9(4).
14. Álvarez R., Cordero G. Perfil lipídico y su relación con el índice de masa corporal en adolescentes de la Unidad Educativa Particular Azogues. Rev. Lat. Hipert. 2019; 19(2).
15. Romero T., María V., Romero L. Estilo de vida y estado nutricional en adolescentes. Prosciencies. 2021; 5(40).
16. Prada G., Herrán O. Patrón alimentario y acceso a los alimentos en familias desplazadas en el municipio de Girón, Colombia. Rev. Pan. Sal. Púb. 2008; 23(4).

Otros títulos de la colección  
Salud y Bienestar



**Correlación entre la medicina de laboratorio y las ciencias básicas y clínicas**

Julio César Sempértegui Vega, Sandra Patricia Ochoa Zamora,  
Poletth Estefania Sempértegui Alvarado y Mateo Esteban Zea Cabrera

**Patología estructural básica**

Yolanda Vanegas Cobeña, Nancy Vanegas Cobeña y Leonardo Morales Vanegas

**Esquizofrenia. El enigma continua**

Douglas Calvo de la Paz

**Enfermería: investigación y el cuidado directo**

Edison Gustavo Moyano Brito, Nube Johanna Pacurucu Ávila, Isabel Cristina Mesa Cano,  
Lizette Espinosa Martín, Zoila Katherine Salazar Torres

**Canino retenido: historia, diagnóstico y tratamiento actual**

Diego Palacios Vivar, Yonatan Torres Cruz, Vinicio Barzallo Sardi

**Investigación en Psicología Clínica: Una mirada desde la actualidad**

Yenima Hernández Rodríguez, Marco Ledesma Ayora, Galo Bravo Corral

**Programa de intervención en educación emocional dirigido a niños y niñas de educación general básica**

Galo Bravo Corral

**Enfermería en la salud de Ecuador y Cañar**

María Fernanda Peralta Cárdenas, María Erlinda Aguaiza Pichazaca, José Ivo Contreras  
Briceño, Luis Hermmann Rodríguez Rangel

**Salud pública y enfermería en el contexto ecuatoriano**

Erica Paola Rojas Verdugo, Zandra Maribel Regalado Vazquez, Johanna Rosalí Reyes  
Reinoso, Angela María Quintero de Contreras

**Epidemiología en salud bucal: caso Cuenca**

Ebingen Villavicencio Caparó, Napoleón Reinoso Vintimilla, Liliana Encalada Verdugo

**Manejo de hiponatremia**

Carlos Enrique Flores Montesinosca

**Disturbio hidroelectrolítico**

Andrés Bueno Castro

Otros títulos de la colección  
Ciencias, Ingenierías y Medio Ambiente



**Análisis de funciones especiales**

Carlos Fernando Méndez Martínez

**Topografía aplicada a las ciencias agrícolas**

Carlos Eloy Balmaseda Espinosa

**Bioestadística**

Froilán Segundo Méndez Vélez, Milton Bolívar Romo Toledo y

Gabriela Alejandra Ortega Castro

**Desafiando a la ciudad letrada. Formas antagonistas de urbanismo en América Latina**

Antonio di Campli

**Las ecuaciones y sus lugares geométricos**

Carlos Fernando Méndez Martínez

Otros títulos de la colección  
Ciencias Sociales y Humanidades



**Violencia intrafamiliar. Beneficios de un proyecto social**

Vanessa Quito Calle, Mónica Tamayo Piedra y Olga Neira Cárdenas

**Hitos de la constitución ecuatoriana**

Colectivo de autores

**El perfeccionamiento de los contratos**

Fernando Moreno Morejón

**Tópicos actuales de derecho tributario ecuatoriano**

Diego Adrián Ormaza Ávila, Ana Fabiola Zamora Vázquez, Teodoro Javier Cárdenas Parra, Amanda Fabiola Palacios Palacios, Evelin Daniela Vaca Asitimbay

**Evolución socioeconómica de Latinoamérica: caso ecuatoriano**

Froilán Méndez Vélez, Patricio Montero Vélez

**La tentativa inidónea o delito imposible. Una visión integral**

Silvio José Castellanos Herrera

**Matemática financiera: una experiencia en el aula**

William Sarmiento Espinoza, Kléber Luna Altamirano

**Sistema de gestión por procesos para unidades educativas con miras a la certificación ISO 9001**

César Méndez Carpio

**Teoría del derecho. Una introducción**

Juan Antonio García Amado



★ ★ ★

*Familias Saludables, Niños Saludables. Una guía para comprender la relación entre la parentalidad y la alimentación* se publicó en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en septiembre de 2022, en la Editorial Universitaria Católica (EDUNICA), de forma impresa y digital.

★ ★ ★



ISBN: 978-9942-27-170-9



9 789942 271709

ISBN: 978-9942-27-171-6



9 789942 271716